



Universidad del País Vasco Euskal Herriko Unibertsitatea

MEDIKUNTZA
ETA ERIZAINZAKO
FAKULTATEA
FACULTAD
DE MEDICINA
Y ENFERMERÍA

ERIZAINZAKO GRADUA
GIPUZKOA
GRADO EN ENFERMERIA

2016 / 2017 ikasturtea

**BULARREKO MINBIZIA IZAN ETA MASTEKTOMIA JASAN
DUTEN EMAKUMEEI EMAN BEHARREKO ERIZAINZAZAINKETAK**

Maialen Mitxeo Oteiza

Zuzendaria: Joseba Xabier Huitzi Egilegor

LABURPENA

Sarrera: bularreko minbizia bigarren minbizi mota ohikoena da munduko emakumeen artean. Gaixotasuna tratatzeko tratamendua ezberdina izango da minbizi motaren eta hedatze-fasearen arabera. Tratamendu aukeretak bat mastektomia da, hau da, bularra eraztea.

Helburua: lanaren helburua bularreko minbizia izan eta mastektomia jasan duten emakumeei eman beharreko erizaintza-zainketak aztertzea izan da.

Metodologia: errebisio narratiboa egin da. *Pubmed, Dialnet, Cuiden, Cochrane Plus* eta *Biblioteca Virtual de la Salud*-en informazioa bilatu da. Horiez gain, bi web-orrialde erabili dira informazioa bilatzeko: *American Cancer Society* eta *Instituto Nacional del Cancer* elkarten web-orrialdeak.

Emaitzak: bularreko minbizia bularra osatzen duten zelulen hazkuntza anormala da eta mastektomia da tratamendu ohikoenetako bat. Lanean mastektomiak pazientearengan dituen eragin biologiko, fisiko, psikologiko eta sozialak aztertu dira. Ondoren, mastektomiaren ondorioz pertsonarengan gertatzen diren aldaketa horiei aurre egiteko erizaintza-zainketak identifikatu dira, komunikazioari eta hezkuntzari garrantzia emanez. Azkenik, erizaintza-zainketek dituzten onurak aztertzean ikusi da, ebidentziaren arabera, erizain espezializatuek emandako zainketak erizain orokorrek emandako zainketak baino eraginkorragoak direla.

Eztabaida: idazleak ados daude bularreko minbiziaren eta mastektomiaren inguruko kontzeptu nagusien inguruan, hala ere, aipatu behar da mastektomia motak sailkatzeko modu ezberdinak ageri direla. Bestalde, desadostasuna ikusi da mastektomia mota ezberdinen ondorioak aztertzean. Gainera, besoaren ariketak egiten noiz hasi behar diren zehaztean, autore gehienek aholkatu dute ahalik eta azkarren ariketak egiten hastea, baina bi autorek ordea, ariketak egiten beranduago hasteko aholkatu dute.

Ondorioak: ikusi da erizaintza-zainketak oso garrantzitsuak direla mastektomia jasan duten emakumeek izaten dituzten aldaketei aurre egiteko. Erizainak emandako heziketa eta komunikazioa beharrezkoak izango dira emakumeak jasango dituen aldaketa guztiei aurre egiteko.

AURKIBIDEA

1. SARRERA.....	1
2. HELBURUAK.....	2
3. METODOLOGIA.....	2
4. EMAITZAK.....	4
4.1. BILAKETAREN EMAITZAK	4
4.2. ERREBISIO BIBLIOGRAFIKOAREN EMAITZAK.....	7
4.2.1. BULARREKO MINBIZIAREN ETA MASTEKTOMIAREN OINARRIZKO KONTZEPTUAK.....	7
4.2.1.1. Kontzeptuen azalpena.....	7
4.2.1.2. Ondorio biologikoak eta fisikoak	8
4.2.1.3. Ondorio sozialak	10
4.2.1.4. Ondorio psikologikoak.....	11
4.2.2. MASTEKTOMIA JASAN DUEN EMAKUMEARI EMAN BEHARREKO ERIZAINTZA-ZAINKETAK	12
4.2.2.1. Erizaintza-zainketak ebakuntza aurretik.....	13
4.2.2.2. Komunikazioa eta hezkuntza	14
4.2.2.3. Erizaintza-zainketak ebakuntza ondoren.....	15
4.2.2.3.1. Ondorio biologikoen eta fisikoen erizaintza-zainketak.....	15
4.2.2.3.2. Ondorio psikologikoen erizaintza-zainketak	18
4.2.2.3.3. Ondorio sozialen erizaintza-zainketak.....	20
4.2.2.3.4. Terapia ezberdinak.....	21
4.2.3. ERIZAINTZA-ZAINKETEN ERAGINKORTASUNAREN EBIDENTZIAK.....	21
5. EZTABAIDA.....	23
6. ONDORIOAK.....	27
7. EKARPEN PERTSONALA	28
8. BIBLIOGRAFIA.....	30
9. ERANSKINAK	35
1. Eranskina: erabilitako artikuluen izenburuak eta argitaratze-urtea.....	35

TAULEN AURKIBIDEA

1.Taula: Bilaketa egiteko aukeratutako Decs, Mesh eta hitz-gakoak.	3
2.Taula: Datu-baseetan eta metabilatzailean egindako bilaketaren emaitzak	5
3.Taula: Web-orrialdeetan lortutako publikazioak.	6

HIZKIEN ESANAHIA

	INGELESEZ	GAZTELANIAZ	EUSKARAZ
NOC	Nursing Outcomes Classification	Clasificación de resultados de enfermería	Erizaintzako emaitzen sailkapena
NIC	Nursing Interventions Classification	Clasificación de intervenciones de enfermería	Erizaintzako interbentzioen sailkapena

1. SARRERA

Bularreko minbizia, biriketako minbiziaren atzetik, bigarren minbizi mota ohikoena da. *Instituto Nacional del Cancer*-en arabera, munduko heriotzen % 13 minbiziaren eraginez ematen dira eta 7 milioi pertsona hiltzen dira urtero gaixotasun horrekin (1).

Minbizia etapa goiztiarrean diagnostikatzen bada, tratamenduak arrakasta izateko aukera handiagoa izango du. Bularreko minbizia kontutan hartuta, gaixotasuna diagnostikatu ondoren gaixoen batz besteko biziraupena % 61ekoa da mundu osoan, garapen bidean dauden herrialdeetan indize hori % 57koa da eta garatutako herrialdeetan % 73koa (1).

Beraz, garrantzitsua izango da bularreko minbizia ahalik eta azkarren aurkitzea, tratamendua ezartzeko eta gaixotasuna gainditzeko. Tratamenduen artean bi mota bereizten dira, tratamendu lokala eta tratamendu sistemikoa (2).

Tratamendu lokalak tumorea zuzenean tratatzen du gorputz osoan eraginik izan gabe. Tratamendu lokalen artean ondorengoak sartzen dira:

- Erradioterapia: energia altuko izpi edo partikulen bitartez tumorearen zelulak deuseztatzen dira. Erradioterapia beste tratamenduekin batera eman ohi da.
- Kirurgia: ahal den heinean tumorea kendu egiten da bularra mantenduz edo bular guztia erauziz. Horri mastektomia deritzo.

Tratamendu sistemikoan farmakoak ematen dira eta horiek tumorean eragina izateaz gain gorputz osoan izaten dute eragina. Hauek dira tratamendu sistemiko ezberdinak:

- Kimioterapia: farmakoen bidezko tratamendua da. Farmako horiek aho bidetik edo zain bidetik ematen ahal dira. Farmakoek odol fluxuan bidaiatzen dute tumorea dagoen lekura iritsi arte.
- Terapia hormonalak: hormonenganako sentzibilitatea duten tumoreetan erabiltzen da tratamendu mota hori.
- Terapia zuzentzailea: tratamendu horrek zelulen hazkuntza azkarra blokeatu egiten du, zelulen hazkuntzan parte hartzen duten molekuletan eraginez (2).

Tratamendu horiek emakumearengan eragin ezberdinak izango dituzte. Gaixotasunak eta tratamenduak psikosozialki emakumearengan eragina izango dute, izan ere, kultura askotan bularra emakumearen edertasunarekin eta sexualitatearekin lotuta egoten da. Bularra galtzeak, beraz, inpaktu handia eragingo du emakumearengan (3).

Biologikoki ere eragina izango dute tratamenduek. Kimioterapia jasotzen duten pertsonak, adibidez, goragaleak edo goitikak jasan ditzakete, ilea erori dakieke, ahoan

ultzerak irten ahal zaizkie eta gose gutxiago izan dezakete. Erradioterapia jasotzen duten pazienteek, berriz, bularraren handitzea eta pisu sentrazioa izan ditzakete, baita tratatutako larruazalaren aldaketak eta nekea ere (2).

Paziente bakoitzak tratamendu espezifikoa izango du eta paziente bakoitzari modu ezberdinean eragingo dio tratamenduak, beraz, emakume horiei zainketa egokiak emateko, osasun-profesionalek pertsona bakoitzaren behar espezifikoak ase beharko dituzte, pazienteen ongizatea eta bizi-kalitatea hobetzeko helburuarekin (1).

Onkologiako unitatean praktikak egin bitartean mastektomia jasan duten hainbat emakumerekin tratatu dut. Konturatu naiz emakume horiei eman beharreko erizaintza-zainketen inguruan ezagutza izatea beharrezkoa dela. Horregatik, bularreko minbizia izan eta mastektomia jasan duen emakume bati erizainak eman beharreko zainketak zein diren aztertuko da Gradu Amaierako Lan honetan zehar.

2. HELBURUAK

Helburu orokorra:

- Bularreko minbiziaren ondorioz, mastektomia jasan duen emakume bati eman beharreko erizaintza-zainketak.

Helburu zehatzak:

- Bularreko minbiziaren eta mastektomiaren kontzeptu garrantzitsuenak azaltzea eta eragiten dituzten ondorioak aztertzea.
- Bularreko minbiziaren ondorioz mastektomia jasan duten emakumeei eman beharreko erizaintza-zainketak deskribatzea.
- Erizaintza-zainketa horiek eraginkorrak izatearen ebidentziak azaltzea.

3. METODOLOGIA

Planteatu diren helburuak lortu ahal izateko, errebisio narratiboa egin da. Bilaketa bibliografikoa egin da, eta, horretarako, lehendabizi, PIO egitura erabili da. Hau da erabilitako PIO egitura:

- **Patient** (pazientea): Bularreko minbizia duen eta mastektomia jasan duen emakumea
- **Intervention** (Interbentzioa): Erizaintza-zainketak
- **Outcome** (Emaitza): Zainketek pazientearengan duten onura

PIO egitura planteatu ondoren, 1. Taulan azaltzen den bezala, atal bakoitzari dagozkion deskriptoreak, Decs-ak (Descriptores en Ciencias de salud) eta Mesh-ak

(Medical Subject Headings), eta hitz-gakoak aukeratu dira, bilaketa bibliografikoan ahalik eta ebidentzia maila altueneko artikuluak aurkitu ahal izateko.

1.Taula: Bilaketa egiteko aukeratutako Decs, Mesh eta hitz-gakoak.

PIO egitura	Decs	Mesh	Hitz-gakoak
P	Neoplasias de mama	Breast neoplasms	Cancer de mama
	Mastectomía	Mastectomy	
I	Atención de enfermería	Nursing care	Cuidados de enfermería
	Enfermería	Nursing	
O	Calidad de vida	Quality of life	

Deskriptore horiekin bilaketa bibliografikoa 4 datu basetan egin da: *PubMed*, *Cuiden*, *Dialnet* eta *Cochrane Plus*. *Biblioteca Virtual de la Salud (BVS)* metabilatzailea ere erabili da. Bestalde, lanerako garrantzitsua izan daitekeen informazioa bi web-orrialdetan bilatu da. Horietako bat *American Cancer Society* elkartearen web-orrialdea izan da eta bestea *Instituto Nacional del Cancer* elkartearen web-orrialdea. Web-orrialde horiez gain, *NNNConsult* web-orrialdea erabili da gaixotasunarekin zerikusia duten erizaintza-diagnostiko, -emaitza eta -interbentzioak aztertzeko.

Deskriptore eta hitz-gako horiek beraien artean erlazionatzeko erabili den operadore boolearra AND izan da.

Artikuluak aukeratzeko orduan publikazioek baldintza batzuk bete behar izan dituzte, eta, horretarako, iragazkiak erabili dira:

- Artikuluek 2007 eta 2017 urte bitartekoak izan behar dute.
- Hizkuntzari dagokionez, euskarazko, gaztelaniazko eta ingelesezko artikuluak hartu dira kontuan.
- Testu osoa eta dohainik eskura daitezkeen artikuluak bakarrik aukeratu dira.

Esan beharra da, iragazki orokor horiez gain, datu-base batzuetan beste iragazki batzuk ere erabili direla:

- *BVS* metabilatzailean hiru bilaketa bide egin dira eta hiruetan artikulu asko atera direnez, bilaketa zehazteko, datu-base horrek bereak dituen iragazki batzuk gehitu dira: aldizkariaren gaia erizaintzaren ingurukoa izatea eta artikuluaren gai nagusia mastektomia izatea. Metabilatzaile horretan, artikuluak

gizakian zentratuak izateko iragazkia jartzen ahal denez, iragazki hori aukeratu egin da.

- *PubMed* datu-basean *breast neoplasms* eta *mastectomy* deskriptoreekin egindako bilaketa bideak zarata handia izan du (1826 artikulua), horregatik, iragazki batzuk aldatu eta gehitu egin dira: errebisio bibliografikoak aukeratu dira eta 2012ko urtarriletik aurrerako artikulua hartu dira kontuan. Horrela 106 artikulua lortu dira. Datu-base horretan ere, artikulua gizakian zentratuak egoteko iragazkia aukeratu da.
- *Cuiden* datu-basean urtearen eta testu osoaren iragazkia erabili da, baina ezin izan da hizkuntzaren iragazkia erabili. Datu-base horrek Iberoamerikako aldizkarietako artikulua asko eskaintzen ditu eta horietako gehienek portugesez direnez, ezin izan dira lanerako aukeratu. Hala ere, aipatu behar da urte-tartea 2005-2017 erabili dela kasu honetan, emaitza hobea lortu delako.
- *Cochrane Plus* datu-basean PubMed-en gertatu den bezala *breast neoplasms* eta *mastectomy* deskriptoreekin egindako bilaketa bideak zarata handia izan du. Horregatik, deskriptore horiek artikuluen izenburuan edo laburpenean azaltzeko baldintza jarri da, eta, horrela, bilaketa zehatzagoa izan da.
- *Dialneten* kasuan urte-tartea jartzeko orduan ezinezkoa izan da 2007 eta 2017 tartea zuzenean jarri, datu-base horretan urte-tartea 2000-2009 edo 2010-2019 moduan finkatua dagoelako. Beraz, artikulua aukeratzeko, bi tarteetan begiratu da 2007 eta 2017 urte tartean sartzen diren artikulua aztertzeko.

Ezarritako iragazki horiez gain, artikulua aukeratzeko orduan barneratze-irizpideak eta kanporatze-irizpideak finkatu dira:

- Lortutako artikuluen izenburuak eta laburpenak irakurri ondoren bularreko minbiziarekin eta mastektomiarekin erlazionatutako artikulua hartu dira kontuan.
- Artikulua aztertzen den taldea gizataldea izan behar du, eta, horren barruan, emakumeak hartu dira kontuan.
- Bularraren errekonstrukzioarekin erlazionatutako artikulua ez dira aukeratu lana egiteko.

4. EMAITZAK

4.1. BILAKETAREN EMAITZAK

Datu-baseetan egindako bilaketetan lortutako emaitzak 2. Taulan azaltzen dira. Egindako bilaketa bibliografikoari esker, 56 artikulua lortu dira, baina horietatik 28

argitalpen datu-base ezberdin nahiz berdinetan errepikatu dira. Beraz, guztira 28 artikulu lortu dira. Erabilitako 28 artikuluak 1. Eranskinean daude zerrendatuta.

2.Taula: Datu-baseetan eta metabilatzailean egindako bilaketaren emaitzak

Datu basea	Bilaketa bidea	Ateratako artikuluak	Iragazkiak finkatuta ateratako artikuluak		Aukeratutako artikuluak
BVS	(tw:(neoplasias de mama)) AND (tw:(mastectomía)) AND (tw:(atención de enfermería))	404	25	K A N P O R A T Z E E T A B A R N E R A T Z E	7
	(tw:(neoplasias de mama)) AND (tw:(mastectomia))	23278	64		12
	(tw:(neoplasias de mama)) AND (tw:(atencion de enfermeria)) AND (tw:(calidad de vida))	243	3		0
Pubmed	((breast neoplasms[MeSH Terms]) AND mastectomy[MeSH Terms]) AND nursing care[MeSH Terms]	64	3		1
	(breast neoplasms[MeSH Terms]) AND mastectomy[MeSH Terms]	23092	106		2
	((breast neoplasms[MeSH Terms]) AND nursing care[MeSH Terms]) AND quality of life[MeSH Terms]	75	9		0
Dialnet	Neoplasias de mama AND mastectomia AND enfermeria	3	3		2
	Neoplasias de mama AND mastectomia AND atencion de enfermeria	0	0		0
	Neoplasias de mama AND atencion de enfermeria AND calidad de vida	0	0		0
	Neoplasias de mama AND mastectomía.	22	9		3
	Cancer de mama AND mastecotmia	112	40	9	
	Cancer de mama AND cuidados de enfermería	21	7	2	

Cuiden	((([cla=neoplasias])AND((([cla=de])AND([cla=mama])))AND((([cla=mastectomia])AND((([cla=atencion])AND((([cla=de])AND([cla=enfermeria])))))	4	3	I R I Z P I D E A K	0
	((([cla=cancer])AND((([cla=de])AND([cla=mama])))AND((([cla=mastectomia])AND((([cla=atencion])AND((([cla=de])AND([cla=enfermeria])))))	7	6		2
	((([cla=neoplasias])AND((([cla=de])AND([cla=mama])))AND((([cla=atencion])AND((([cla=de])AND([cla=enfermeria]))AND((([cla=calidad])AND((([cla=de])AND([cla=vida])))))	0	0		0
	((([cla=neoplasias])AND((([cla=de])AND([cla=mama])))AND([cla=mastectomia])	20	18		1
	((([cla=cancer])AND((([cla=de])AND([cla=mama])))AND([cla=mastectomia])	62	40		6
	((([cla=cancer])AND((([cla=de])AND([cla=mama])))AND((([cla=cuidados])AND((([cla=de])AND([cla=enfermeria])))))	50	34		4
	Cochrane Plus	(breast neoplasms) and (mastectomy) and (nursing care)	23		13
((breast neoplasms) and (mastectomy)):ta		1396	3	0	
(breast neoplasms) and (nursing care) and (quality of life)		95	52	1	

Datu-baseetan lortutako artikulu horiez gain, lehen aipatutako web-orrialdeetan bi argitalpen lortu dira eta ondoren datorren 3. Taulan daude zerrendatuta.

3.Taula: Web-orrialdeetan lortutako publikazioak.

Web-orrialdea	Publikazioaren izenburua
American Cancer Society	Cáncer de seno (mama)

Instituto Nacional del Cancer	Linfedema (PDQ®)–Versión para profesionales de salud
-------------------------------	--

4.2. ERREBISIO BIBLIOGRAFIKOAREN EMAITZAK

4.2.1. BULARREKO MINBIZIAREN ETA MASTEKTOMIAREN OINARRIZKO KONTZEPTUAK

4.2.1.1. Kontzeptuen azalpena.

Bularreko minbizia bularra osatzen duten zelulen hazkuntza anormala da. Zelulak kontrolik gabe hazten dira, eta tumorea sortzen dute (2,4). Kontrolik gabe hazten diren zelula horiek bularretik kanpo hedatzeko gaitasuna badute, tumore gaiztoa dela esaten da. Zelulek hedatzeko gaitasunik ez badute, ordea, tumore onbera dela esaten da (2). Bularra lobulu eta lobulutxo izeneko bularreko guruinez osatuta dago eta horiek emakumea erditzean esnea jariatzen dute. Bularreko guruinak eta hodi galaktoforoak ehun adiposoan eta konjuntiboan daude eta ehun linfatikoarekin batera bularra osatzen dute (2,4,5). Sistema linfatikoa linfa-bidez osatuta dago, eta, bertan, linfa egoten da, globulu zuriz osatutako kolorerik gabeko likidoa (4). Sistema linfatikoaren zeregina toxinak deuseztatzea da. Sistema linfatikoa besapeko gongoil linfatikoez, bularraren azpiko eta klabikularen gaineko gongoil linfatikoez eta bide linfatikoez osatuta dago (5).

Mota ezberdinetako bularreko minbiziak daude eta baita tratamendu ezberdinak ere. Tratamendua tumorearen tamainaren eta hedaduraren arabera izaten da. Ebakuntza kirurgikoa da tratamendu ohikoena, eta kimioterapiarekin, erradioterapiarekin, edo hormona terapiarekin konbinatu daiteke (4,6). Ebakuntza kirurgikoa bi motatakoa izan daiteke:

- Tumorektomia: tumorea eta tumorea inguratzen duen bularreko ehun osasuntsua kendu egiten da, baina bularra kontserbatu egiten da. Tumorearen tamainaren arabera, bularraren zati txikiagoa edo handiagoa erauziko da.
- Mastektomia: Bular guztia kentzen da eta batzuetan bularraren inguruko ehunak ere kendu egiten dira (2).

Mastektomiari dagokionez, mota ezberdinetako mastektomiak daudela ikusi daiteke (2,4). Honela sailkatzen ditu Vallegas-ek :

- Larruazalpeko mastektomia: bular guztia kentzen da, baina titipunta eta areola mantendu egiten dira.
- Mastektomia totala edo sinplea: bular guztia kentzen da, baina ez dira kentzen beso azpiko gongoil linfatikoak ez eta bular azpiko muskuluak.

- Mastektomia erradikal modifikatua: bular guztia eta beso azpiko ia gongoil linfatiko guztiak kentzen dira.
- Mastektomia erradikala: bular guztia eta beso azpiko gongoil linfatiko guztiak kentzeaz gain, muskulu pektoral ere kendu egiten da (4).

American Cancer Society-k modu ezberdinean sailkatzen ditu mastektomia motak (2):

- Mastektomia totala edo sinplea.
- Mastektomia bikoitza: horrela deitzen zaio bi bularrak erazteari. Mastektomia mota hori batzuetan prebentzio moduan egiten da beste bularrean tumorea izateko probabilitate handia duten emakumeetan.
- Larruazala kontserbatuta egiten den mastektomia: kasu horretan bularraren gaineko larruazal gehiena mantentzen da bularraren berehalako errekonstrukzioa egiteko.
- Mastektomia erradikal modifikatua.
- Titipunta kontserbatzen deneko mastektomia: mastektomia mota hori larruazala kontserbatuta egiten den mastektomia motaren deribazioa da. Kasu horretan, larruazala eta titipunta mantentzen dira gero errekonstrukzioa egiteko (2).

Bularrek emakumearen edertasuna erakusten dute, sexualitatearen ikur dira, amatasunaren ezaugarri eta zona erogenoak dira (3,4,7-9). Duten esanahiagatik bularra kentzea emakumearentzat esperientzia estresagarria da (4). Sentimendu ezberdinak azaltzen dira emakumearengan, gaixotasunari beldurra, azkar hiltzeko beldurra eta bizitza berri bati aurre egin behar izateko beldurra (10). Mastektomiak emakumearengan inpaktu handia eragiten du biologikoki, fisikoki, psikologikoki eta sozialki (1,2,4,7).

4.2.1.2. Ondorio biologikoak eta fisikoak

Aldaketa biologikoei eta fisikoei dagokionez, bularra kentzen denean pektoralako muskulu handiaren faszia kendu egiten da, eta, ondorioz, larruazala muskuluari atxikitzeko probabilitatea handitu egiten da. Hori gertatzen bada, muskulua eta larruazala ezingo dira beraien artean irristatu. Ondorioz, pektoral handia txikitu egingo da eta sorbaldaren mugimendua zaildu egingo da. Horrez gain, lepoko, besoko eta sorbaldako mina jasan ohi dute mastektomia pairatu duten emakumeek (6).

Mastektomiaren ondorio fisiko bat besoko asaldurak dira. Emakume horiek normalean besoa mugitzeko zailtasunak izaten dituzte eta indarra galtzen dute besoan, linfedema azaldu daiteke, besoko sentsibilitatea aldatu egiten da batzuetan eta lehen

esan bezala mina jasaten ahal dute. Horren ondorioz, eguneroko bizitzako hainbat jarduera aurrera eramateko zailtasunak izaten dituzte (6).

Errekuperazioak irauten duen bitartean besoaren mugikortasunaren murrizketa bat ematen da eta baita mugikortasun orokorraren murrizketa bat, ebakuntzan egindako ebakidurak egiten duen minagatik, ebakuntzan jartzen duten drainatze-sistemagatik eta sistema horren poltsagatik. Drainatze-sistema hori aste bat edo bi astez izaten du emakumeak eta horrek eragiten duen mugikortasunaren murrizketak denborarekin besoan arazo gehiago izateko arriskua ekartzen du (11).

Lehen esan bezala, linfedema besoan ager daitekeen ondorio bat da. Bi linfedema mota bereizten dira, primarioa eta sekundarioa. Linfedema primarioa anomalia kongenitoen eraginez ematen den linfedema mota da. Linfedema sekundarioa ordea, sistema linfatikoak jasaten duen traumatismoaren ondorioz sortzen da. Bularreko minbizia duen emakumeari besapeko gongoilak kentzen zaizkionean edo bertan erradioterapia jasotzen duenean, sistema linfatikoa kaltetu egiten da (12). Ondorioz, linfaren drainatzea ez da egokia izaten eta proteinatan aberatsa den likidoa gune interstizialean pilatu egiten da. Linfedema kirurgia jasan eta berehala edo urteetara ager daiteke, baina behin agertzen dela ez da inoiz sendatuko, gaixotasun kronikoa baita (13). Linfedemaren ezaugarri garrantzitsuena fobearik gabeko edema dela da. Estadio goiztiarretan edema fobearekin azaltzen da, baina denborarekin fibrosi bihurtzen da (14).

American Cancer Society-ren arabera, ondorengoak dira linfedemaren lehenengo zeinuak: besoaren pisutasun sentrazioa, mina, besoa handituta izatea eta besoaren mugikortasun ahalmena gutxitua izatea (12). Larruazalaren hiperkeratosia azaldu daiteke eta garatxo eta besikula moduko lesioak ere ager daitezke (14). Emakume batzuek parestesiak izaten dituzte (12).

Besoko linfedema jasaten duten emakumeek zailtasunak izaten dituzte janzteko, izan ere, linfedemaren ondorioz, artikulazioaren funtzioa zaildu egiten da. Gainera, lehen erabiltzen zituzten erlojuak eta eskumuturrekoak erabiltzeko ezintasuna pairatzen dute (14).

Kirurgia motaren arabera, kendutako besapeko gongoilen arabera, gaixotasunaren estadioaren arabera, pertsonaren gorputz-masaren indizearen (GMI) arabera, linfedemaren inguruan jasotako hezkuntzaren arabera eta pazienteak aurrera eramaten dituen jarduera prebentiboen arabera, linfedema izateko arriskua handitu edo txikitu egingo da. Zenbat eta gaixotasuna estadio aurreratuago batean egon, linfedema jasateko arriskua handiagoa izango da. Era berean, besapeko gongoilak kentzeak eta GMI altua izateak linfedema izateko arriskua handitu egiten du. Bestetik,

kirurgiaren ondoren besoarekin ariketak ez egiteak ere linfedema izateko arriskua handitu egiten du. Izan ere, besoarekin ariketak egitean gune interstizialean gelditu daitekeen linfa mugitu egiten da eta horrek lagundu egiten du linfedema ez agertzen. Azkenik, linfedemaren inguruan osasun-heziketa egoki bat jasotzen duten pazienteek linfedema izateko arrisku txikiagoa izaten dute (12,13).

Lehen esan bezala, linfedema mastektomiaren ondorio kroniko bat da eta horri lotuta batzuetan beste gaixotasun bat ager daiteke urteetara, angiosarkoma edo Stewar-Treve sindromea. Gaixotasun hori mastektomia egin eta 10 urte ingurura azaltzen da. Kolore urdin edo gorriko makula-papula lesioak azaltzen dira mastektomia jasan den besoaren aldean. Gaixotasun horren diagnostikoa batzuetan berantiarra izaten da, larruazalean azaltzen diren lesioak ekimosi traumatikoak direla pentsatzen baita (15).

Eskapula hegalduna mastektomian gongoil linfatikoak kentzen direnean agertu daitekeen beste ondorio bat da. Kirurgia egiten denean toraxeko nerbio luzeak lesioa jasan dezake. Lesio hori batzuetan asintomatikoa izaten da eta bere kabuz lehenengo egoerara itzultzen da. Beste batzuetan lesio horrek denbora behar izaten du bere betiko egoerara itzultzeko. Baina eskapula hegaldun jarraituak nerbioaren lesio osoa eta itzulezina adieraziko du. Eskapula hegalduna dela esaten da eskapularen erdiko zatia asko nabaritzen denean. Eskapula hegalduna duela ikusi ahal izateko pertsona paretara begira jarri behar da, besoak 90º flexionatu behar ditu eta paretan jarri behar ditu eskuak. Azkenik ukondoak luzatu behar ditu eskuekin paretara bultzatuz. Pazienteak prozedura hori egiten duen bitartean eskapula ebaluatu egiten da. Eskapularen posizio okerrak egonkortasun txarra eragiten du eta ondorioz sorbaldaren funtzionamendua ezegokia izaten da (16).

Kirurgiaren ondorioz agertzen den eskapula hegaldunak pazientearen bizikaltatea arriskuan jarri dezake. Izan ere, konplikazio horrek operatutako bularraren aldeko besoan mina eta muskuluaren indarra galtzea eragin dezake, artikulazioaren funtzioa konprometitu azaltzen baita (16).

4.2.1.3. Ondorio sozialak

Asaldura sozialei dagokionez, aipatu behar da, tratamendua jasan aurretik emakume horiek zituzten gizarte-harremanak aldatu egiten direla kasu batzuetan (1,2,4). Lan-jarduera kontuan hartuta, kirurgia egin ondoren pazienteak lana egiteko orduan muga batzuk izango ditu, hasieran ezingo du esfortzurik egin eta horregatik, hainbat emakumek gaixotasuna diagnostikatu aurretik zuten lana egiten jarraitzeko

ezintasuna izaten dute. Familian ere aldaketak emango dira, izan ere, egunero egiten zituen hainbat lan ezingo ditu egin eta etxeko rola aldatu egingo dira (9).

4.2.1.4. Ondorio psikologikoak

Emakumeek bularrean bulto bat sentitzen dutenetik gaixotasuna diagnostikatu arte sentimendu ezberdinak esperimentatzen dituzte, horien artean antsietatea, beldurra, ezjakintasuna eta kulpa. Sentimendu horiek gaixotasunak irauten duen bitartean eta behin tratamendua bukatutakoan ere jarraitzen ahal dute (1). Izan ere, bularreko minbiziak aldaketak eragiten ditu pazientearen eguneroko bizitzan eta familian (9,17). Emakume horiek erantzun emozional ezberdinak izaten dituzte beraien pentsamenduen, esperientzien eta sinesmenen arabera (9).

Mastektomiaren ondorioz, emakume batzuek antsietatea eta depresioa jasaten dute. Bizitzeko moduan aldaketak ikusten dira, bere fisikoarekin eroso ez dagoelako eta emakumeak bere gorputza hautemateko duen modua aldatu egiten delako. Horren ondorioz, autoestima eta libido sexuala jaisten dira. Emakumeak beldurra izaten dio tratamenduak arrakastarik ez izateari, gaixotasuna berriz azaltzeari eta baita hiltzeari ere (18).

Ikerketa ezberdinak egin ondoren, ikusi da mastektomiak emakumearen gorputzaren irudian ondorio negatiboak dituela, lotsarekin eta ispiluaren aurrean ikusteko ezintasunarekin azaltzen dena (3,17). Gorputzaren irudi negatiboarekin lotuta, ikusi da, emakume horiek osasun okerragoa izaten dutela; analgesiko eta psikotropiko gehiago erabiltzen dituzte, antsietatea eta depresioa jasaten dute eta sufrimendu kronikoa pairatzen dute (3). Mastektomia jasan ondoren, emakumeak dolua igaro behar izaten du, izan ere, berea zen zerbait galdu baitu eta denbora behar izaten du hori onartu ahal izateko. Bularra galdu ondoren, pertsonak igarotzen duen doluak pazientearen baloreak aldatzea eragiten du. Pazienteak jada ez dio hainbeste garrantzirik emango bere ezaugarri fisikoei, eta bere izateari emango dio garrantzi handiagoa. Modu horretan, sinesmen espiritualek eta erlijiosoek leku garrantzitsua hartuko dute (9).

Batzuetan bikoteek arazo sexualak izaten dituzte, izan ere, mastektomiaren ondoren emakume izatearen sentimendua galtzen dute paziente batzuek (17). Bularra galtzea esperientzia traumatikoa da emakumearentzat. Bere buruarekin eta besteekin duen harremana aldatu egiten da. Emakumea ez da erakargarri sentitzen eta segurtasun falta sentitzen du bikotearekin erlazio sexualak izatean. Sexuarekin lotutako arazo garrantzitsuenak hauek dira: mutilazioaren sentimendua eta

gorputzaren irudiarekin lotutako aurreiritziak, depresioa eta horri lotuta desira sexualaren gutxitzea, nekea, mina eta lehortasun baginalaren ondoriozko zailtasunak (8). Segura-Valverde et al-en arabera, mastektomia jasaten duten emakumeen % 50ak erlazioa sexualak izateko kezka izaten dituzte, bikotea alderatzeko edo urruntzeko beldurra izaten dute eta biluztearekin arazoak izaten dituzte (3).

Hala ere, aipatu behar da mastektomiak ez duela berdin eragiten adin guztietan. Manganiello et al-ek adierazten dute 60 urtetik gorako bikoteetan mastektomiak ez duela sexualitatean eragiten, jada bikote horrek sexualitateari garrantzi gutxiago ematen diolako. Bikote gazteetan, ordea, mastektomiak inpaktu handiagoa duela frogatu da, bizitzako momentu horretan edertasunari eta sexualitateari garrantzi handiagoa ematen zaiolako (8).

Mastektomiak pazientearen bizi-kalitatean eragina du. Bizi-kalitatea pertsonak nahi duena egin ahal izatea eta bizitzan nahi dena lortzea dela esan daiteke. Minbizia duten pazienteen kasuan, bizi-kalitatea adaptazio prozesu bat da non ezaugarri medikoek eta sozio-demografikoak laguntzen edo zailtzen duten (19). Pazienteek esaten dute bizi-kalitatearen hobetzea osasun-egoera onaren, familiaren laguntzaren, gizarte-harremanen eta erlijio sinesmenen ondorio dela. Antzietatea jasaten duten emakumeek, adin handiagoa duten emakumeek eta arazo ekonomikoak dituzten emakumeek bizi-kalitate txikiagoa izaten dutela ikusi da. Gainera, hainbat ikerketatan hezkuntza-mailaren eta bizi-kalitatearen inguruan erlazioa antzeman da. Geroz eta hezkuntza-maila handiago izan, gaixoek bizi-kalitate hobetuegia izaten dutela baieztatu da (8).

4.2.2. MASTEKTOMIA JASAN DUEN EMAKUMEARI EMAN BEHARREKO ERIZAINZAZAINKETAK

Lehen aipatu bezala, mastektomiak pazientearengan fisikoki, biologikoki, psikologikoki eta sozialki eragingo du, eta, ondorioz, bizi-kalitatean eragina izango du (1,2,4). Horregatik, garrantzitsua izango da emakumearen zainketa-prozesuan eta eboluzio-prozesuan osasunaren promozioa eta autozainketa hobetzeko neurriak hartzea, pazientearen bizi-kalitatea hobetzeko (17). Erizainak trebetasuna izan behar du pazienteari informazioa lasaitasunez azaltzeko, mastektomiak emakumearengan duen eragin emozionala ulertzeko, jasoko duen tratamendua zein eta nolakoa izango den azaltzeko eta horren eraginak adierazteko (5). Erizainak emango dituen zainketak bere zereginean, arduraren eta erantzukizunean oinarrituko

dira eta baita konpromiso afektiboan eta leuntasunean edo goxotasunean ere. Hau da, jakintza eta afektua harmonikoki erabiliko ditu (7).

Osasun-profesionalek pazientearen bizi-kalitatea ebaluatzea aholkatzen da, praktika klinikoan erabili ahal izateko, izan ere, ikusi da onuragarria dela arazoak lehentasunen arabera sailkatzeko, pazientearekin komunikazio egokiago bat izateko, kontrako efektuak prebenitzeko eta pazientearen lehentasunak identifikatzeko. Erizainak hitz egingo du pazientearekin gaixotasunaren inguruan eta horri aurre egiteko tratamenduaren inguruan dituzten sentimenduei buruz. Horregatik, garrantzia eman beharko dio komunikazioari, sintoma subjektiboen identifikazioari eta bizi-kalitateari buruzko aholkuak emateari (8). Erizainaren zainketak kirurgiaren aurretik hasiko dira eta kirurgiaren ondoren jarraituko dute. Mastektomia jasan duten emakumeak eta beraien familiak orientatuko dituzte, tratamenduaren helburua eta tratamenduaren ondorioak zein izango diren argi izan ditzaten (20).

4.2.2.1. Erizaintza-zainketak ebakuntza aurretik.

Erizaintza-zainketak ebakuntza egin aurretik hasi beharko dira. Erizainak ebakuntza egin aurretik pazientearen egoera ebaluatu beharko du. Ikusi beharko du pazienteak gaixotasunaren eta egin behar dioten ebakuntzaren inguruan zein ezagutza dituen, horren inguruan dituen kezkek aztertu eta gaixotasunak pazientearengan nola eragin duen aztertu. Erizaina pertsonaren beldur sentimenduak, larritasuna eta atsekabea antzematen saiatuko da eta sentimendu negatiboei aurre egiteko estrategiak bilatuko ditu, izan ere, duda, antsietatea, beldurra, urduritasunak eta informazio gabeziak pertsonaren ebakuntza ondorengo errekupeazioan ondorio txarrak ekar ditzakete. Ebakuntzaren aurretik erizainaren helburua izango da pertsonaren antsietatea jaitea, kirurgiaren aurretik, kirurgian eta kirurgiaren ondoren egingo diren ekintzen inguruan informazioa eman (20).

Erizainaren papera ez dago tratamenduarekin eta zauriaren garbiketarekin lotuta bakarrik. Erizainak pertsonaren aspektu psikologikoan eta hezkuntzan paper garrantzitsua beteko du (21). Tratamendu kirurgikoa humanizatuagoa izateko, erizainak emozionalki lagundu beharko dio pazienteari eta ematen dion informazioa osoa izan beharko du. Ez da nahikoa izango kirurgiaren izena ematea soilik, baizik eta paziente bakoitzaren kasua azaldu beharko da, nola izango den kirurgia, nola egingo den, noiz egingo den eta zein ondorio izango dituen. Gainera, kirurgiaren ondoren pazienteak errekupeatzeko igaroko dituen etapak azaldu beharko dizkio erizainak; drainatze-sistemaren kentzea, orbaintze-prozesua eta zainketa espezifikoak (20).

4.2.2.2. Komunikazioa eta hezkuntza

Erizainak pazientearekin duen komunikazioa beste arlo garrantzitsua izango da mastektomia jasan duten emakumeen zainketetan. Erizainak komunikatzeko gaitasuna beharrezkoa izango du pazientearekin konfiantzazko giro bat sortzeko. Komunikazioa emakumearen beharrak identifikatzeko garrantzitsua izango da, izan ere, komunikazioari esker, emakumeak bere beldurrak, zalantzak eta ziurgabetasunak adieraziko ditu (21).

Komunikazioa, beraz, oso garrantzitsua izango da paziente horiekin, baina ez bakarrik hitzezko komunikazioa, hitzezkoa ez den komunikazioa ere kontutan hartu beharko da. Hitzezkoak ez diren espresioekin eta isiluneekin informazio handia bildu daiteke pertsona batengandik. Erizaina gai izan beharko da hitzezkoa ez den komunikazio horretatik informazioa biltzen eta modu berdinean pertsonarekin komunikatzen (21).

Bestalde, hezkuntza oso garrantzitsua izango da pazientearen autozaintza hobetzeko, gaixotasunari lotutako estresa gutxitzeko, eta eguneroko bizi-kalitatea hobetzeko (11). Erizainak arrisku-faktoreez informazioa emango du eta gaixotasunaren inguruko mitoak suntsitzen saiatuko da (10). Hezkuntzari esker pazienteek hobeto ulertuko dute pairatzen duten gaixotasuna eta mastektomiak zein ondorio ekar ditzakeen (11). Prozesu dinamikoa eta jarraitua izango da eta pazienteak izaki biopsikosoziala dela kontuan hartuko da (10). Komenigarria izango da erizainak hezkuntza-programa jarraitu bat eraikitzea pazienteentzako, izan ere, emakume horiek informazio falta izaten dute askotan. Hasiera batean, erizainak emango duen informazioa gaixotasunaren ingurukoa eta tratamenduaren ingurukoa izango da, baina emakumeak kirurgia jasaten duenean, bere informazio beharrak aldatu egingo dira. Kasu horretan, kirurgiaren ondorioez hitz egingo da eta horiei aurre egiteko neurriez. Hezkuntza horri esker, emakumearen bizi-kalitatea eta errekupeazio-prozesua okertzen duten zalantzak eta egonezinak gutxitu ahal izango dira (21).

Pazienteei eman beharreko hezkuntzarekin lotuta, mastektomia jasan duten emakumeentzat egindako hezkuntza-eskuliburuak emakumeengan dituen onurak ikertu dira. Bertan, ikusi da eskuliburuari esker, pazienteek errazago ulertzen eta barneratzen dutela erizainak emandako informazioa autozaintzaren, tratamenduaren eta errekupeazioaren inguruan. Ikerketaren arabera, pazientearentzat onuragarriak izango diren horrelako materialak bilatzerako orduan, kontuan hartuko da paziente bakoitza ezberdina dela eta hezkuntza-mailaren arabera eta adinaren arabera, pazientearen beharrak ezberdinak izango direla. Horregatik, paziente bakoitzari zein

material ematen ahal zaion eta zein ez ebaluatuko da. Horri jarraituz, ebaluatu beharko da eskuliburuan dagoen informazioa ulerterraza eta kalitate onekoa dela. Hala ere, ez da nahikoa izango materiala bakarrik ematea, horrekin batera, ahoz emandako informazioa beharrezkoa izango da, pazienteak egoki uler dezan bere gaixotasun-prozesua (22).

4.2.2.3. Erizaintza-zainketak ebakuntza ondoren.

4.2.2.3.1. Ondorio biologikoen eta fisikoen erizaintza-zainketak.

Emakumeak ebakuntza-gelatik bueltatzen denean zauri bat izango du mastektomia jasan duen lekuan. Ortega et al-ek mastektomia jasandako emakume baten kasu klinikoa egin zuten eta bertan hainbat erizaintza-diagnostiko –emaitza eta –interbentzio proposatu zituzten. Diagnostikoa horietatik bat zauriaren Infekzioa arriskua [00004] da. Beraien arabera, erizainak zauri horren zainketa egin beharko du eta infekzioak sortzea ekidin beharko du. Horretarako, zauriaren ezaugarriak aztertu beharko ditu: kolorea, tamaina, usaina eta drainatze-sistema. Zauriaren garbiketa egiteko serum fisiologikoa erabiliko du eta gero gunea bendatu egingo du. Gainera, erizainak pazienteari eta familiari zauriaren infekzio-zeinuak eta sintomak zein diren azalduko dizkie (10).

Ortega et al-ek proposatzen duten beste diagnostiko bat Min akutua [00132] da. Horien arabera, erizainak minaren maneiu egokia egin behar du. Lehendabizi, minaren balorazioa egin beharko du: non duen mina, noiz azaldu den eta zenbat irauten duen, nolakoa den mina eta minaren intentsitatea. Balorazio hori egiteko *Escala Visual-Analogica* eskala erabili daiteke. Kasu batzuetan pazienteak ez du hitzez adieraziko mina duela, baina bere gorputz-jarrerak hori adieraziko du eta erizainaren funtzioa hori detektatzea izango da. Minari aurre egiteko erizainak neurri farmakologikoak eta ez farmakologikoak erabiliko ditu (10).

Besoko asaldura ebakuntzaren ondoren ager daitekeen beste ondorioa da. Ebakuntza egin ondoren denbora gutxira besoarekin ariketak egiten hasteak besoaren mugikortasuna gutxitzea ekidin dezake, eta linfedema izateko arriskua ere gutxitu dezake (1,6,11,23). Izan ere, sorbaldako artikulazioa inguratzen duen muskuluaren espasmoa, muskulua atrofiatzea, mugikortasunaren gutxitzea eta kronifikatu daitekeen mina ekiditen dira (6). Horregatik, erizainak pazienteari heziketa eman beharko dio ariketa horien inguruan eta berarekin egon beharko du ariketa horiek pazientearengan nola eragiten duten ikusteko (11).

Erizainak pazienteari azalduko dio kirurgia jasan ondoren hurrengo egunetan ariketak egitean kontuz ibiltzea beharrezkoa izango dela, interbentzioa oso berria izango delako eta esfortzu handiegien ondorio txarrak ekar ditzaketelako. Baina besoa denbora askoz ez mugitzeak, ordea, denborarekin besoaren mugikortasuna okertu dezakeela azalduko dio (11,24). Cochranen egindako 10 estudioren errebisio batean ikusi zen kirurgia egin eta hurrengo egunetan besoarekin ariketak egiten hastea besoaren errekupeziarako onuragarria zela. Hala ere, frogatu zen, ariketa horiek azkar egiten hastek drainatze-sistema denbora gehiagoz mantentzea eragiten zuela. Bestalde, errebisio horretan antzeman zen garrantzi gehiago ematen zaiola ariketak noiz hasi behar diren zehazteari eta ez ordea, ariketen progresioari eta intentsitateari. Azkeneko bi horiek garrantzitsuagoak izango dira besoaren mugikortasuna hobetzearen eta zauriaren drainatze-sistemaren artean oreka bat izateko. Beraz, ez da nahikoa izango ariketak azaltzen dituen paper bat ematea (24). Erizainaren zereginetako bat pazientearen beste osasun profesionalekin harremanetan jartzea denez, ariketa horiek programatuko dizkion pertsona batengana bideratu beharko du erizainak pazientearen (1,24).

Besoko asaldurekin jarraituz, pazientearen bizi-kalitatean eragingo duen ondorio bat da linfedema, eta, beraz, zainketa egokiak ematea beharrezkoa izango da (12,14). Bularreko minbizia duten emakumeekin lana egiten duten erizainek linfedemaren inguruan hezkuntza emateko prestatuta egon behar dira. Pazienteari eta familiari azalduko zaio zer den linfedema eta zein sintoma izaten dituen, linfedema azaltzen bada, ahalik eta azkarren antzemateko (14). Linfedema izateko arriskua gutxitzen duten neurriak azaldu beharko zaizkio pazienteari eta linfedemaren sintomarik agertzen bazaio, medikura segituan joateko azaldu beharko zaio. Helburu horiek lortu ahal izateko, erizainak mastektomiaren ondoren linfedema garatzeko arrisku-faktoreak zein diren ondo ulertu beharko du (13). Linfedemaren inguruko hezkuntza tratamenduaren aurretik hasi beharko da eta tratamendua jasan eta gero jarraitu egin beharko da pertsonaren bizitza osoan zehar. Hezkuntzari esker, linfedemari aurre egiteko estrategiak lortuko ditu pazienteak, linfedema prebenitzeko ariketak egingo ditu, linfedemaren inzidentzia jaitsiko da eta pazientearen bizi-kalitatea hobetuko da (13).

Erizainak, lehendabizi, prebentzioa egin beharko du linfedema ahal den heinean ekiditeko. Lehen esan bezala, hezkuntza funtsezkoa izango da (14). Larruazalaren zainketa oso garrantzitsua izango da, sistema linfatikoak agente infekziosoei aurre egiteko gaitasuna gutxitua izango duelako (12). Larruazalaren inguruan azaldu beharko dio higiene egokia mantendu behar duela infekzioak ekiditeko; hidratatzaileak

erabili, zauriak egitean pomada antibiotikoak aplikatu, ahal den heinean, bularra kendutako besoan ez ziztatu odola ateratzeko eta tentsio arteriala hartzeko mangittoa operatu gabeko besoan jarri (5,12,14). Gainera, gorritasuna, edema, berotasuna eta sukarra infekzioaren sintomak direla azaldu beharko zaio eta horiek azaltzean ahalik eta azkarren medikura joateko esango zaio (12).

Besoaren posizioaren inguruan, azaldu beharko zaio ahal duen heinean besoa bihotzaren gainetik izatea, likidoa ez pilatzeko. Besoan beroa aplikatzea ere ekidin beharko da odolaren fluxua ez handitzeko eta gauzen tenperatura antzemateko operatu gabeko besoa erabiltzea aholkatuko zaio, beste besoak sentzibilitatea gutxitua izan dezake eta (14). Emakumeari azaldu beharko dio estutzen duten jantziak ez janzteko eta besoa estutzen duten bitxiak ekiditeko (5). Erizainak pazienteari adierazi beharko dio nekea sortzen ez duten ariketak egitea ona izango dela edema jaisteko. Pisuaren inguruan heziketa ematea ondo egongo da. Lehen aipatu bezala, pisu altua izatea linfedema izateko arrisku-faktorea baita (14).

National Lymphedema Network-en eta *Oncology Nursing Society*-ren arabera, linfedemaren tratamenduaren lehenengo aukera arintze-terapia konplexua da. Tratamendu horrek bi etapa ditu; lehenengo fasearen helburua linfedema ahalik eta gehien erreduzitzea izango da, eta bigarren fasearena besoa ahalik eta edema gutxienarekin mantentzea. Terapia hori linfaren eskuzko drainatzeak, bendatze konpresiboek, errekupeazio ariketek, larruazalaren zainketek eta pazientearen hezkuntzak osatzen dute (12).

Linfedemaren tratamenduaren helburua izango da besoaren hantura kontrolatzea eta hantura horrek eragin ditzakeen konplikazioak ekiditea. Egin diren saio klinikoetan farmakoen eraginkortasuna ez da argi geratu, beraz, tratamendu ez farmakologikoa izango da linfedemaren tratamenduaren oinarri. Horren helburua da eguneroko jarduerak egiteko gaitasuna hobetzea, mina gutxitzea eta mugimenduaren anplitudea handitzea (14).

Kontuan hartu behar da kasu batzuetan linfedema kirurgia jasan eta urteetara agertzen dela. Kasu horietan emakumea osasun-zentrora joaten da jada onkologiako kontsultak izaten ez dituelako, eta, beraz, osasun-zentroko profesionalak izango dira linfedema diagnostikatu beharko dutenak. Linfedemaren diagnostikoa egiteko beti kontutan hartu beharko da besoan ikusten diren sintoma eta zeinu horiek ez direla zaineko tronbosi sakonak edo minbiziaren errezidibak eragindakoak. Izan ere, bi gaixotasun horiek linfedema izango balitz bezala tratatzen baditugu, ondorio txarrak gerta daitezke. Koagulua dagoen besoan masajea ematen bada, koagulu horrek

enbolia bat sortu dezake, eta minbiziaren kasuan, masajeak minbiziaren hedapena erraztu dezake (12).

Linfedema izan dezakeen beso bat ebaluatzean kontuan hartu beharko da linfedema kasuetan zainak ez direla ondo ikusiko ez eta ukondoko tolesturak ere. Linfedemaren ebaluazioan, kaltetuta dagoen besoan larruazalaren tentsioa ebaluatu beharko da (12).

Pazienteak linfedema izateko arriskua badu edo linfedemaren zeinu eta sintomak baditu, bi besoan neurriak hartu behar dira beraien artean konparatzeko. Modu ezberdinak daude besoaren neurria hartzeko. Uraren desplazamendua eta neurketa zirkunferentzialak dira horietako bi. Gehienetan, neurketa zirkunferentzialak erabiltzen dira lehen arreta mailan, neurketa mota horretarako ez baita material berezirik behar. Besoaren neurketa egiteko, besoa luzaturik egon beharko du. Neurri zirkunferentzialak bi besoetan hartuko dira gune berdinetan. Azkenik, bi besoetan egiten diren neurketak konparatu egin beharko dira desberdintasunak aztertzeko. Neurketak ongi eginez gero linfedemaren aldaketak ikusteko balioko du (12).

4.2.2.3.2. Ondorio psikologikoen erizaintza-zainketak

Emakumeak bularra galtzen duenean, bere gorputzarekiko duen pertzepzioa aldatu egiten da (3). Ortega et al-ek Gorputz-irudiaren aldaketa [00118] diagnostikoa proposatzen dute. Idazleen arabera, erizainak pazienteari lagundu beharko dio aldaketa horri aurre egiten. Erizainak ebaluatu beharko du nola eragin dion kirurgiak bere gorputz-irudian eta nola ulertzen duen gaixotasuna pazienteak. Horretarako, erizainak pazientea bere sentimenduak adieraztera animatu beharko du (10). Pazientearen espresioek pistak emango dizkio erizainari emakumeak duen gorputz-irudiaren pertzepzioaren inguruan. Izan ere, ez da berdina izango "nire orbaina" esatea edo "orbain hori" esatea kirurgiaren guneaz hitz egiten duenean (25). Pazientearen sinesmenen arabera, iturri espiritualak erabiltzera animatuko du erizainak (10). Erlijioa minbiziari aurre egiteko laguntza iturri bezala hartu daiteke. Gaixotasun-prozesu osoak eta gaixotasunari aurre egiteak pertsonaren identitatean anbiguitasuna eta ziurgabetasuna sortzen du, eta horrek tradizio kulturaletara, sinesmenetara eta erlijio praktiketara hurbiltzeko beharra eragiten dio pazienteari. Erlijioari eta sinesmenei esker, pazienteak subjektiboki ulertuko du pairatzen duen gaixotasuna eta gaixotasun horri positiboki aurre egingo dio (1).

Gorputz-irudiari lotuta, emakumeek bere gorputza ispiluan lehenengo aldiz ikustearen esperientzia oso garrantzitsua izango da. Frey Steinson et al-ek egindako

ikerketa batean azaldu zuten ospitalean onkologiako unitateetan ispilu gutxi izaten direla eta emakumeek etxean ikusten dutela beraien burua lehendabiziko aldiz ispiluan. Esperientzia horrek emakumearengan inpaktu handia eragin dezake eta hori kontuan hartu behar da. Emakumeek beraiek adierazten dute ikerketa horretan, erizainak kirurgiaren gunea nola zaindu azaltzen duenean nahiago dutela ispilu bat aurrean izan eta ez behera begira egon. Hori kontuan hartuta, hainbat erizaintza-zainketa adierazten dira (25):

- Ikerketa horren arabera, erizainak kirurgiaren aurretik pazientearekin hitz egingo du mastektomiaren ondoren kirurgiaren lekuan ikusiko duenari buruz eta ispiluaren inguruan pazientearen iritzia zein den aztertuko du (25).
- Erizainak ispilu bat eraman dezake poltsikoan eta kirurgiaren ondoren pazienteari drainatze-sistemaren inguruko zainketak azaltzen dizkionean, pazienteak nahi badu, ispilua erabiliko du azalpenak emateko (25).
- Erizainak ospitaleetan dauden ispiluak pazientearentzat egokiak diren edo ez aztertu beharko du, gurpildun aulki batean dagoen emakume batentzako adibidez (25).

Kontutan hartu behar da mastektomiak kultura ezberdineko emakumeei ezberdin eragingo diola, emakume bakoitzak bere sinesmenak izango baititu bizi den lekuaren arabera eta dituen baloreen arabera. Horren ondorioz, eman beharreko zainketak ere ezberdinak izango dira (8). Pazientearen hezkuntza-maila ere kontutan hartu beharko da, izan ere, hezkuntza-maila txikiagoa duten emakumeek laguntza gehiago eta informazio gehiago beharko dute gaixotasuna ulertzeko eta jasoko duten tratamendua ulertzeko (8).

Bestalde, emakumeak dolua jasango du berea zen zerbait galdu egin duelako (9). Dolua [00136] da Ortega et al-ek proposatzen duten azken diagnostikoa. Egileen arabera, Erizainak laguntza emozionala eman beharko dio. Horretarako, erizainak pazientearen egoera emozionala ebaluatu beharko du. Pazientearekin batera, pazienteak dituen emozioak zergatik sortu diren aztertuko du eta emakumeari lagunduko dio antsietatea, tristura eta haserre sentimenduak identifikatzen eta adierazten. Pazienteak negar egiteko beharra badu animatu egingo du hori egitera eta antsietate handia duen momentuetan berarekin egongo da (10). Mastektomia jasan duten emakumeetan antsietatea ebaluatzea oso garrantzitsua izango da. Horri esker, arazo psikopatologikoak jasateko arrisku handiagoa duten emakumeak zein diren identifikatuko dira (18).

Gainera, mastektomiaren ondoren sexualitatearekin eta intimitatearekin lotutako arazoak identifikatu behar dituzte osasun-profesionalek. Kontutan hartuko da

emakume askorentzat zaila izango dela sexualitatearen inguruan hitz egitea. Beraz, erizainak pazientearekin konfiantzazko harremana izaten saiatu beharko du. Erizainak ebaluatu beharko du nola eragiten duen mastektomiak bularreko minbizia duen pazientearen sexualitatean. Erizainak pazientearen sentimenduak identifikatu beharko ditu, eta, gero, zainketa espezifikoa eman beharko du pazienteak eskatzen duen laguntzaren arabera. Harreman sexualak hobetzeko estrategia berriak aurkitzen lagunduko dio pazienteari, izan ere, aspektu hori oso lotuta egongo baita pazientearen bizi-kalitatearekin. Gainera, kontuan hartu behar da erizaintza-zainketak ez direla emakumeari bakarrik zuzendu beharko, eta gaixoaren bikotea ere kontutan hartu beharko dela. Erizainak gaixotasunaren inguruan hitz egin beharko dio bikoteari eta tratamenduak zertan datzan azaldu beharko dio (8).

4.2.2.3.3. Ondorio sozialen erizaintza-zainketak

Mastektomia jasan duten emakume batzuek ingurune sozialarekin harremanak izateko zailtasunak izaten dituzte (1). Horregatik, erizainak bere egoera berdina igaro duten pertsona edo taldeak aurkeztuko dizkio emakumeari (10). Talde horietan bularreko minbizia duten edo izan duten emakumeak biltzen dira eta beraien esperientziak kontatzen dituzte. Emakumeak beste taldekideekin identifikatuak sentitzen dira, beraien egoera berdina igarotzen ari direlako. Talde horiek emakumeei oinarri emozionala eta soziala eskaintzen diete. Emakumeek gaixotasun hori dutela jakiten dutenean, askotan ez dute horren inguruan jakintza askorik izaten eta horregatik, beraien ideia propioak egiten dituzte. Laguntza-talde horietan, ordea, gaixotasunaren eta tratamenduaren inguruan informazio zabala biltzen dute beraien egoera berdina igaro duten emakumeen eskutik. Horrek emakumeen urduritasuna gutxitzen du eta dituzten ideia okerrak argitzen ditu. Bertan jasotzen duten informazioari esker, osasunaren promozioa hobetzen da eta emakumeak independenteago bihurtzen dira beraien buruaren zainketetan. Gainera, talde horiek emakumea berriz ere gizarteratzen laguntzen dute (26).

Bestalde, erizaina pazientearen familia zainketa-prozesuan barneratzen saiatu beharko da. Familia ere gaixotasunaren inguruan hezi beharko du eta informazioa eman beharko dio. Familiari azaldu beharko dio beraien laguntza oso garrantzitsua izango dela pazientearen errekonferazio-prozesuan. Familiak pazienteari emango dion laguntzari esker, gaixotasunari dion beldurrari, antsietateari eta depresioari errazago aurre egingo die. Pazientearen bizi-kalitatea hobetu egingo da eta gaixotasunari aurre egiten lagunduko dio (1,7). Gainera, laguntza emozionalaz gain, familiak eguneroko

bizitzan lagundu ahalko dio pazienteari. Erizainak familiari azaldu beharko dio tratamenduaren ondoren emakumeak eguneroko jarduerak egiteko muga fisiko batzuk izango dituela eta laguntza beharko duela eguneroko aktibitate horiek egiteko. Garrantzitsua izango da familiak hori ulertzea eta aspektu horretan emakumeari laguntzea (1).

4.2.2.3.4. Terapia ezberdinak

Azkenik, aipatu behar da terapia mota ezberdinak badirela egoera horretan dauden emakumeei errekupeazio-prozesuan laguntzeko. Horietako bat musika-terapia da. Musika-terapia ohiko erizaintza-zainketekin batera onuragarria dela frogatu da. Musika entzuteak pazientearen arreta desbideratu dezake ingurune zaratsutik eta estimulu negatiboak gutxitu ditzake (27). *Chlan*-en arabera, musikak zerebroko arretabideak okupatzen ditu entzumen, entretenimendu eta erlaxazio estimuluekin, horrela, egoera psikologiko negatiboak hobetuz (28). Gainera, mina eta tentsioa bezalako sentimendu deserosoak gutxitu daitezke musikaz gozatzen denean. Ikerketetan ikusi da musikari esker, antsietatea, tratamenduarekin lotutako larritasuna, goragaleak eta goitikak gutxitu egiten direla. Minari dagokionez, aztertu da musika-terapiak neuronon aktibitatea aldatu egiten duela lobulu tenporalean eta gune kortikaletan, eta, horrek, minaren gutxitzea ekartzen duela (27). Zhou et al-ek egindako ikerketan ikusi da musika-terapiak muskuluaren erlaxazio ariketekin konbinatuta erlaxazio fisiko eta mentala eragiten duela, eta depresioa gutxitu egiten duela mastektomia jasan duten emakumeen artean (28).

Ikerlarien arabera, lehendabizi, pazienteari musika entzutea gustatzen zaion aztertu beharko da, eta, horrela bada, pazientea animatuko da egunean zehar tarte batzuetan musika entzutera. Kontuan hartu beharko da, gustatzen zaion musika eta eroso sentiarazten duen musika entzungo duela (28).

4.2.3. ERIZAIN-TZA-ZAINKETEN ERAGINKORTASUNAREN EBIDENTZIAK.

Bularreko minbizia izan eta mastektomia jasan duten emakumeetan erizaintza-zainketak garrantzitsuak direla ikusi da. Emakumeek minbiziaren diagnostikoa jasotzen dutenean, ezin izaten diote arazo horri aurre egin, beraiantzat bularra oso garrantzitsua delako, izan ere, gizarteak emakumearen sinbolo kontsideratzen du (29). Gaixotasun-prozesuan laguntzea, ulertuak izatea, bakoitzaren behar espezifikoetan arreta jartzea eta informazio egokia ematea eskatuko diote erizainari pazienteek (8,29).

Erizainaren zainketak mastektomia jasan duen emakumearentzat eraginkorrak izan ziren edo ez aztertzeko, Brasilen ikerketa bat egin zen. Ikerketa horretan bederatzik emakumek hartu zuten parte eta emakume horiekin elkarrizketa indibidualak egin ziren. Elkarrizketa horiek egiteko, gidoi bat erabili zen identifikazio datuez eta galdera irekiez osatuta. Elkarrizketa guztiak grabatu eta transkribatu egin ziren. Ikerketa horretan bi alderdi hartu ziren kontutan, emakumeek erizaintza-zainketen inguruan zuten itxaropena eta jasotako erizaintza-zainketen pertzepzioa. Gainera, elkarrizketak egitean konturatu ziren ezberdintasuna zegoela erizain espezializatuengandik zainketak jaso zituzten emakumeen eta erizain ez espezializatuengandik zainketak jaso zituzten emakumeen artean (29).

Erizain espezializatuekin egon ziren emakumeek itxaropena zuten erizainak maitekorrek izatea, pazientzia izatea, pertsona ulertzea eta dudak argitzea. Paziente horiek esan zuten erizainengandik jaso zituzten zainketak erabatekoak izan zirela, indibidualizatuak eta bakoitzaren beharretan zentratuak. Kirurgiaren aurretik erizainarekin kontsulta bat izan zuten, gaixotasunaren inguruan informazioa jasotzeko eta zituzten dudak argitzeko. Gero, ingresuan eta altan, drainatze-sistema nola zaindu, kirurgiaren ondoren ariketak nola egin eta besoarekin izan behar zituzten zainketak ikasi zituzten (29).

Espezializatu gabeko erizainekin egon ziren pazienteek, ordea, pertzepzio ezberdina izan zuten jasotako zainketen inguruan. Horien arabera, zainketa espezializatuak medikuak ematen zituen, hau da, gaixotasunaren, kirurgiaren eta hartu beharreko neurrien inguruko informazioa medikuak ematen zuen. Erizainek medikazioa ematen zuten eta behaketa egiten zuten, gero medikuari ikusi zutena azaltzeko. Gainera, kirurgia egin aurretik ez zuten erizainarekin kontakturik izaten dudak argitu ahal izateko (29).

Ikerketa hori egin ondoren, ondorioztatu da, erizaintza-zainketak eraginkorrak izateko erizainak ezagutza teknikoak izan behar dituela eta emakumeak jasaten ari diren egoera ulertu beharko duela. Gainera, beste profesionalengana bideratu behar ditu pazienteak eta gozoa izan behar du gaixoekin. Ebidentziaren arabera, erizain espezialisten egin beharra definituagoa dago. Erizain orokorren kasuan, ordea, zainketak tratamendura mugatuta daude (29).

Cruickshank et al-ek erizain espezializatuaren inguruan egindako beste ikerketa batean azaltzen da erizain espezializatuak ematen duen laguntza eta informazioa eraginkorrak direla emakumearentzat, gaixotasun-prozesuari aurre egiten laguntzen diolako eta zainketa jarraitua izatea baimentzen duelako. Emakumeek adierazten dute erizainek emandako informazioari esker, gaixotasunarekiko duten esperientzia eta bizi-

kalitatea hobetu egiten direla. Ikerketa horren arabera, bularreko minbizia duen emakumea diziplina anitzeko lantalde batek tratatuko du, eta erizain espezialista talde horren barruan egongo da. Talde horretan erizainen lekua oso garrantzitsua izango da, izan ere, frogatu da erizainen lanak positiboki eragiten duela talde horrek ematen duen arreta klinikoan (30).

Sexualitatearen arloari lotutako ikerketa batean, ordea, ikusi da, erizaintza-zainketak ez direla eraginkorrak izaten, izan ere, osasun profesional askok ez dute sexualitatea zainketa-prozesuan barneratzen. Hori gertatzen da profesionalak ezagutza gutxi dutelako sexualitatearen arloan gertatzen ahal diren arazoei aurre egiteko. Erizainak sexualitatearen inguruan komunikatzeko trebetasuna izan beharko du, pazienteen dudak argitzeko eta arazoei aurre egiten laguntzeko (8).

Azkenik, aipatu behar da, historikoki bularreko minbizia gainditu duten emakumeak ez direla pozik egon tratamenduaren aurretik linfedemaren inguruan jasotako informazioarekin. Gaixotasuna gainditu duten emakumeen arabera, osasun profesionalak ez dute linfedemaren inguruan ezagutza askorik, eta, ondorioz, pazienteei emandako informazioa ez da egokia izaten (13).

5. EZTABAIDA

Errebisio bibliografikoa egin ondoren, argi geratu da mastektomia bularraren zati baten edo bular osoaren erauzketa dela (2,4). Autoreak ados daude mastektomia emakumearengan inpaktu handia eragiten duen bularreko minbiziaren tratamendua dela esatean (4,10,17). Nahiz eta medikuek gaixotasuna tratamendu kontserbadoreekin tratatu nahiago duten, estatu batzuetan bularreko minbizia duten emakumeen % 50ak mastektomia jasaten dute (7). Bestalde, egile guztiak ados jartzen dira emakumeen bularrak edertasunaren, sexualitatearen, amatasunaren, elikaduraren eta umeen zainketaren sinbolo direla esatean (3,4,7-9). Beraz, bularraren galtzeak pertsonarengan eragin biologiko eta fisikoaz gain, psikologikoa eta soziala ere izango dituela argi dago (1,2,4,7).

Ebakuntza kirurgikoa bi motatakoa izango da, tumorektomia (ebakuntza kontserbadorea) edo mastektomia (2). Mastektomia mota ezberdinei dagokionez, azaldu behar da, gaixotasun motaren arabera, eta gaixotasunaren estadioaren arabera, tratamendua ezberdina izango dela. Mastektomia motak sailkatzeko orduan bi artikuluen artean ezberdintasuna dagoela ikusi da. Villegasen artikuluan mastektomia motak honela sailkatzen dira: larruazalpeko mastektomia, mastektomia totala edo sinplea, mastektomia erradikal modifikatua eta mastektomia erradikala (4). *American Cancer Society*ren arabera, ordea, mastektomia moten sailkapena honela da:

mastektomia sinplea edo totala, mastektomia bikoitza, larruazala mantentzen deneko mastektomia, mastektomia erradikal modifikatua, titipunta mantentzen deneko mastektomia eta mastektomia erradikala (2).

Mastektomia mota ezberdinen ondorioen inguruan ere desadostasuna dago. Corsina et al-en arabera, mastektomia erradikalak gorputz-irudiarekin lotuta urduritasun handiagoa eragiten du pazientearengan kirurgia kontserbadorearekin konparatuta. Kirurgia kontserbadorea jasan duten emakumeek fisikoki eta psikologikoki egokitzapen hobea izaten dute lanean eta eguneroko bizitzako aktibitateetan. Gainera, sexualki aktiboagoak ere izaten dira (17). Segura-Valverde et al-ek egindako ikerketa batean, ordea, ikusten da kirurgia kontserbadorea jasan duten emakumeen eta mastektomia jasan duten emakumeen artean gorputz-irudiarekin lotutako autoestimaren mailak ez duela aldaketa esanguratsurik izan (3). Nissen-ek egindako ikerketaren arabera, ebakuntza kontserbadorea eta mastektomia egin ondoren, errekonstruzioa jasan duten emakumeek beraien egoera animikoan eta ongizatean asaldura gehiago izaten dituzte mastektomia bakarrik jasan duten emakumeek baino. Azkenik, Soto et al-ek egindako ikerketan ikusten da mastektomia jasan zuten emakumeen eta jasan ez zuten emakumeen artean bizi-kalitatean ezberdintasun esanguratsurik ez dagoela (19).

Erizaintza-zainketei dagokionez, argi geratu da ebakuntza aurretik eta ebakuntza ondoren erizainak emandako zainketak oso garrantzitsuak izango direla kirurgiak ekar ditzakeen konplikazioei aurre egiteko. Alde batetik, erizainak kirurgiaren ondorioz sortzen den zauriaren zainketak egin beharko ditu (10). Bestalde, erizainak gaixotasunaren inguruan informazioa eta hezkuntza emango dizkio gaixoari eta familiari, eragin psikologiko eta sozialak ahalik eta gehien ekiditeko (2,10,11,21). Azkenik, ondorio fisikoei dagokionez, besoarekin egin beharreko ariketen inguruan heziketa egokia eman beharko du. Gai horren inguruan autore gehienak ados daude besoarekin ariketak egiten ahalik eta azkarren hasi behar direla esatean (1,6,11,23). Hala ere, bi ikerketatan ez da hori adierazten. Amaral et al-en arabera, besoarekin ariketak egiten hasteko momenturik egokiena drainatze-sistema kentzen den momentua da. Luridsen et al-en arabera, ordea, kirurgia ondorengo 6 - 26 aste bitartean hasi beharko dira emakumeak besoko ariketak egiten (23).

Ariketa fisikoaren inguruan esan behar da, frogatu dela bihotz-arnas egoera hobetzen duela, nekearen sintomak hobetzen dituela eta bizi-kalitatea ere hobetzen duela (8). Horiez gain, ariketa fisikoari esker, estresa gutxitzen da, depresioaren intzidentzia jaisten da, antsietatea gutxitzen da eta emakumearen gorputz osoaren funtzionamendu hobetua lortzen da (1). Horretarako, emakumeek ariketa fisiko

motaren, maiztasunaren, intentsitatearen eta egiteko momentuaren inguruko informazioa jaso behar du (8). Nahiz eta artikuluetan ez duen adierazten erizainaren lana izango denik, nire ustez, erizainak pazienteari azaldu beharko dio zergatik den garrantzitsua ariketa egitea eta egitera animatuko beharko du.

Azkenik, erizaintza-zainketekin lotuta, terapia ezberdinak atalean musika-terapia azaldu da. Egindako bilaketa bibliografikoan musika-terapia izan da mastektomia jasan duten emakumeei onurak eragiten dizkion terapia alternatiba gisa azaldu den bakarra (27,28).

Erizaintza-zainketen eraginkortasunaren inguruan ikusi da erizainak ematen dituen zainketak onuragarriak direla pertsonarentzat. Baina, erizainek arlo batzuetan duten ezjakintasunagatik, linfedemaren zainketetan eta sexualitatearen inguruan ematen den heziketan gabeziak ikusi dira (8,13,29).

Aipatu behar da bularreko minbiziaren zainketetan espezializatuak diren erizainak agertu direla hainbat herrialdeetan. Erizain espezialista horiek talde multidisziplinari baten barruan daude eta beraien zeregina laguntza eta babesa eskaintzea, informazioa ematea eta taldeko beste profesionalekin kontaktuan jartzea izan da. Osasun-zerbitzu ona dagoen lekuetan erizain espezialista horiek dira bularreko minbizia duten emakumeekin kontaktua izaten duten lehen profesionalak diagnostikoa jaso ondoren. Erizainek talde horretan leku garrantzitsu bat betetzen dute (30). Horri lotuta, Da Costa et al-en ikerketaren arabera, erizain espezializatuak emandako zainketak osoak eta indibidualizatuak dira (29). Esan behar da erizaintza-zainketen eraginkortasunaren ebidentziak pazienteen elkarrizketekin eta iritziekin egindako ikerketetatik jaso direla.

Amaitzeko, lortutako kasu kliniko batean mastektomia jasan duen emakume batek izango dituen erizaintza-diagnostiko, -helburu eta -interbentzio garrantzitsuenak aipatzen dira (10). Hala ere, artikulua horretan ez da sexualitatearekin, eskuko mugimendurekin eta autoestimarekin zerikusia duen diagnostikorik aipatzen. Irakurritako informazioaren ondoren, nire ustez, ondorengo erizaintza-diagnostikoak, erizaintza-helburuak eta erizaintza-interbentzioak garrantzitsuak dira mastektomia jasan duten emakumeen artean (31).

[00085] Mugimendu fisikoaren narriadura.

-Erizaintzako Emaizten Sailkapenetik (NOC) lortutako helburua: Minaren maila neurtzea[2102]

-Adierazleak:

- Adierazitako mina [210201]
- Minaren iraupena [210204]

- Mina adierazten duten aurpegiko espresioak [210206]
- Tentsio muskularra [210209]

-Erizaintzako Interbentzioen sailkapenetik (NIC) lortutako interbentzioak: minaren maneia [1400]

- Mina honela baloratu: non duen mina, nolakoa den, zenbat irauten duen, eta zerk eragiten dion.
- Hitzez adierazten ez duen mina identifikatu.
- Analgesikoak eman.
- Pazientearekin batera aztertu mina eragiten duten egoerak.
- Minak bizi-kalitatean nola eragiten duen aztertu.

[00120] Momentuko autoestima baxua

-NOC-etik lortutako helburua: Gorputz-irudia [1200].

-Adierazleak:

- Norbere barruko irudia [120001]
- Kaltetutako gorputz atalaren deskribapena [120003]
- Itxura fisikoaren aldaketetara adaptazioa [120007]

-NIC-etik lortutako interbentzioak: gorputz-irudiaren hobetzea [5220]

- Pazientearekin batera komentatu kirurgiak eragindako aldaketak.
- Kirurgiak eragindako aldaketa horiek pazientearen funtzionamenduan nola eragin duten aztertu.
- Kulturak eta erlijioak pertsonaren gorputz-irudian nola eragiten duten aztertu.
- Pazienteak kaltetutako bularra begiratzen duen aztertu.
- Egoera berdina igaro duten pertsonekin kontaktua izaten lagundu.

[00059] Disfuntzio sexuala

-NOC-etik lortutako helburua: Funtzionamendu sexuala [0119]

-Adierazleak:

- Aldaketa fisikoak izan arren, jarduera sexuala aurrera eramateko ahalmena adieraziko du [11907]
- Sexuaz hitz egiten duenean, erosotasuna adieraziko du [11908]
- Bere gorputzarekin erosotasuna adieraziko du [11910]

-NIC-etik lortutako interbentzioak: Aholkularitza sexuala [5248]

- Errespetuan eta konfiantzan oinarritutako harreman terapeutikoa sortu.
- Intimitatea eta konfidentziasuna ziurtatu.
- Edozein galdera erantzuteko prest zaudela adierazi pazienteari.

- Gai ez oso sentikorrek hasi eta delikatuagoekin jarraitu.
- Animatu pazienteari dituen beldurrak adierazten eta dituen galderak egiten.
- Animatu bikoteari kontsultetara etortzen.

6. ONDORIOAK

Bularreko minbiziaren definizioari dagokionez, bularra osatzen duten zelulen hazkuntza anormala dela ikusi da. Zelulak etengabe eta kontrolik gabe hazten dira eta tumorea sortzen dute. Tumorea onbera edo gaiztoa izango da hedapen gaitasunaren arabera eta tratamendu ezberdinak izango dira gaixotasuna tratatzeko. Mastektomia bularreko minbiziaren ohiko tratamendua izango da. Tratamendu hori pazientearen bularra kentzean datza, eta gaixotasunaren estadioaren edo tumorearen tamainaren arabera, bularra bakarrik erauziko da edo bularra eta gongoil batzuk kenduko dira edo bularra eta gongoil guztiak erauziko dira.

Mastektomiak pazientearengan eragina izango du fisikoki, biologikoki, psikologikoki eta sozialki. Mastektomiaren eraginez, bularraren inguruan dauden ehunak kaltetu egingo dira eta sistema linfatikoa kaltetua azaldu daiteke. Horren ondorioz, pertsonak fisikoki aldaketak jasan ahalko ditu, besoaren mugikortasuna gutxituz eta batzuetan linfedema azalduz. Gainera, kontuan hartu behar da, bularrak emakumeen edertasunaren sinbolo bezala ulertzen direla gizartean, eta, beraz, mastektomiak eragin psikologiko eta sozialak izango dituela.

Aipatutako ondorio horiei aurre egiteko, osasun-profesional guztien arteko elkarlana oso garrantzitsua izango da. Erizaintza-zainketetan zentratuz, erizainak pertsonak jasango dituen asaldura fisiko, biologikoa, psikologiko eta sozialak identifikatu beharko ditu eta horiei aurre egiteko zainketak eman beharko ditu. Horretarako, erizainaren lan garrantzitsuenetako bat heziketa ematea izango da. Horri esker, emakumeak bere gaixotasuna ulertuko du eta mastektomiak bere bizitzan eragingo dituen aldaketei nola aurre egin ikasiko du. Gainera, azpimarratu behar da, erizainaren eta pazientearen arteko komunikazioa konfiantzazkoa izaten saiatu beharko dela erizaina. Konfiantzazko erlazioari esker laguntza emozionala emango dio, pazientearen sentimenduak errazago ulertuko ditu eta emandako zainketak eraginkorragoak izango dira emakumearentzat.

Azkenik, aipatu behar da, erizaintza-zainketak gaixotasun-prozesuari aurre egiteko eraginkorrak direla azaltzen duten ebidentziak badirela, baina ezberdintasunak ikusi direla erizain espezialistek emandako zainketek dituzten onuren eta erizain orokorrek emandako zainketek dituzten onuren artean. Pazienteen arabera, erizain espezialistek emandako zainketak erabatekoak dira. Erizain orokorrak emandako zainketak ordea,

medikazioaren administrazioan eta behaketan zentratuta daude, zainketa espezifikoak medikuari utziz. Bestalde, gabeziak ikusi dira asaldura sexualen eta linfedemaren inguruko heziketaren baitan.

7. EKARPEN PERTSONALA

Minbizia gizartean oso ezaguna den gaixotasuna da. Asko hitz egiten da minbiziari buruz eta normalean beldur handia eragiten duen gaixotasuna da. Horregatik, pertsona batek minbizia duela jakiten duenean aldaketa emozional handia jasaten du. Bularreko minbizia duten emakumeen kasuan, gaixotasuna pairatzeaz gain, mastektomia jasateak prozesu gogor bat igaro behar izatea eragiten du. Momentu horretan emakumeak familiakoengandik eta lagunengandik jasotzen duen laguntza oso garrantzitsua izango da sortzen zaizkion arazoei aurre egiteko. Familiak laguntza emozionala emango dio, kirurgiaren ondorioz egin ezin dituen eguneroko lanak egiten lagunduko dio eta autozainketan lagunduko dio. Baina horretarako, emakumearen ingurukoek gaixotasunaren inguruko ezagutza izan beharko dute, eta hor sartuko da erizainaren lana.

Onkologiako unitatean praktikak egin ondoren, iruditzen zait erizainaren zainketak pazienteari zuzenduta egoten direla eta ez dela kontutan hartzen familiaren garrantzia. Nire ustetan, erizainaren lana familia gaixotasunaren inguruan heztea izan behar da. Erizainak familiari azalduko dio gaixotasunak nola eragingo dion emakumeari eta zein aldaketa jasango dituen. Gainera, emakumearen beharrak zein izango diren azalduko dizkio eta zer laguntza beharko duen.

Horrez gain, erizainak gizartean mastektomia jasan duen emakumearentzat dauden laguntza-baliabide ezberdinak ezagutu beharko dituela pentsatzen dut. Erizainak lana egiten duen lekuan bularreko minbizia duten emakumeen elkarteak dauden aztertu beharko du eta elkarte horiek eskaintzen dituzten laguntza-programa ezberdinak ezagutuko ditu, gero emakumeei horien inguruan informazioa emateko. Emakumeak elkarte horietan laguntza handia jasoko du. Alde batetik, informazio zabala lortu ahalko du gaixotasunaren inguruan. Bestalde, bere egoera berdinean dauden emakumeekin harremanetan jarriko da, eta, horri esker, gaixotasunaren ondorioz gerta daitezkeen ondorio sozialei errazago aurre egingo die.

Azkenik, onkologiako unitatean mastektomia jasan duten emakumeekin lana egiten duten erizain orokorrek besoan eman beharreko zainketen inguruan ezagutza izatea garrantzitsua dela pentsatzen dut. Erizainak besoaren mugikortasuna gutxitzea ekiditeko neurriak zein diren jakin beharko ditu. Linfedemaren inguruan prebentzio neurriak zein diren jakin beharko ditu eta linfedemaren zeinuak eta sintomak

identifikatzen jakin beharko du. Izan ere, bertan praktikak egin ondoren eta lan hau egin ondoren, konturatu naiz besoaren zainketa oso garrantzitsua dela gerora pertsonaren bizi-kalitatea hobetuzko izan dadin.

8. BIBLIOGRAFIA

- (1) Pereira CM, Cardoso DH, Muniz RM, Pinto BK, Wexel WP. Falling ill and surviving breast cancer: the experience of mastectomized woman. Rev Pesq Cuid Fundam [Internet]. 2013 [konsulta 2017/04/18]; 5(2). Eskuragarri: http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/2003/pdf_789
- (2) American Cancer Society. Cáncer de seno (mama) [Internet]. 2016 [konsulta 2017/04/18]. Eskuragarri: <http://www.cancer.org/acs/groups/cid/documents/webcontent/002284-pdf.pdf>
- (3) Segura-Valverde M, García-Nieto R, Saúl LA. Imagen corporal y autoestima en mujeres mastectomizadas. Psicooncología [Internet]. 2014 [konsulta 2017/04/18]; 11(1):45-58. Eskuragarri: <http://revistas.ucm.es/index.php/PSIC/article/view/44916/42832>
- (4) Villegas MJ. Depresión y ansiedad en mujeres mastectomizadas. Páginas de la UCPR [Internet]. 2009 [konsulta 2017/04/29]; (83):39-61. Eskuragarri: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3642514>
- (5) Lester J. Local treatment of breast cancer. Semin Oncol Nurs [Internet]. 2015 [konsulta 2017/04/18]; 31(2):122-33. Eskuragarri: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0749208115000170>
- (6) Simón B. Limitación de la movilidad del hombro en mujeres sometidas a la cirugía de los ganglios y la mama y la radioterapia tras el cáncer de mama: Revisión bibliográfica. Rev Fisioter [Internet]. 2013 [konsulta 2017/04/18]; 12(2):23-35. Eskuragarri: [http://www.ucam.edu/sites/default/files/revista-fisio/limitacion de la movilidad del hombro en mujeres sometidas.pdf](http://www.ucam.edu/sites/default/files/revista-fisio/limitacion%20de%20la%20movilidad%20del%20hombro%20en%20mujeres%20sometidas.pdf)
- (7) Gallegos M, Pérez CL. Corporeidad de la mujer mastectomizada por cáncer de mama, enfoque desde su historia de vida. Paraninfo Digit [Internet]. 2013 [konsulta 2017/04/18]; 7(19). Eskuragarri: <http://www.index-f.com/para/n19/pdf/357o.pdf>
- (8) Manganiello A, Akiko L, Magnoni L, Morais C, Manganiello CA. Sexuality and quality of life of breast cancer patients post mastectomy. Eur J Oncol Nurs [Internet]. 2011 [konsulta 2017/04/18]; 15(2):167-72. Eskuragarri: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1462388910001213>

- (9) Plaza A, Rosario I. La vivencia del duelo por pérdida corporal y las estrategias de afrontamiento en un grupo de mujeres mastectomizadas. *Inf psicol* [Internet]. 2014 [konsulta 2017/04/29]; 14(1):65-89. Eskuragarri: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5229784>
- (10) Ortega RM, Tristan A, Aguilera P, Perez ME, Fang MA. Cuidado de enfermería en paciente postoperada de mastectomía: estudio de caso. *Rev Cuid* [Internet]. 2014 [konsulta 2017/04/18]; 5(2):842-850. Eskuragarri: <https://www.revistacuidarte.org/index.php/cuidarte/article/view/126/204>
- (11) Cho HSM, Davis GC, Paek JE, Rao R, Zhao H, Xie X, et al. A randomised trial of nursing interventions supporting recovery of the postmastectomy patient. *J Clin Nurs* [Internet]. 2013 [konsulta 2017/04/18]; 22(7-8):919-29. Eskuragarri: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1365-2702.2012.04100.x/epdf>
- (12) Quirion E. Recognizing and treating upper extremity lymphedema in postmastectomy/lumpectomy patients: a guide for primary care providers. *J Am Acad Nurse Pract* [Internet]. 2010 [konsulta 2017/04/18]; 22(9):450-9. Eskuragarri: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1745-7599.2010.00542.x/epdf>
- (13) Park JH, Lee WH, Chung HS. Incidence and risk factors of breast cancer lymphoedema. *J Clin Nurs* [Internet]. 2008 [konsulta 2017/04/21]; 17(11):1450-9. Eskuragarri: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1365-2702.2007.02187.x/epdf>
- (14) Instituto Nacional del Cancer. Linfedema (PDQ®)–Versión para profesionales de salud [Internet]. 2014 [konsulta 2017/04/26]. Eskuragarri: <https://www.cancer.gov/espanol/cancer/tratamiento/efectos-secundarios/linfedema/linfedema-pro-pdq#section/7>.
- (15) Cui L, Zhang J, Zhang X, Chang H, Qu C, Zhang J, et al. Angiosarcoma (Stewart-Treves syndrome) in postmastectomy patients: report of 10 cases and review of literature. *Int J Clin Exp Pathol* [Internet]. 2015 [konsulta 2017/04/21]; 8(9):11108-11115. Eskuragarri: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4637645/pdf/ijcep0008-11108.pdf>
- (16) Mastrella AdS, Freitas-Junior R, Paulinelli R, Soares LR. Incidence and risk factors for winged scapula after surgical treatment for breast cancer. *J Clin Nurs*

[Internet]. 2014 [kotsulta 2017/04/21]; 23(17-18):2525-31. Eskuragarri: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/jocn.12443/epdf>

(17) Paiva LC, Dantas DN, Silva FB, China EC, Gonçalves AK. Body image and sexuality of women who underwent a radical mastectomy: integrative review. Rev Enferm UFPE on line [Internet]. 2013 [kotsulta 2017/04/21]; 7(5):4209-4216. Eskuragarri: http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/view/3172/pdf_2627

(18) Caniçali C, Nunes LR, Pires PC de A, Costa FM, Costa MH. Ansiedad en mujeres con cáncer de mama. Enferm glob [Internet]. 2012 [kotsulta 2017/04/21]; 11(4):52-62. Eskuragarri: <https://digitum.um.es/xmlui/bitstream/10201/28632/1/Ansiedad%20en%20mujeres%20con%20c%C3%A1ncer%20de%20mama.pdf>

(19) Soto-Cáceres R, Soto-Cáceres V. Nivel de percepción de calidad de vida en las pacientes con y sin intervención quirúrgica radical de cáncer de mama. Hospital Nacional Almanzor Aguinaga. Chiclayo. Rev Cuerpo Méd HNAAA [Internet]. 2013 [kotsulta 2017/04/29]; 6(1):25-29. Eskuragarri: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4262697>

(20) Silva M, Carvalho AF, Mesquita E, Falcão IC. Cuidados preoperatorios de mastectomía bajo la óptica de la mujer. Rev Cuba Enferm [Internet]. 2005 [kotsulta 2017/04/21]; 21(2):1-1. Eskuragarri: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03192005000200011&lng=es&nrm=iso&tlng=es

(21) Prieto-Agüero O. Comunicación sanitaria del profesional enfermero en mujeres con cáncer de mama. Rev Esp Comun Salud [Internet]. 2016 [kotsulta 2017/04/22]; 7(1):124-134. Eskuragarri: <http://hosting01.uc3m.es/Erevistas/index.php/RECS/article/view/3159/1826>

(22) Silva M, Sanches M, Cesar P, Lavinhas MC, Carvalho AF. Evaluación de manual de educación como una estrategia para el conocimiento de las mujeres con mastectomía. Rev Lat-Am Enferm [Internet]. 2012 [kotsulta 2017/04/22]; 20(4):668-676. Eskuragarri: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v20n4/es_06.pdf

(23) Petito EL, Celso A, Elias S, Facina G, Rivero MG. Aplicación de un programa de ejercicios domiciliarios en la rehabilitación del hombro después de cirugía por cáncer de mama. Rev Lat-Am Enferm [Internet]. 2012 [konsulta 2017/04/22]; 20(1):35-43. Eskuragarri: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v20n1/es_06.pdf

(24) McNeely ML, Binkley JM, Pusic AL, Campbell KL, Gabram S, Soballe PW. A prospective model of care for breast cancer rehabilitation: postoperative and postreconstructive issues. Cancer [Internet]. 2012 [konsulta 2017/04/26]; 118(8 suppl):2226-2236. Eskuragarri: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/cncr.27468/pdf>

(25) Freysteinson WM, Deutsch AS, Lewis C, Sisk A, Wuest L, Cesario SK. The experience of viewing oneself in the mirror after a mastectomy. Oncol Nurs Forum [Internet]. 2012 [konsulta 2017/04/22]; 39(4):361-9. Eskuragarri: <https://onf.ons.org/onf/39/4/experience-viewing-oneself-mirror-after-mastectomy>

(26) Oliveira CP, Magalhães R, Villela M, Carvalho AF. Participacion en un grupo de apoyo: experiencia de mujeres con cancer de mama. Rev Lat-Am Enferm [Internet]. 2008 [konsulta 2017/04/22]; 16(4):733-738. Eskuragarri: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692008000400013&lng=en&nrm=iso&tlng=es

(27) Li XM, Yan H, Zhou KN, Dang SN, Wang DL, Zhang YP. Effects of music therapy on pain among female breast cancer patients after radical mastectomy: results from a randomized controlled trial. Breast Cancer Res Treat [Internet]. 2011 [konsulta 2017/04/22]; 128(2):411-419. Eskuragarri: <https://link.springer.com/article/10.1007%2Fs10549-011-1533-z>

(28) Zhou K, Li X, Li J, Liu M, Dang S, Wang D, et al. A clinical randomized controlled trial of music therapy and progressive muscle relaxation training in female breast cancer patients after radical mastectomy: results on depression, anxiety and length of hospital stay. Eur J Oncol Nurs [Internet]. 2015 [konsulta 2017/04/22]; 19(1):54-59. Eskuragarri: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1462388914001069>

(29) Da Costa M, Pinto A, Pereira AB. La asistencia de la enfermera en la visión de mujeres mastectomizadas. Enferm glob [Internet]. 2012 [konsulta 2017/04/22]; 11(26):416-426. Eskuragarri: <http://revistas.um.es/eglobal/article/view/150351/133701>

(30) Cruickshank S, Kennedy C, Lockhart K, Dosser I, Dallas L. Specialist breast care nurses for supportive care of women with breast cancer (Review). Biblioteca Cochrane Plus [Internet]. 2008 [kontsulta 2017/04/26]; (4). Eskuragarri: <http://www.bibliotecacochrane.com/PDF/CD005634.pdf>

(31) NNNConsult [Internet]. Barcelona: Elsevier; 2015 [kontsulta 2017/04/26]. Eskuragarri: <https://www.nnnconsult.com/>.

9. ERANSKINAK

1. Eranskina: erabilitako artikuluen izenburuak eta argitaratze-urtea.

Datu-basea	Aukeratutako artikuluen izenburua	Argitaratze urtea
Biblioteca virtual de la salud	A randomised trial of nursing interventions supporting recovery of the postmastectomy patient.	2012
	Aplicación de un programa de ejercicios domiciliarios en la rehabilitación del hombro después de cirugía por cáncer de mama.	2012
	Incidence and risk factors for winged scapula after surgical treatment for breast cancer	2013
	Falling ill and surviving breast cancer: the experience of mastectomized woman	2013
	Evaluación de manual de educación como una estrategia para el conocimiento de las mujeres con mastectomía.	2012
	Recognizing and treating upper extremity lymphedema in postmastectomy/lumpectomy patients: A guide for primary care providers	2009
	Incidence and risk factors of breast cancer lymphoedema.	2007
	Local treatment of breast cancer.	2015
	Sexuality and quality of life of breast cancer patients post mastectomy.	2011
	The experience of viewing oneself in the mirror after a mastectomy.	2012
Cuiden	Body image and sexuality of women who underwent a radical mastectomy: integrative review.	2013
	Corporeidad de la mujer mastectomizada por cáncer de mama, enfoque desde su historia de vida.	2013
	Cuidados preoperatorios de mastectomía bajo la óptica de la mujer.	2005
	Cuidado de enfermería en paciente postoperada de	2014

	mastectomía: estudio de caso	
	La asistencia de la enfermera en la visión de mujeres mastectomizadas.	2012
	Participación en un grupo de apoyo: experiencia de mujeres con cáncer de mama	2008
Dialnet	Ansiedad en mujeres con cáncer de mama	2012
	Comunicación sanitaria del profesional enfermero en mujeres con cáncer de mama.	2016
	Depresión y ansiedad en mujeres mastectomizadas.	2009
	La vivencia del duelo por pérdida corporal y las estrategias de afrontamiento en un grupo de mujeres mastectomizadas.	2013
	Imagen corporal y autoestima en mujeres mastectomizadas.	2014
	Limitación de la movilidad del hombro en mujeres sometidas a la cirugía de los ganglios y la mama y la radioterapia tras el cáncer de mama: Revisión bibliográfica.	2013
	Nivel de percepción de calidad de vida en las pacientes con y sin intervención quirúrgica radical de cáncer de mama. Hospital Nacional Almanzor Aguinaga. Chiclayo.	2013
Pubmed	Angiosarcoma (Stewart-Treves syndrome) in postmastectomy patients: report of 10 cases and review of literature.	2015
	A Prospective Model of Care for Breast Cancer Rehabilitation: Postoperative and Postreconstructive Issues	2012
Cochrane Plus	Effects of music therapy on pain among female breast cancer patients after radical mastectomy: results from a randomized controlled trial.	2011
	A clinical randomized controlled trial of music therapy and progressive muscle relaxation training in female breast cancer patients after radical mastectomy: Results on depression, anxiety and length of hospital	2015

	stay	
	Enfermeras especialistas en la atención de la mama para la atención de apoyo a mujeres con cáncer de mama.	2008