



Universidad de Valladolid

Facultad de Enfermería

GRADO EN ENFERMERÍA

**PUERPERIO Y LACTANCIA
MATERNA EN MUJERES CON
CÁNCER DE MAMA O
MASTECTOMIZADAS**

Autor/a: Miriam Casado Segovia

Tutor/a: Rosa María Hernández Salgado

Resumen

La neoplasia maligna de mama es la más prevalente en las mujeres, siendo la media de edad de 35 años, lo cual refleja que continúan en edad fértil.

Por ello explicaremos el proceso de la gestación, y lo interrelacionaremos con la posibilidad de lograr un embarazo, el pronóstico del mismo y su evolución posterior, el puerperio.

Debido a que actualmente está demostrado que la mejor alimentación para los recién nacidos es la lactancia materna, hemos decidido interrelacionar la lactancia materna con la patología mamaria maligna.

A lo largo de éste Trabajo de Fin de Grado profundizaremos en la fisiopatología maligna de la mama, el desarrollo del embarazo con neoplasia mamaria y las consecuencias de los tratamientos en relación con una futura gestación y la lactancia materna.

El objetivo principal es describir las posibilidades de lactancia materna en mujeres con patología mamaria maligna.

Para ello realizaré una revisión bibliográfica y posteriormente elaboraré un plan de cuidados sobre un caso ficticio.

Llegando a la conclusión de que la neoplasia de mama gestacional más prevalente es el carcinoma ductal infiltrante. Su tratamiento es posible gracias a una atención temprana y multidisciplinar; y dependerá de la semana de gestación y el estadio del cáncer. A estas mujeres se las debe dotar de toda la información sobre los tratamientos, así como de los efectos secundarios que producen, y de las técnicas de reproducción asistida. Aunque necesiten apoyo durante todo el proceso, reforzaremos la implicación en la lactancia materna puesto que pese a las dificultades es posible.

Palabras claves

Neoplasia mamaria, cáncer de mama, gestación y lactancia materna.

Índice

1.- INTRODUCCIÓN	1
2.- OBJETIVOS	3
3.- MATERIAL Y MÉTODOS	3
4.- DESARROLLO	4
4.1.- FISIOPATOLOGÍA DEL CÁNCER DE MAMA	4
4.2.- LACTANCIA MATERNA Y PREVENCIÓN DEL CÁNCER DE MAMA	6
4.3.- NEOPLASIA MAMARIA Y MASTECTOMÍA. CONSECUENCIA PARA EL EMBARAZO. TÉCNICAS DE FECUNDACIÓN.	7
4.4.- DIAGNÓSTICO DE NEOPLASIAS MAMARIAS EN EL EMBARAZO Y PUERPERIO.....	9
5.- IMPLICACIONES PARA LA PRÁCTICA.....	11
7.- CONCLUSIONES.....	20
8.- BIBLIOGRAFÍA.....	22
9.- ANEXO I.....	26
10.- ANEXO II	27

1.- Introducción

El descubrimiento de la neoplasia mamaria se consideró como una enfermedad local, por lo que extirpar la mama solucionaría el problema. Pero las mujeres seguían falleciendo pese a la cirugía y fue entonces, a partir de la segunda mitad del siglo XIX, cuándo se llegó a la conclusión de que además se debían extirpar los ganglios de la zona; convirtiéndola entonces, en una enfermedad loco regional.

Pese al buen control loco-regional en los años 60 del siglo XX, el 85% perdían la vida sospechando así de una enfermedad sistémica. Este avance sirvió para tratar el cáncer de mama desde un equipo multidisciplinar.¹

La neoplasia maligna de mama es la más prevalente en las mujeres, siendo la media de edad de las mismas de 35 años, lo cual refleja que continúan en edad fértil, puesto que la media de edad de primigestas en 2013 fue de 30,4 años según Eurostat.²

Al hablar de gestación debemos incluir la capacidad de amamantamiento, puesto que es condición imprescindible que exista un embarazo para que las mamas produzcan leche materna.

Actualmente está demostrado que la mejor alimentación para los recién nacidos (RN) es la lactancia materna (LM), de hecho, según la OMS³ se recomienda la lactancia materna exclusiva hasta los seis meses.

Explicaremos el proceso de la gestación, y lo interrelacionaremos con la posibilidad de lograr un embarazo, el pronóstico del mismo y su evolución posterior, es decir, el puerperio.

El retraso en la gestación triplica el riesgo de padecer cáncer de mama (CM) comparado con las que tienen su primer hijo antes de los 20 años.⁴

Por tanto, hemos considerado que sería importante no olvidarnos de estas mujeres, puesto que el deseo de ser madre no desaparece con la quimioterapia ni con la extirpación de las glándulas mamarias.

A lo largo de éste TFG desarrollaremos la fisiopatología maligna de las mamas, el desarrollo del embarazo con cáncer mamario y las consecuencias de los tratamientos en relación con la LM.

Abarcaremos diferentes aspectos sobre la malignidad mamaria, de tal forma, que describiremos el proceso cuando se produce previo a la gestación, en el caso de diagnóstico durante el embarazo y también en el puerperio.

Y no nos queremos olvidar de aquellas mujeres que ha padecido esta enfermedad antes de pensar en la posibilidad de concebir, ya que como bien sabemos, la neoplasia mamaria tiene una elevada tasa de supervivencia, con lo cual en el caso que de que la misma se produzca en edades tempranas, estas mujeres podrán ser madres en edades posteriores.

Debido a la inserción en el mundo laboral de la mujer la maternidad se ha pospuesto, por lo cual tenemos que bajar la posibilidad de que exista cáncer de mama asociado a la gestación.^{5,6}

“Se define cáncer de mama asociado a la gestación como el que se diagnostica durante la evolución de ella o hasta 12 meses tras el parto o el aborto.”^{7,8,9,10,11} Es el segundo tumor más frecuente en la gestante por detrás del cáncer de cérvix uterino.^{6,12,13}

En el pasado se consideraba la aparición de un cáncer mamario gestacional como el peor de los pronósticos. Pero ya en 1968, la Doctora Peters¹⁴ logró demostrar que la gestación no era un agravante del cáncer.

Más tarde se logró clarificar que la verdadera causa que provocaba una mayor gravedad era el retraso en el diagnóstico, demostrando que de media estos tipos de neoplasias se diagnostican cuatro meses más tarde que el mismo tipo de neoplasia en una mujer no gestante.^{11,12,15}

Por lo tanto, se debe lograr un diagnóstico precoz para mejorar el pronóstico, para ello es recomendable iniciar el despistaje desde la primera consulta ginecológica de la embarazada.

2.- Objetivos

Principal:

Describir las posibilidades de lactancia materna en mujeres con patología mamaria maligna.

Secundarios:

- Adquirir conocimientos sobre la neoplasia mamaria y su relación con la lactancia materna.
- Adquirir conocimientos sobre la neoplasia mamaria en la gestación.
- Describir las intervenciones de enfermería en la lactancia materna tras patología mamaria maligna

3.- Material y métodos

Para la realización de este TFG realizaré una revisión bibliografía, sobre el tema que acontece.

Para ello empleare bases bibliográficas como, scielo, Pud Med, Medline, Cuiden... Las palabras claves para la búsqueda de información serán: neoplasia mamaria, cáncer de mama, gestación y lactancia materna.

Emplearé aquella bibliografía que se haya publicado en los últimos 8 años, literatura en castellano, pero incluyendo artículos de otras nacionalidades, como por ejemplo: Perú y EEUU.

Posteriormente y para concluirlo realizare un proceso de atención enfermera (PAE) a partir de un caso clínico ficticio para poder aplicar actividades, intervenciones y cuidados de enfermería. Además, servirá de guía para unificar criterios de actuación en el personal de enfermería.

4.- Desarrollo

4.1.- Fisiopatología del cáncer de mama

El cáncer de mama según la Asociación española Contra el Cáncer (AECC) es “*el tumor maligno que se origina en el tejido de la glándula mamaria.*”

Las células que componen nuestro organismo se reemplazan constantemente. Este proceso es regulado por un mecanismo, pero si este se ve alterado, las células se dividen incontroladamente dando lugar en un futuro a un nódulo o tumor.

Estas células pueden mantenerse en su lugar de origen y entonces formarán un tumor “in situ” o por el contrario adquirir la capacidad de infiltrar tejidos y órganos vecinos o invadir los capilares sanguíneos y linfáticos produciendo metástasis.

El cáncer de mama es la neoplasia más frecuente en la mujer, por detrás del cáncer de pulmón. En el año 2008 se diagnosticaron unos 1,38 millones de casos de cáncer de mama en el mundo y solo en España unos 25000 casos.

Está estimado que una de cada ocho mujeres tiene riesgo de padecer cáncer de mama, con mayor prevalencia entre los 45 y los 65 años.⁷

Hay ciertos factores de riesgo que aumentan la predisposición de sufrir CM, lo que no implica que esa mujer vaya a padecer la enfermedad pero sí que tiene mayor posibilidad de sufrirlo que una mujer que no los tenga.

Factores no modificables

-Sexo: el 99% de los CM afectan a la mujer. El seno femenino está sometido al constante estímulo hormonal (estrógenos y progesterona).

-Edad: como ya hemos mencionado anteriormente, la prevalencia aumenta entre los 45-65 años. Solo el 1.5% sobreviven antes de los 30 años.

-Raza: la raza blanca tiene más riesgo que la africana y la asiática. La verdadera razón se desconoce, pero la hipótesis más aceptada lo relaciona con el diferente estilo de vida.

-Genética: alrededor del 5 al 10% de los CM son producidos por la mutación hereditaria de los genes BRCA 1 y BRCA2.

-Patología mamaria previa: aquellas mujeres que ya sufrieron un CM, tienen cinco veces más posibilidades de sufrirlo en la mama restante.

-Factores hormonales endógenos: se ha demostrado que los estrógenos son promotores de la carcinogénesis y la progesterona protectora. Por lo cual se considera que una actividad menstrual prolongada aumenta el riesgo, la cual puede ser producida por menarquia precoz (<12 años) y/o menopausia tardía (>55 años).

Factores modificables

-Paridad: las nulíparas tienen mayor riesgo de presentarlo que aquellas que sí han tenido hijos. También influye la edad en la que tiene lugar la primera gestación.

Además de estos, la lactancia materna prolongada actúa como efecto protector del CM porque produce una disminución en los niveles séricos de estrógenos y retrasa el restablecimiento de la función ovárica.

-Tratamiento hormonal sustitutivo en la menopausia: el riesgo puede aumentar hasta un 80% cuando combina estrógenos y progestágenos y es mantenido a largo plazo.

-Alcohol: las mujeres que ingieren diariamente de 2-5 bebidas alcohólicas al día tienen 1.5 más posibilidad de sufrirlo.

-Obesidad y mala alimentación: las dietas ricas en grasas saturadas y pobres en fibra (frutas y verduras) junto con un estilo de vida sedentario, aumentan el riesgo.^{16,17,18,19}

Clasificación de la neoplasia maligna de mama

-Carcinoma ductal in situ: se considera un cáncer no invasivo. Las células afectadas son aquellas que cubren los conductos. Se presenta en uno de cada cinco cánceres de mama.

-Carcinoma ductal infiltrante/invasivo: comienza en un conducto lácteo de la mama y atraviesa la pared de ésta llegando al tejido adiposo colindante pudiendo infiltrar el sistema linfático y el torrente sanguíneo produciendo metástasis.

Es el cáncer más habitual, con una prevalencia de ocho de cada diez cánceres.

-Carcinoma lobulillar invasivo/infiltrante: tiene su origen en los lobulillos (glándulas donde se produce la leche materna) y por el mismo mecanismo del anterior puede producir metástasis. Uno de cada diez cánceres invasivos es de este tipo.

Otros tipos menos frecuentes son:

-Cáncer inflamatorio de mama: cursa con rubor y calor en la piel de la mama por lo que habitualmente se confunde con una mastitis (infección de la mama). Sucede entre 1-3% de todos los casos de cáncer de mama.

-Enfermedad de Paget del pezón: tiene su comienzo en los conductos lácteos de la mama y se propaga hacia la piel del pezón y areola. Representa aproximadamente el 1% de todos los casos de CM. Normalmente aparece asociado al carcinoma ductal in situ o al infiltrante.

-Tumor filoides: se forma en el estroma (tejido conectivo) de la mama por lo que suelen ser tumores benignos. Es un tipo de tumor muy poco común.^{17,18,20}

4.2.- Lactancia materna y prevención del cáncer de mama

La OMS recomienda la lactancia materna exclusiva (LME) durante los primeros 6 meses y mixta hasta los 2 años. Esto es debido a los múltiples beneficios para la madre y el recién nacido.

Beneficios maternos

Podemos destacar: favorece la involución uterina (disminuyendo el riesgo de hemorragias postparto), tiene efecto protector en el cáncer de mama y ovarios, actúa como anticonceptivo natural a corto plazo, no supone un gasto extra y favorece el vínculo madre-hijo.

Tal es la importancia, que EEUU lo estudió recientemente, descubriendo que el 25% de los niños no amantados de los países industrializados tienen una mayor tasa de mortalidad.

La leche materna tiene todos los nutrientes, vitaminas y minerales que el RN necesita durante los primeros seis meses.

Beneficios para el bebé

La leche materna contiene anticuerpos de la madre por lo que lo protege frente a enfermedades infecciosas y crónicas, el propio acto de amamantamiento promueve el desarrollo cognitivo y sensorial, facilita el buen desarrollo de la boca y la mandíbula, reduce la mortalidad infantil, favorece el vínculo madre-hijo lo que le repercutirá en su futura conducta y sus relaciones sociales de manera positiva.^{3,9,21}

Anatomía de la mama

La mama es una glándula sudorípara apocrina que tiene capacidad de producir leche y respuesta hormonal.

Están localizadas en la pared torácica en la fascia superficial entre la 2º costilla y el 6º espacio intercostal.

Está compuesta por tejido adiposo, glandular y conectivo. El tamaño y peso de la mama aumenta desde la pubertad hasta la edad adulta. Durante el embarazo aumenta, llegando al tamaño máximo una vez instaurada la lactancia.^{20,22,23}

4.3.- Neoplasia mamaria y mastectomía. Consecuencia para el embarazo. Técnicas de fecundación.

Clasificación de los tumores de mama

Se realiza según el sistema TNM del American Joint Committee on Cancer (AJCC) (ver *Anexo I*) y a su vez existe una agrupación en función del estadio (ver tabla 1 en *Anexo II*).^{10,17,24}

Cirugía en el cáncer de mama

-Cirugía conservadora: solo se extirpa la zona de la mama afectada. Puede ser por tumorectomía o cuadrantectomía.

En el primer caso se extirpa un tumor con margen de 1 cm.

Mientras que en el segundo se extirpa un tumor con margen de 2 cm desde la piel hasta la fascia pectoral.

Para completar este tipo de cirugía es necesario sesiones de radioterapia o quimioterapia.

-Mastectomía: en este caso se extirpa la mama por completo. Algunas veces también es necesario extirpar tejidos adyacentes.

Mastectomía simple/total: se extirpa la mama completamente incluido el pezón. Pero no los ganglios linfáticos axilares ni el tejido muscular. Es el tipo de mastectomía más usado en el cáncer de mama.

Mastectomía con conservación de piel: es una variante de la mastectomía simple en la cual se preserva el pezón y la areola.

Este tipo de mastectomía solo está indicada cuando el tumor se encuentra alejado de la superficie de la piel. Es de elección para hacer una reconstrucción posterior.

Mastectomía radical: se extirpa la mama, los ganglios linfáticos axilares y los músculos pectorales. Actualmente solo se usa en tumores grandes.

Mastectomía radical modificada: procedimiento igual que el anterior a diferencia de los músculos pectorales que no se extirpan y de hacerse solo el pectoral menor.^{18,25}

Consecuencias para el embarazo

El estilo de vida actual ha provocado que la maternidad se posponga, por lo que muchas mujeres pueden haber sufrido algún tipo de cáncer antes de decidir gestar su propio bebé.

El tiempo de espera recomendado para embarazarse tras superar un cáncer es individualizado puesto que hay que valorar: el estadio inicial de la enfermedad, la edad de la paciente y la evolución posterior.

No se acepta un lapso de tiempo inferior a 6 meses, siendo recomendable esperar al menos 2 años tras finalizar el tratamiento.^{4,26}

La infertilidad tras los tratamientos oncológicos depende de:

-Edad de la paciente: según avanza la edad más posibilidades existen de que el tratamiento quimioterápico adelante la menopausia. A los 35 años existe un riesgo del 18% y aumenta hasta el 40% a los 40 años. En mujeres jóvenes meses después de acabar con el tratamiento recuperan la función gonadal.

-Tipo de quimioterapia: los agentes alquilantes aumentan el riesgo de menopausia.

-Duración y dosis de quimioterapia.

-Uso conjunto de quimioterapia y tratamiento hormonal (Tamoxifeno).

-Radioterapia sobre la pelvis produce esterilidad en la totalidad de los casos que los ovarios son radiados.

Gestación tras el tratamiento quimioterápico

Por todo lo comentado en el apartado anterior, debemos ofrecerlas las siguientes medidas por si quieren ser madres en el futuro:

-Criopreservación de tejido ovárico: este tejido puede estar entre 15 y 20 años congelado pero una vez implantado solo es efectivo durante 5 años aproximadamente.

-Criopreservación de ovocitos: en este caso se congelarán óvulos. Es la alternativa más usada en mujeres sin pareja que no desean usar esperma donado.

Es el método más recomendado por la American Society of Clinical Oncology (ASCO). Consiste en la estimulación ovárica, lo que supone un aumento de estrógenos.

-Criopreservación de embriones: se congelarán óvulos ya fecundados con espermatozoides de la pareja o donante.

Precisa de una estimulación ovárica previa. Es el método más usado y del que se tienen más datos.^{26,27,28}

4.4.- Diagnóstico de neoplasias mamarias en el embarazo y puerperio.

El cáncer de mama en el embarazo se define como *aquel tumor mamario maligno que aparece durante la gestación o el primer año postparto.*^{7,8,11}

No existen datos fiables sobre su incidencia. La AECC expone que puede presentarse en 1 de cada 3000 hasta en 1 de cada 10000 gestantes.

Está comprobado que el embarazo no es responsable de un mal pronóstico del cáncer de mama sino que tiene efecto protector.⁷

Que este tipo de cáncer tenga peor pronóstico está relacionado con el retraso en el diagnóstico, debido a que con el embarazo la mama aumenta de tamaño y densidad.

Por ello, es recomendable la exploración de las mamas en las primeras semanas de gestación.

Protocolo de diagnóstico de cáncer de mama

El diagnóstico es igual que las mujeres no embarazadas excepto en alguna diferencia:

-Historia clínica: antecedentes personales y familiares, estilo de vida...

-Exploración física: se exploran las mamas para detectar nódulos, ganglios linfáticos, estado de la piel y pezón...

-Análisis de sangre y orina: se realizará un hemograma y pueden determinarse los marcadores tumorales, que en el cáncer de mama son el antígeno carcinoembrionario (CEA) y el CA 15-3.

-Mamografía: es el método más eficaz para la detección precoz de tumores malignos de mama. Pero en la gestación pese a que el riesgo de exposición a radiación fetal es mínimo, no es usado de rutina porque debido a las características grávidas de la mama gestante la prueba no es útil.

-Ecografía: es útil en mamas densas donde la mamografía no es definitiva, por lo que es la prueba de detección en embarazadas. No emite radiación.

-Biopsia: usado como prueba definitiva. Puede hacerse con una punción aspiración de aguja fina (PAAF) o biopsia de la zona.

En la embarazada se desaconseja la tomografía axial computarizada y el ductograma porque son perjudiciales para el feto. La resonancia magnética es segura para el feto si no se usa contraste, pese a ello es una prueba de elección excepcional.

Tratamiento del cáncer de mama en la gestante

Al igual que en las no gestantes el tratamiento se debe individualizar, y en este caso dependerá de:

- Edad gestacional
- Estadio del cáncer de mama
- Decisión de la paciente ^{8,29,30}

- Interrupción voluntaria del embarazo (IVE)

Está demostrado que el aborto terapéutico no mejora el pronóstico de cáncer, por lo que no se aconseja. La realización de una IVE permitiría poder realizar un tratamiento quirúrgico conservador con el posterior uso de la radioterapia y quimioterapia combinadas.

Aunque la decisión siempre será de la paciente, sería de elección en tumores en estadios muy avanzados y con gestaciones muy tempranas.

En este caso sería necesario un tratamiento agresivo con quimioterapia y radioterapia, lo que en las primeras semanas de gestación causa malformaciones fetales e incluso abortos.

- Cirugía

Aunque está demostrado que la intervención quirúrgica tiene mínimos riesgos para la gestante y el feto, es recomendable esperar hasta las 12 semanas de gestación para evitar el aborto espontáneo.

La mastectomía radical modificada es la más usada porque evita el uso de radioterapia posterior.

El tratamiento conservador estaría indicado en el tercer trimestre o en el cáncer de mama en etapas tempranas, aplicando quimioterapia posterior.

- Quimioterapia

La quimioterapia está totalmente desaconsejada en el primer trimestre de gestación por los problemas fetales que supone. En el caso del segundo y tercer trimestre está aceptada con riesgo mínimo. Se evitan los antagonistas del ácido fólico, los más aceptados son las antraciclinas.

- Radioterapia y tratamiento hormonal

Están totalmente contraindicados en el embarazo por las malformaciones fetales que provocan.^{8,10,26,27}

En el caso de tumores que no han sido extirpados durante la gestación y se va a proceder a ello al término, es recomendable suprimir la quimioterapia antes de la cirugía por el riesgo de sepsis y hemorragias por la neutropenia^{4,5}.

En las mujeres tratadas con quimioterapia si deciden dar lactancia materna deberán esperar de 2 a 4 semanas tras la finalización del último ciclo para que no sea teratógeno. Al igual que no es posible la lactancia durante el tratamiento con quimioterapia debido a dicho efecto.

En el caso de senos tratados anteriormente con cirugía conservadora y radioterapia, el amamantamiento con esta mama no suele ser posible porque la radioterapia disminuye la capacidad de producir leche (lactogénesis). No obstante, no habría ningún problema en el amamantamiento con la otra mama.

Exclusivamente se suprimirá la lactancia si precisa tratamiento con quimioterapia, radioterapia u hormonoterapia por el efecto teratógeno (categoría 4 de la OMS).^{26,31}

5.- Implicaciones para la práctica

Para alcanzar los objetivos que teníamos planteados al inicio de este TFG, que se podrían englobar en la relación que existen entre la LM, la neoplasia maligna mamaria y las intervenciones que se llevarán a cabo, me he decidido a elaborar un caso clínico ficticio.

Laura, es una mujer de 38 años, casada con una hija de 5 años, embarazada actualmente de 39+4 semanas.

Historia clínica

A los 33 años, mientras mantenía LM exclusiva de su hija, de por entonces, 9 meses, se observó una masa en el pecho derecho de, según refiere, el tamaño de una avellana, el cual no disminuía de tamaño tras la toma.

A la palpación no era doloroso, por lo que, debido según dice a su inexperiencia con la LM, es hija única y no fue amamantada por su madre, creyó que era normal y desaparecería.

Tras un aumento no muy significativo del bulto, pero que provocaba una retracción del pezón, acudió a la Matrona que la derivó inmediatamente al ginecólogo.

Se la diagnosticó de estadio II con afectación ganglionar. Tras consultar con el equipo de la unidad de mama se decidió que, debido a la edad y sólo tener una hija se la enviaría a la consulta de reproducción para proceder a la crioconservación de óvulos.

Se la realizó una mastectomía completa de la mama derecha, cuyo tratamiento se completará con quimioterapia. La evolución de Laura, fue favorable en todos los aspectos, y por su decisión personal no se realizó la reconstrucción de la mama.

Historia actual

A los dos años de finalización de todo el tratamiento y tras el alta médica por parte de oncología, Laura y su marido deciden tener un segundo hijo. Se la realiza una FIV fallida, consiguiendo el embarazo en la segunda.

Actualmente está embarazada de 39+4 y presenta rotura prematura de membranas, por lo que se decide su ingreso en la Unidad de Hospitalización de Obstetricia.

Como presenta un estreptococo del grupo B (SGB) positivo se la canaliza una vía venosa y se inicia antibioterapia intravenosa (i.v). A la hora de estar en la unidad avisa por dinámica uterina, es trasladada a dilatación y regresa a planta de paritorio tras parto eutócico con anestesia epidural. Viene con Iker, su hijo, en piel con piel.

Al llegar a planta la realizaremos la valoración de enfermería según las 14 necesidades de Virginia Henderson

1. Necesidad de oxigenación: la paciente tiene una respiración ligeramente taquipneica manteniendo saturaciones del 100%. Sus vías aéreas son permeables, no tiene ni tos ni secreciones. No es portadora de oxígeno medicinal.
2. Necesidad de nutrición e hidratación: las dos primeras horas tras el parto estará en dieta absoluta. Tras la realización de la maniobra de Credé, tomará dieta libre y abundante en líquidos.
3. Necesidad de eliminación: la micción espontánea es positiva, además la paciente refiere ser estreñida. La recomendamos alimentos ricos en fibra, abundantes líquidos y deambulación precoz.
4. Necesidad de moverse y mantener buena postura: las primeras horas su capacidad de movilización se ve limitada por las molestias de la episiotomía y la anestesia epidural. Horas después se moviliza con paso firme por la habitación.
5. Necesidad de dormir y descansar: la paciente casi no duerme debido a que el bebé ha estado llorando y le ha tenido puesto al pecho. Además, está agobiada porque piensa que su bebé no saca la suficiente cantidad de leche.
6. Necesidad de vestirse y desvestirse: la paciente necesita ayuda parcial el primer día posparto, al día siguiente es autónoma para todos los autocuidados.

7. Necesidad de termorregulación: al llegar a la unidad presenta temblores, no relacionados con fluctuaciones de la temperatura (36.7°C en ese momento). Se relaciona con efectos posteriores de la anestesia epidural, por lo que la ofrecemos una manta y refiere mejoría.
8. Necesidad de higiene personal y protección de la piel: el primer día postparto la realizamos la higiene en la cama, porque ha presentado varios episodios vasovagales a lo largo de la tarde anterior que cedían con el decúbito. En los días posteriores se asea ella misma y se encarga de la cura de la episiotomía con ducha diaria y secado minucioso. Dado que además solo tiene un pecho, incidimos mucho más en mantenerlo sano. La aconsejamos hidratarse el pezón con su propia leche o usar cremas con lanolina.
9. Necesidad de evitar peligros: no presenta alergias medicamentosas y mantiene una correcta red de apoyo. El primer día esta necesidad está alterada, por el riesgo de caídas debido a la hipotensión, según avanza la estancia se normaliza.
10. Necesidad de comunicar: se presenta extrovertida y colaboradora. Refiere sentirse enormemente feliz por la llegada de su nuevo hijo.
11. Necesidad de actuar según creencias/valores: sin necesidad de apoyo religioso.
12. Necesidad de ocuparse o realizarse: en este momento el cuidado de sus hijos es su prioridad.
13. Necesidad de recrearse: disfruta del cuidado del recién nacido.
14. Necesidad de aprender: solicita ayuda con la LM al tener una mastectomía unilateral. Además, quiere estar segura de que su hijo está bien nutrido al alimentarle con un solo seno.

Describiré los diagnósticos de enfermería, que considero son más importantes, y derivados de ellos las intervenciones que se podrían desarrollar.

Diagnóstico	NOC	NIC
<p><u>00104: Lactancia materna ineficaz</u></p> <p>R/C Cirugía mamaria previa</p> <p>M/P Ganancia insuficiente de peso del niño</p>	<p>[1002] Mantenimiento de la lactancia materna.</p>	<p>[5270] Apoyo emocional</p> <ul style="list-style-type: none"> -Comentar la expresión emocional con la paciente. -Ayudar a la paciente a que exprese los sentimientos de ansiedad, ira o tristeza. -Realizar afirmaciones empáticas o de apoyo. -Escuchar las expresiones de sentimientos y creencias. <p>[5244] Asesoramiento en la lactancia</p> <ul style="list-style-type: none"> -Informar sobre los beneficios psicológicos y fisiológicos de la LM. -Proporcionar a la madre la oportunidad de dar LM tras el parto, cuando sea posible. -Ayudar a asegurar que el lactante se sujeta bien a la mama. -Mostrar la forma de amamantar, si es necesario. -Explicar a la madre los cuidados del pezón. -Explicar las técnicas para evitar o minimizar la congestión mamaria y las molestias asociadas. <p>[5820] Disminución de la ansiedad.</p> <ul style="list-style-type: none"> -Explicar todos los procedimientos, incluidos las posibles sensaciones que se han de experimentar durante el procedimiento. -Tratar de comprender la perspectiva del paciente sobre una situación estresante. -Reforzar el comportamiento. -Crear un ambiente que facilite la confianza. -Instruir a la paciente sobre el uso de técnicas de relajación. <p>[5230] Mejorar el afrontamiento.</p> <ul style="list-style-type: none"> -Ayudar a la paciente a resolver los problemas

7.- Conclusiones

A lo largo de éste TFG se han descrito las características de la neoplasia maligna de mama, su relación con la lactancia materna y la posibilidad de ésta tras el cáncer, así como el efecto protector de la lactancia, los estilos de vida activos y con alimentación rica en fibra, la primera gestación temprana y la ausencia de hábitos tóxicos.

Debido a los múltiples beneficios que suponen la lactancia materna para el binomio madre-hijo muchas son las madres que se decantan por seguir las recomendaciones de la OMS y dar lactancia materna exclusiva los 6 primeros meses y mixta hasta los 2 años.

Aunque es evidente que ésta va a ser imposible en los casos en los que se ha realizado una mastectomía bilateral, no desaparece en aquellas en las que solo se ha visto afectado un seno. Lo que tampoco desaparece son las ganas de ser madre ni la posibilidad de serlo, siempre que se hayan tomado las medidas oportunas previas al tratamiento. Tras ser sometidas a tratamientos como la quimioterapia la capacidad está mermada, por lo que hemos incluido distintas técnicas de reproducción asistida que permiten alcanzar el deseo de ser madres. Se ha descrito cuales son las posibilidades de alcanzar tal deseo y en qué condiciones.

En madres sanas tanto el embarazo como el puerperio las supone un alto nivel de estrés debido a la nueva responsabilidad que afrontan. En aquellas en las que además se las diagnostica un tumor maligno el nivel de estrés se eleva al máximo. Esto no solo es debido al temor que causa simplemente la palabra cáncer en la sociedad, sino por la propia enfermedad y mucho más por los posibles efectos y consecuencias sobre su hijo. Además al ser diagnosticado durante la gestación las posibilidades de tratamiento son menores y están más limitadas, y en caso de aplicarse siempre se quedan con el pensamiento de no estar dañando a su hijo y si será la elección más acertada.

Como ya hemos visto el cáncer más frecuente es el carcinoma ductal infiltrante. El tratamiento dependerá de la semana de gestación y el estadio del cáncer:

-La IVE solo estará recomendada en estadios muy avanzados y las primeras semanas de gestación.

-La cirugía no se recomienda hasta cumplir las 12 semanas de gestación para evitar abortos espontáneos; lo más frecuente es la mastectomía simple o total pero en el tercer trimestre podemos decantarnos por tratamientos más conservadores.

-La radioterapia está desaconsejada durante el embarazo y debe suspenderse la LM.

-La quimioterapia está prohibida en el primer trimestre por el efecto teratogénico que tiene, sí puede usarse en el segundo y tercer trimestre siempre que sean Antraciclinas. También debe suspenderse la lactancia.

El hecho de centrarme en el cáncer de mama en la gestación y la LM, fue por el gran desconocimiento sobre este tipo de neoplasia y porque considero que mientras estas mujeres sigan teniendo una mama pueden dar lactancia materna a sus hijos. También para hacer ver que, aunque tienen una situación especial no son diferentes a las puérperas con dos mamas, porque la posibilidad de la LM no es una paradoja sino un objetivo realista y factible con cierta implicación.

Me serví de un plan de cuidados realizado a partir de un caso ficticio para poder explicar las intervenciones que se pueden llevar a cabo sobre ellas, y aunque se basaban principalmente en los diagnósticos de LM ineficaz y el puerperio, el eje común de las intervenciones enfermeras giran en torno al apoyo emocional, el apego y la ayuda y apoyo para lograr una lactancia materna eficaz. Cabe señalar también como distintos diagnósticos tienen los mismos NICs y por lo tanto las mismas actividades servirán para satisfacerles.

8.- Bibliografía

1. Escudero Fernández M. Avances en cáncer de mama. Madrid. Real academia Nacional de Medicina; 2006.
2. ec.europa.eu [Internet]. Luxemburgo: European Commission Eurostat; 1958 [actualizado 4 Ene 2016; citado 8 Ene 2016]. Disponible en:
<http://ec.europa.eu/eurostat/home>
3. who.int [Internet]. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 1948 [actualizado, citado 8 Ene 2016]. Disponible en:
<http://apps.who.int/es/index.html>
4. Mayol Oltra A, Caballero Garate A, Calvete Chornet J, Pérez Fidalgo A, Bermejo de las Heras B, Báguena Requena G, et al. Cáncer de mama y embarazo. Análisis de una serie de 27 pacientes. Rev Senol Patol Mamar [Internet]. 2012 [citado 15 Ene 2016]; 25(1): 2-7. Disponible en:
<http://www.elsevier.es/es-revista-revista-senologa-patologa-mamaria-131-articulo-cancermama-embarazoperiod-analisis-una-90147592?referer=buscador>
5. Ara C, Giménez M.J, Fábregas R, Cusidó M. Consenso Cáncer de Mama y Fertilidad. Rev Senol Patol Mamar [Internet]. 2015 [citado 26/11/15]; 28(4): 172-180. Disponible en:
<http://www.elsevier.es/es-revista-revista-senologa-patologa-mamaria-131-articulo-consensocancer-mama-fertilidad-90439980?referer=buscador>
6. Cabero Roura L, Saldivar Rodríguez D, Cabrillo Rodríguez E. Obstetricia y medicina materno-infantil. Madrid: Editorial Panamericana; 2007.
7. AECC.es [Internet].Madrid: Asociación Española contra el Cáncer; 1953 [actualizado 1 Oct 2015; citado 30 Dic 2015]. Disponible en:
<https://www.aecc.es/Paginas/PaginaPrincipal.aspx>

8. Cancer.org [Internet]. Atlanta: Sociedad Americana contra el Cáncer; 1991 [actualizado 29 Ene 2015; citado 30 Dic 2015]. Disponible en:
<http://www.cancer.org/espanol/index>
9. Canto Sánchez A L, Higgins Guerra LF. Anestesia Obstétrica. México: Editorial Manual Moderno; 2008.
10. Cancer.gov [Internet]. EEUU: Instituto Nacional del Cáncer; 2010 [actualizado 16 Dic 2015; citado 30 Dic 2015]. Disponible en:
<http://www.cancer.gov/espanol>
11. Ortega Martínez F, Juárez ramiro A, Villanueva Egan LA, Pichardo Cuevas M, Martín Odóñez AJ, Ixtla Pérez MB. Cáncer de mama y embarazo: una decisión controvertida entre dos situaciones opuestas. Gamo [Internet]. 2009 [citado 20 Dic 2015]; 8(5): 200-210. Disponible en:
<http://www.elsevier.es/es-revista-gaceta-mexicana-oncologa-305-articulo-cancer-mamaembarazo-una-decision-13147939?referer=buscador>
12. Piñero Madrona A. Principios de Senología. Murcia: Universidad de Murcia; 2015.
13. Aguilar Cordero M^a J, González Jiménez E, et al. Lactancia materna: un método eficaz en la prevención del cáncer de mama. Nutr Hosp [Internet] 2010. [Citado 21 Abr 2016]; 25(6):954-958. Disponible en:
<http://www.nutricionhospitalaria.com/pdf/4994.pdf>
14. González de la Rivera F.T. Cirugía del cáncer de mama. Madrid: Díaz de Santos; 1992.
15. Editorial. Embarazo tras cáncer de mama: Evidencia científica en el siglo XXI. Rev Senol Patol Mamar [Internet]. 2013 [citado 7 Dic 2015]; 26(1):1-3. Disponible en:

<http://www.elsevier.es/es-revista-revista-senologa-patologa-mamaria-131-articuloembarazo-tras-cancer-mama-evidencia-90192569?referer=buscador>

16. Medina Garrido A, Sánchez Vega J.L, Rastrollo Collantes D. Cáncer de mama en las primíparas añosas. 2ª ed. Cádiz: Lulu; 2013.
17. Bajo Arenas JM; Lailla Vicens JM, Xercavins Montosa J. Fundamento de ginecología. Madrid: Editorial Panamericana; 2009.
18. Granados García M, Arrite Martínez O, et al. Oncología y cirugía. Bases y principios. Bogotá: Editorial el Manual Moderno; 2013.
19. Urbina M.T, Lerner Biber J. Fertilidad y reproducción asistida. Madrid: Editorial Panamericana; 2008.
20. Santamaría Martínez M, Rodríguez Costa J, De Agustín Vázquez D. Cuadernos de Citopatología. Citopatología de la mama. Madrid: Díaz de Santos; 2010.
21. unicef.org [Internet] Nueva York: Fondo de las naciones unidas para la infancia, 1946 [actualizado 6 Nov 2015, citado 30 Dic 2015]. Disponible en:
<http://www.unicef.org/spanish/>
22. DeCherney A, Laufer N, Nathan L, Roman AS. Diagnóstico y tratamiento ginecobstétricos. Madrid: Editorial McGraw-Hill; 11ªed: 2014.
23. Reece E.A, Hobbins J.C, Gant N.F. Obstetricia clínica. 3ªed. Buenos Aires: Panamericana; 2010.
24. Link J. Cáncer de mama y calidad de vida. Barcelona: Ediciones Robinbook; 2008.

25. Acea Nebril B. Técnicas oncoplásticas en el tratamiento quirúrgico del cáncer de mama. Barcelona: Editorial Masson; 2008.
26. Gallo Vallejo J.L, Aguilar Romero M.T, González Perán E, Romero Guadix B, Santalla Hernández A.A. Cáncer de mama en la mujer joven. Prog Obstet Ginecol [Internet]. 2009 [citado 26/11/2015]; 53(1):24-29. Disponible en:
<http://www.elsevier.es/es-revista-progresos-obstetricia-ginecologa-151-articulo-cancer-mama-mujer-joven-13146792?referer=buscador>
27. Callejo Olmos J. Preservación de la fertilidad en la paciente oncológica. Barcelona: Glosa; 2009.
28. García Velasco J.A, Callejo Olmos J. Estimulación ovárica en técnicas de reproducción asistida. Barcelona: Editorial Glosa; 2010.
29. Gabaldó Barrios X. Los genes BRCA1 y BRCA2 en el cáncer de mama y ovario hereditario: Aspectos moleculares y clínicos. España: Editorial Académica española; 2014.
30. Barocio Torres A.I, Lara Otero K, et al. Mutaciones en los genes BRCA (1/2) y el cáncer de mama hereditario: Un análisis en pacientes en Venezuela. España: Editorial Académica española; 2012.
31. e-lactancia.org [Internet]. Alicante: APILAM; 2002 [actualizado 24 Abr 2016, citado 28 Abr 2016]. Disponible en:
<http://www.e-lactancia.org/>
32. Herramienta para la consulta, formación y creación de planes de cuidados con NANDA, NOC, NIC.[Web en línea] Disponible en:
<http://www.nnnconsult.com/>

9.- Anexo I

Clasificación según el sistema TNM de la AJCC:

-Categorías del tumor primario (T): describe el tamaño del tumor.

Tx: no se puede evaluar

T0: no existe evidencia de tumor primario

Tis: carcinoma in situ

T1: tumor de hasta 2 cm

T2: tumor de entre 2 y 5 cm

T3: tumor de más de 5 cm

T4: el tumor es de cualquier tamaño e invade:

T4a: extensión en profundidad

T4b: edema o ulceración de la piel

T4c: 4a +4b

T4d: Carcinoma inflamatorio

-Ganglios linfáticos regionales(N)

Nx: los ganglios linfáticos no se pueden evaluar

N0: los ganglios no han sido invadidos

N1: ganglios axilares ipsilaterales móviles metastásicos

N2: ganglios axilares ipsilaterales fijos metastásicos

N3: metástasis en ganglios de la cadena mamaria interna ipsilateral.

-Metástasis a distancia (M)

Mx: metástasis a distancia sin determinar

M0: no existen metástasis a distancia

M1: presencia de metástasis a distancia

10.- Anexo II

Agrupación en función del estadio:

Estadio 0	Tis	N0	M0
Estadio I	T0,T1	N0	M0
Estadio IIA	T0	N1	M0
	T1	N1	M0
	T2	N0	M0
Estadio IIB	T2	N1	M0
	T3	N0	M0
Estadio IIIA	T0	N2	M0
	T1	N2	M0
	T2	N2	M0
	T3	N1,N2	M0
Estadio IIIB	T4	Cualquier N	M0
	Cualquier T	N3	M0
Estadio IV	Cualquier T	Cualquier N	M1