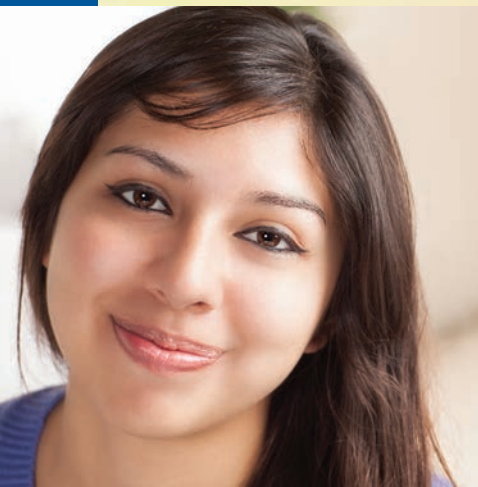




Entérese de sus alternativas de reconstrucción del seno

*Prepárese
para la
operación
y para el
control de la
recuperación
posoperatoria*



Entérese de sus alternativas de reconstrucción del seno: prepárese para la operación y para el control de la recuperación posoperatoria

Aunque usted puede estar pasando por un momento difícil ahora, ya sea porque le diagnosticaron cáncer de seno o porque en su familia hay antecedentes importantes de este tipo de cáncer, hay muchas decisiones que tomar acerca del plan de tratamiento y las alternativas quirúrgicas. Para el éxito de la operación se requiere una colaboración estrecha entre la paciente y el cirujano. Si lo desea, el cirujano hablará con usted y con su familia sobre las alternativas que tiene a su disposición en cuanto a la reconstrucción del seno. El objetivo de este librito es ayudarle a tomar decisiones sobre el tipo de operación que el médico y usted elijan, e informarle de antemano lo que ocurrirá en cada operación y cómo controlar la atención posoperatoria que se requiere.

Hay muchas alternativas en cuanto a la reconstrucción del seno y cada una de ellas trae consigo preguntas y asuntos únicos. Este librito responderá a algunas de estas preguntas y le servirá de manual de referencia. Nuestro equipo profesional de enfermeras, médicos y otros miembros del personal puede responder a las preguntas que no se resuelvan aquí. Aquí encontrará respuestas a las preguntas y dudas más frecuentes. Mencionaremos también materiales que se encuentran en Internet a fin de mejorar constantemente la información y los recursos que ponemos a disposición de nuestras pacientes.

Esta guía le servirá de fuente de consulta a lo largo de todo el proceso de reconstrucción. El equipo profesional de cirugía plástica de Moffitt Cancer Center se dedica a restaurar la imagen corporal sana de la paciente mediante las técnicas más avanzadas en reconstrucción del seno.

Agradecemos a los siguientes colaboradores:

Dunya Atisha, MD
Deniz Dayicioglu, MD
Gerard C. Mosiello, MD
Paul Smith, MD
Karen Wells, MD
Lisa Fox, RN, CPSN, OCN®
Tina Tavares, RN, CPSN
Lynne Hildreth
Nancy Newman LCSW
Kim Amtmann-Buettner
JoEllen Warnke RN, OCN®
Christine Healy LCSW

Pacientes y familiares asesoras

Marnee Jealous Long
Brenda Parzy
Monica Steiner
Monica Vakiner

La financiación para la publicación de «Entérese de sus alternativas de reconstrucción del seno» proviene de generosos donativos que la Fundación de Moffitt ha recibido de pacientes.

La versión en español ha sido posible gracias a la colaboración de los Servicios de Traducción e Interpretación de Moffitt Cancer Center.

	Esquema para la toma de decisiones en la reconstrucción del seno.....	4
CAPÍTULO	1 Cómo elegir el tipo de reconstrucción del seno	6
	1.1 Reconstrucción del seno	6
	1.2 Tipos de reconstrucción	9
	<i>Reconstrucción con expansor de tejido</i>	9
	<i>Reconstrucción con colgajo de dorsal ancho con o sin expansor de tejido</i>	18
	<i>Reconstrucción con colgajo de tejido abdominal: colgajo TRAM pediculado</i>	22
	<i>Reconstrucción con colgajo de tejido abdominal: colgajo DIEP o colgajo TRAM libre con preservación del músculo</i>	23
	<i>Reconstrucción con colgajo de tejido del muslo: colgajo TUG o PAP</i>	26
	1.3 Mastectomía con preservación del pezón y reconstrucción.....	29
	1.4 Reconstrucción del pezón	32
CAPÍTULO	2 Cómo prepararse para la operación y qué esperar de ella.....	33
	2.1 Consejos para la operación.....	33
	2.2 Precauciones relacionadas con el tabaquismo.....	39
	2.3 Consejo de otras pacientes que han pasado por lo mismo.....	40
CAPÍTULO	3 Cuidados en la casa y posibles complicaciones de la operación.....	41
	3.1 ¿Qué se puede esperar después de la operación?.....	41
	3.2 Instrucciones para cuando se vaya a casa	42
	3.3 Cuidado de la cicatriz.....	44
CAPÍTULO	4 Alimentación y recuperación.....	47
CAPÍTULO	5 La sexualidad y la operación de reconstrucción del seno	49
CAPÍTULO	6 La cobertura del seguro para la operación de reconstrucción.....	50
CAPÍTULO	7 Consejos para el cuidador	51
	Glosario.....	56
	Cuidado del drenaje quirúrgico.....	57
	Planilla de control del drenaje de Jackson-Pratt	59
	Recursos que recomendamos	62

Esquema para la toma de decisiones en la reconstrucción

ASUNTOS QUE HAY QUE TENER EN CUENTA	Expansores de tejido (implantes)	Colgajo de dorsal ancho con expansor de tejido
Duración de la operación <i>(sin incluir la mastectomía)</i>	1 o 2 horas	3 o 4 horas
Duración de la hospitalización	1 día	1 o 2 días
Tiempo de recuperación <i>(tiempo promedio para regresar al trabajo)</i>	Entre 2 y 6 semanas	Entre 2 y 6 semanas
Duración total del proceso	Entre 6 y 9 meses	Entre 6 y 9 meses
Número posible de operaciones	3	3
Uso de implante	Sí	Habitualmente
Objetivo en cuanto al aspecto	<ul style="list-style-type: none"> • Requiere el uso de un implante. • Conserva la forma con el tiempo. • En la intervención bilateral (extirpación de ambos senos) es más posible lograr la simetría (que los senos se parezcan o se vean uniformes). 	<ul style="list-style-type: none"> • Puede requerir el uso de un implante. • De aspecto más natural que el implante solo.
Se recomienda en estos casos:	<ul style="list-style-type: none"> • Si desea que la operación y el tiempo de recuperación duren menos. • Si desea la reconstrucción de ambos senos. • Si no tiene suficiente tejido abdominal o grasa en otra parte. 	<ul style="list-style-type: none"> • Si ha recibido antes radioterapia. • Si solo desea la reconstrucción de un seno. • Si es de cuerpo grande o complexión robusta.
No se recomienda en estos casos:	<ul style="list-style-type: none"> • Si fuma. • Si desea que el seno tenga el aspecto más natural posible. • Si no puede asistir a entre 6 y 8 consultas semanales para las expansiones. 	<ul style="list-style-type: none"> • Si fuma. • Si desea que el seno tenga el aspecto más natural posible. • Si no puede asistir a entre 6 y 8 consultas semanales para las expansiones.

Colgajo de tejido abdominal <i>Colgajo TRAM pediculado</i>		Colgajo de tejido del muslo <i>Colgajo TUG</i>	
		<i>Colgajo PAP</i>	
<i>(o TRAM libre con preservación del músculo)</i>			
Entre 3 y 6 horas	Entre 6 y 8 horas (un seno) Entre 8 y 12 horas (ambos senos)	Entre 6 y 8 horas (un seno) Entre 8 y 12 horas (ambos senos)	Entre 6 y 8 horas (un seno) Entre 8 y 12 horas (ambos senos)
3 días	5 días	4 a 5 días	4 a 5 días
6 semanas	Entre 4 y 6 semanas	3 o 4 semanas	3 o 4 semanas
3 meses	3 meses	3 meses	3 meses
3	2	2	2
No	No	No	No
<ul style="list-style-type: none"> • Tiene aspecto natural. • Es blando al tacto. • El abdomen queda más plano. ~ A menudo se requiere otra operación para lograr la simetría de los senos. 	<ul style="list-style-type: none"> • Tiene aspecto natural. • No se usa el músculo abdominal. • Es blando al tacto. • El abdomen queda más plano. ~ A menudo se requiere otra operación para lograr la simetría de los senos. 	<ul style="list-style-type: none"> • Tiene aspecto natural. • La parte interna del muslo luce como si se hubiera hecho cirugía plástica. 	<ul style="list-style-type: none"> • Tiene aspecto natural. • Buen aspecto de la cicatriz de la zona donante. • No se usa el músculo del muslo. • La parte interna del muslo luce como si se hubiera hecho cirugía plástica.
<ul style="list-style-type: none"> • Si desea senos del aspecto más natural posible. • Si tiene suficiente tiempo para la recuperación y está lo suficientemente sana para tener una operación larga. • Si ha recibido antes radioterapia. • Si tiene suficiente tejido abdominal. 	<ul style="list-style-type: none"> • Si desea senos del aspecto más natural posible. • Si tiene suficiente tiempo para la recuperación y está lo suficientemente sana para tener una operación larga. • Si ha recibido antes radioterapia. • Si tiene suficiente tejido abdominal. • Si quiere preservar el músculo abdominal lo más posible. 	<ul style="list-style-type: none"> • Si desea senos del aspecto más natural posible. • Si no tiene suficiente tejido abdominal o no quiere que le tomen tejido del abdomen. • Si le han hecho antes una lipectomía abdominal o una reconstrucción con colgajo TRAM. • Si ha recibido antes radioterapia. 	<ul style="list-style-type: none"> • Si desea senos del aspecto más natural posible. • Si no tiene suficiente tejido abdominal o no quiere que le tomen tejido del abdomen. • Si le han hecho antes una lipectomía abdominal o una reconstrucción con colgajo TRAM. • Si ha recibido antes radioterapia.
<ul style="list-style-type: none"> • Si fuma. • Si recibe narcóticos para el dolor crónico. • Si no tiene suficiente tiempo libre en el trabajo para una recuperación más larga. • Si ha tenido operaciones abdominales (a excepción de cesáreas). 	<ul style="list-style-type: none"> • Si fuma. • Si recibe narcóticos para el dolor crónico. • Si tiene otros problemas crónicos de salud. • Si no tiene suficiente tiempo libre en el trabajo para una recuperación más larga. 	<ul style="list-style-type: none"> • Si fuma. • Si recibe narcóticos para el dolor crónico. • Si tiene otros problemas crónicos de salud. • Si prefiere senos más grandes. • Si no tiene suficiente tiempo libre en el trabajo para una recuperación más larga. 	<ul style="list-style-type: none"> • Si fuma. • Si recibe narcóticos para el dolor crónico. • Si tiene otros problemas crónicos de salud. • Si prefiere senos más grandes. • Si no tiene suficiente tiempo libre en el trabajo para una recuperación más larga.

1.1 Reconstrucción del seno

El objetivo de este librito es servirle de guía en el proceso de reconstrucción del seno. Aquí se explican las diferentes alternativas de reconstrucción para que el cirujano plástico y usted decidan qué tipo le conviene más. Es importante que sepa que no todas las alternativas son posibles en su caso. El equipo de cirugía plástica le explicará las mejores de que dispone. Así como no hay dos tipos exactos de cáncer de seno, no hay dos pacientes exactamente iguales. A veces una solución no funciona en todos los casos.

Básicamente hay dos categorías principales de reconstrucción del seno: la reconstrucción con implantes y la reconstrucción en la que se emplean los tejidos de la paciente. A veces es necesario combinar estos dos tipos de reconstrucción.

En la forma más frecuente de reconstrucción del seno se emplea un implante para formar el montículo mamario. Por lo general, la reconstrucción con implante requiere una operación menos extensa, pero se necesitan más intervenciones (por lo menos dos) para finalizar el proceso. Además, a menudo se requieren expansores de tejido. Hay unas pocas circunstancias en las que la reconstrucción con implantes de solución salina o de silicona se puede realizar sin expansores de tejido. Hablaremos de esta situación más adelante.



¿En qué se diferencian la reconstrucción inmediata y la reconstrucción diferida?

La reconstrucción inmediata es todo tipo de reconstrucción que se realiza en el momento de la mastectomía. La reconstrucción diferida es la que se realiza después de que usted se recupera de la operación inicial de cáncer y de otros tratamientos (quimioterapia o radioterapia) o en una fecha que usted elige.

¿Qué pasa si necesito radioterapia?

Si decide con el cirujano que usted es una candidata idónea para la reconstrucción, la necesidad de recibir radioterapia después de la mastectomía influirá en las opciones de reconstrucción que estén a su disposición. Si no se sabe con seguridad si necesitará radioterapia, la remitirán al oncólogo radioterápico antes de la operación.

Si no está previsto que requiera radioterapia después de la mastectomía, el proceso de reconstrucción puede comenzar en el momento de la operación.

Si se requiere radioterapia, el cirujano puede recomendar que la reconstrucción se realice en una fecha posterior.

A veces, los datos finales de anatomopatología muestran resultados inesperados después de la operación.

En estos casos es posible que se recomiende radioterapia después de la mastectomía.

Si usted requiere radioterapia, puede suceder lo siguiente:

- Si opta por un expansor de tejido o por un implante, este se puede dejar en su lugar o se puede retirar. El especialista en radioterapia puede solicitar que se desinfle antes el expansor si existe la posibilidad de que interfiera en el tratamiento.
- Si opta por reconstrucción con cubrimiento del implante con sus propios tejidos, este tipo de operación se puede realizar entre 9 y 12 meses después de terminar la radioterapia.

La reconstrucción del seno acompañada de radioterapia puede implicar riesgos y efectos secundarios. Estos riesgos se aplican también a los casos en los que ya hay un implante de seno antes de iniciar el tratamiento del cáncer.

Riesgos de la mastectomía cuando ya se tiene un implante

Si usted tiene un implante por haberse hecho antes una mamoplastia de aumento (aumento de tamaño por razones cosméticas), el implante puede estar situado delante del músculo. En ese caso será necesario retirarlo y poner uno nuevo detrás del músculo. Si el implante se encuentra detrás del músculo, se puede dejar en su sitio. En ese caso es menos probable que el implante sufra daños. La radioterapia puede aumentar las probabilidades de presentar contractura capsular. Puede hallar más información sobre la contractura capsular en el subcapítulo 1.2.

1.1 Reconstrucción del seno

(CONTINUACIÓN)

¿Qué opciones tengo si no deseo una reconstrucción?

Es importante recordar que la reconstrucción del seno no es adecuada para toda mujer. Todas las mujeres son diferentes; a la hora de decidir, algunas prefieren no hacerse una reconstrucción. Es posible que después de la mastectomía usted opte por no reconstruirse el seno. A su disposición hay opciones que le pueden servir para sentirse más cómoda en su atuendo y que pueden simular el aspecto de un seno natural bajo la ropa. Pueden consistir en prótesis externas o rellenos con brasieres especiales, que se pueden adaptar especialmente a su caso.

Las prótesis externas y los rellenos para el seno son de distintas formas, tamaños y materiales. Muchos son de materiales nuevos que pueden ser más livianos, más suaves y más frescos que los de las prótesis tradicionales. A menudo se puede concertar una cita en una tienda especializada para hablar con una persona capacitada en la selección de brasieres y de prótesis externas. Hay incluso diferentes tipos para usar con el traje de baño.

Su seguro médico o Medicare cubren el costo de la mayoría de estos productos. Pídale al médico que le dé una receta para la prótesis de seno y los brasieres de mastectomía. Sería importante averiguar qué productos cubre su seguro y dónde puede comprarlos. Las enfermeras pueden darle un folleto si le interesa tener más información sobre dónde comprar estos artículos y si quiere que un profesional determine cuál es el más adecuado para usted.

Prótesis para el seno

En estos sitios web encontrará información sobre las prótesis para el seno:

www.tlcdirect.org: catálogo de «TLC» (siglas en inglés de *Tender Loving Care* o «Cuidado tierno y amoroso») de la Sociedad Americana Contra el Cáncer (*American Cancer Society*).

www.amoena.com: prótesis externas Amoena.

www.breastprosthesis.net: contiene listas de varios fabricantes y distribuidores de prótesis para el seno.



Prótesis para el seno

1.2 Tipos de reconstrucción

» Reconstrucción con expansor de tejido

La reconstrucción del seno con un expansor de tejido es un proceso en dos etapas. La primera es la mastectomía o extirpación del seno (es posible que incluya también la extirpación del pezón). El cirujano de seno realiza esta parte de la operación. La reconstrucción del pezón se explica en el subcapítulo 1.4.

Expansor de tejido (con válvula de inyección a distancia o con válvula incorporada)

En cuanto le hayan quitado el seno, el cirujano plástico le pondrá el expansor de tejido (que tiene el aspecto de un globo desinflado) debajo de la piel y del músculo del pecho. El expansor se llena una vez por semana con solución salina para permitir que la piel y el músculo se estiren.

El cirujano plástico puede llenarlo con un poco de líquido durante la operación para que al despertar usted tenga algo de contorno mamario. La expansión o «llenado» puede tardar entre 2 y 6 meses hasta que se logre el tamaño necesario.

El cirujano plástico y usted pueden decidir que esta operación es la más adecuada en su caso si usted quiere que tanto la operación como el tiempo de recuperación sean más cortos. También puede ser la mejor opción para usted si desea que la reconstrucción de ambos senos se lleve a cabo con operaciones menos extensas. Por otra parte, esta operación no sería la más conveniente si usted quiere que el seno tenga el aspecto más natural posible o si no puede acudir a las consultas semanales de «llenado» o expansión.

La duración del proceso completo de reconstrucción varía. El médico le garantiza que los senos no tendrán el mismo aspecto cuando todo haya concluido. La posición de las cicatrices, la forma en que el seno vaya sanando y las diferencias en la cantidad de grasa que se deje en los colgajos de la mastectomía desempeñarán un papel importante en el aspecto final del seno reconstruido. El médico procurará que sus senos sean tan uniformes como sea posible. Las intervenciones adicionales, como liposucción e injertos de grasa, pueden ser beneficiosas, pero es posible que el seguro no las cubra.

¿Por qué no pueden ponerme un implante permanente después de extirpar el tejido del seno? ¿Por qué necesito un expansor de tejido primero?

En la reconstrucción del seno es necesario poner el implante debajo del músculo. Tanto el músculo como la piel tienen que estirarse antes de poner el implante. Para estirarlos y abrir espacio para el implante se usa un expansor de tejido. En cuanto termine el proceso de expansión del tejido, el expansor se reemplazará por un implante permanente.

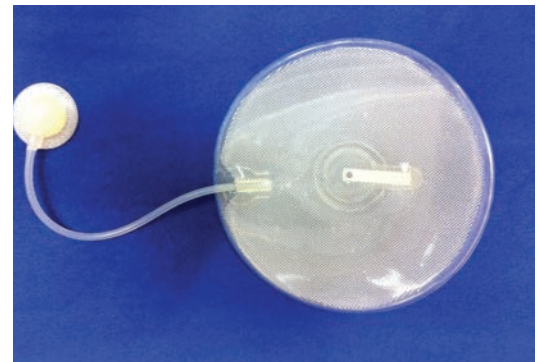
» Reconstrucción con expansor de tejido

» Reconstrucción con colgajo de dorsal ancho con o sin expansor de tejido

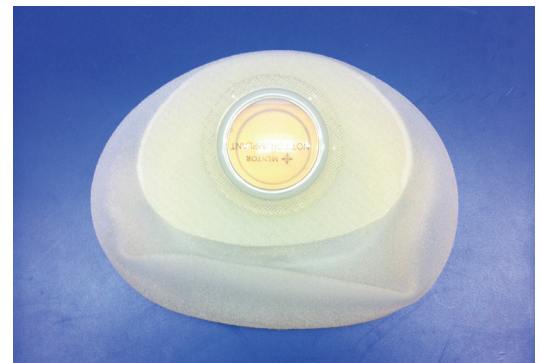
» Reconstrucción con colgajo de tejido abdominal
Colgajo TRAM pediculado

» Reconstrucción con colgajo de tejido abdominal
Colgajo DIEP o colgajo TRAM libre con preservación del músculo

» Reconstrucción con colgajo de tejido del muslo
Colgajo TUG o PAP



Expansor de tejido con válvula de inyección a distancia (compatible con la resonancia magnética)



Expansor de tejido con válvula de inyección incorporada (incompatible con la resonancia magnética)

1.2 Reconstrucción del seno

(CONTINUACIÓN)

¿En qué se diferencian la mamoplastia de aumento y la reconstrucción del seno con un implante?

La principal diferencia entre la reconstrucción del seno y la mamoplastia de aumento por razones cosméticas es que el implante que se pone bajo la piel y el músculo en la reconstrucción le da al seno el aspecto de un montículo mamario reconstruido. Por lo tanto, las irregularidades del implante bajo la superficie de la piel se notarán más en un seno reconstruido porque el tejido del seno se ha extirpado. En la mamoplastia de aumento el tejido mamario permanece en su lugar y el implante queda bajo el seno o bajo el seno y el músculo.

Reconstrucción con implante	Mamoplastia de aumento
Después de la mastectomía no queda tejido del seno.	El tejido del seno se queda en su lugar.
El expansor de tejido tiene que estirar la piel y el músculo para formar una bolsa que aloje el implante.	No se requiere expansor.
Se usa un implante de solución salina o de silicona.	Se usa un implante de solución salina o de silicona.
El seguro médico lo cubre.	El costo corre por cuenta de la paciente si se realiza por razones cosméticas (<i>a menos que se requiera para lograr la simetría después de un diagnóstico de cáncer de seno</i>).
Se requiere resonancia magnética para verificar que no se rompa el implante (<i>solamente si el implante es de silicona</i>).	Se requiere resonancia magnética para verificar que no se rompa el implante (<i>solamente si este es de silicona</i>).
Hay que cambiarlo en algún momento; no dura toda la vida.	Hay que cambiarlo en algún momento; no dura toda la vida.
*Puede haber encapsulamiento (contractura capsular).	*Puede haber encapsulamiento (contractura capsular).

*La contractura capsular se explica en el subcapítulo 1.2.

¿Qué se puede esperar de la expansión de tejido?

Durante el proceso de expansión de tejido, usted vendrá al consultorio a reunirse con un integrante del equipo de cirugía plástica. Cada semana, la enfermera o el médico introducirá una aguja pequeña en la válvula de inyección que queda en la superficie del expansor para llenarlo con una cantidad de solución salina fisiológica que oscila entre 50 y 100 mililitros (aproximadamente entre 3 y 6 cucharadas). Este proceso expande el músculo para que haya suficiente espacio para colocar el implante permanente.

Posibles efectos secundarios de la expansión de tejido:

Algunas pacientes pueden presentar uno de estos síntomas o todos ellos:

- Sensación de tener el seno tenso o lleno
- Sensibilidad al tacto
- Espasmos musculares
- Dolor

Por lo general, estos síntomas duran entre 1 y 3 días después de la expansión de tejido, pero pueden durar más.

Para aliviarlos, el médico puede recomendar lo siguiente:

- Compresas de hielo o compresas calientes (por ejemplo, un paño húmedo). Envuélvalas en una toalla y métalas en una bolsa de plástico para no aplicarlas directamente sobre la piel.
- Acetaminofeno (Tylenol®), ibuprofeno (Advil®) o un relajante muscular llamado metaxalona (Skelaxin®).
- No se ponga almohadillas eléctricas en ninguna parte del cuerpo. Es posible que haya perdido sensibilidad por la operación y que no note si se aplica demasiado calor. Podría quemarse.

Llame al consultorio de su médico si presenta lo siguiente:

- Enrojecimiento
- Fiebre
- Desinflación del expansor
(Notará que la forma y el tamaño del seno han cambiado. El tejido es menos firme. Esta no es una situación de urgencia y no es perjudicial para usted. Sin embargo, llame a la enfermera porque el cirujano plástico tendrá que examinarla).
- Dolor muy intenso

»» **Reconstrucción con expansor de tejido**

»» **Reconstrucción con colgajo de dorsal ancho con o sin expansor de tejido**

»» **Reconstrucción con colgajo de tejido abdominal**
Colgajo TRAM pediculado

»» **Reconstrucción con colgajo de tejido abdominal**
Colgajo DIEP o colgajo TRAM libre con preservación del músculo

»» **Reconstrucción con colgajo de tejido del muslo**
Colgajo TUG o PAP

Consejo

Me gustaba ponerme una compresa de hielo después de cada expansión. Me proporcionaba alivio durante las 24 horas siguientes. La usaba aproximadamente durante una hora, en bloques de 20 minutos. El médico me dijo que era importante que no me la aplicara directamente en la piel, sino que me pusiera una toalla entre el hielo y la piel.

1.2 Tipos de reconstrucción

(CONTINUACIÓN)

¿Qué ropa debo ponerme?

Para estar lo más cómoda posible durante este proceso, le conviene ponerse prendas de dos piezas, como pantalones y blusas que lleven botones o cremallera en el frente. Es posible que le pidan que se quite la blusa y se ponga una bata.

¿Puedo realizar mis actividades normales después de la expansión?

Sí, puede reanudar sus actividades habituales después de la expansión. Si tiene más preguntas sobre actividades específicas, consulte con el médico.

¿Puedo viajar en avión mientras tenga expansores de tejido?

Sí, puede viajar en avión cuando tenga puestos los expansores de tejido. Los expansores no tienen componentes que activen las alarmas de los equipos de seguridad del aeropuerto.

¿Puedo hacerme una resonancia magnética?

Si el expansor tiene una válvula de inyección incorporada o interna, usted no podrá hacerse una resonancia magnética cuando lo tenga puesto, porque la válvula contiene metales. Podrá hacerse una resonancia magnética si el expansor tiene una válvula de inyección externa o a distancia. Si no está segura del tipo de válvula que tiene, pregúntele al médico o a la enfermera.

Reemplazo del expansor por el implante permanente

La operación para reemplazar el expansor por el implante es una intervención ambulatoria. Eso significa que usted no tiene que pasar la noche en el hospital. El dolor es mínimo y usted puede regresar al trabajo cuando el cirujano plástico le dé el visto bueno.

- El cirujano plástico determinará la técnica y la ubicación de las cicatrices en la cita de planificación de la segunda fase.
- Antes de que le den de alta, le pondrán un vendaje sobre la incisión.
- Por lo general, en esta operación no se requieren drenajes, pero le pueden poner uno si el cirujano lo considera necesario.
- Los vendajes externos se pueden retirar 3 días después de la operación. Cuando le den de alta de la sala de recuperación le darán indicaciones sobre el cuidado del vendaje.
- El médico la atenderá en el consultorio aproximadamente una semana después.

Consejo

Me ponía una almohada bajo el brazo para aliviar las molestias que causaban los expansores. Esto me servía mucho, especialmente de noche, cuando estaba tratando de dormir.

¿Cuál es la diferencia entre la solución salina y la silicona?

Todos los implantes para el seno, ya sean de solución salina o de silicona, tienen una cubierta de silicona. En ambos tipos de implantes hay gran variedad de formas, tamaños y características. Los implantes de solución salina se introducen vacíos en el cuerpo. Cuando ya están puestos, se llenan de solución salina estéril (agua con sal) hasta el volumen que el cirujano plástico y usted hayan decidido. Los implantes de silicona ya vienen llenos de la fábrica. El implante se coloca debajo del músculo para lograr una mejor cobertura, ya sea para la reconstrucción o para la mamoplastia de aumento.

- La formación de «ondas» o «pliegues» en el implante es más visible en los implantes de solución salina que en los de silicona. Esta situación se presenta en la reconstrucción del seno porque no hay suficiente tejido para cubrir el implante.
- La cicatriz es más pequeña cuando en la reconstrucción se usan implantes de solución salina.
- El riesgo de presentar encapsulamiento o *contractura capsular* es menor con los implantes de solución salina que con los de silicona.
- Si un implante de solución salina se rompiera, se notaría con bastante rapidez porque se desinflaría.
- Los implantes de silicona no se desinflan cuando se rompen. Por eso el médico puede pedirle que se haga una resonancia magnética del seno para asegurarse de que no haya ruptura del implante.

Anteriormente se temía usar implantes de silicona porque se creía que podrían tener fugas. Ahora la Administración de Medicamentos y Alimentos de los Estados Unidos (FDA, por sus siglas en inglés) ha determinado que los implantes de silicona para el seno son inocuos tanto para efectos cosméticos como de reconstrucción.

Coménteles al cirujano las dudas que tenga sobre los implantes. Los implantes deben cambiarse mediante una operación en algún momento de la vida. Además, pueden rasgarse, presentar fugas o rodearse de tejido cicatricial, pero el cirujano puede controlar adecuadamente estas situaciones.

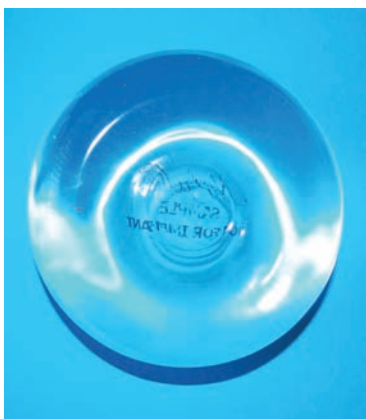
»» Reconstrucción con expansor de tejido

»» Reconstrucción con colgajo de dorsal ancho con o sin expansor de tejido

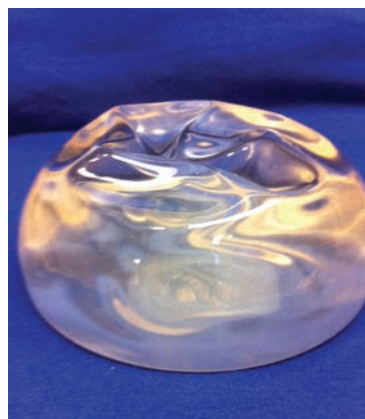
»» Reconstrucción con colgajo de tejido abdominal
Colgajo TRAM pediculado

»» Reconstrucción con colgajo de tejido abdominal
Colgajo DIEP o colgajo TRAM libre con preservación del músculo

»» Reconstrucción con colgajo de tejido del muslo
Colgajo TUG o PAP



Implante de solución salina



Implante de silicona

1.2 Tipos de reconstrucción

(CONTINUACIÓN)

¿Cuáles son los riesgos de este tipo de reconstrucción?

El cirujano plástico le informará sobre los riesgos y beneficios de esta intervención si considera que puede ser beneficiosa en su caso. Como sucede en toda operación, es posible que haya complicaciones. El cirujano plástico le hablará de cada una de ellas durante la cita y de nuevo el día de la operación.

Las posibles complicaciones son:

- Infección
- Sangrado
- Formación de cicatriz
- Lesión de músculos y nervios
- Asimetría (falta de uniformidad en los senos)
- Desinflación del implante
- Contractura capsular
- Necesidad de realizar otra operación

Infección Si se presenta una infección, es importante que esta se detecte de inmediato. Los signos y síntomas de una infección comprenden los siguientes: enrojecimiento o calor en el sitio operado, salida de secreción turbia y maloliente por la incisión, y aumento de la temperatura. Si hay algún signo de infección, queremos detectarlo en una etapa temprana del proceso para que haya más probabilidades de salvar la reconstrucción. Es posible que tenga que hospitalizarse y comenzar a recibir antibióticos por una vena del brazo. Según lo grave que sea la infección, puede que necesite otra operación para retirar el expansor o el implante, lavar la cavidad y colocar un expansor o un implante nuevo. A veces es necesario retirar el expansor o el implante mientras se cura la infección y poner uno nuevo en una operación posterior.

Sangrado Es posible, aunque poco frecuente, que haya sangrado durante la operación o después de ella. Si esto ocurre, puede requerir tratamiento de urgencia para drenar el hematoma (la sangre acumulada). Puede formarse un hematoma en cualquier momento después de una operación del seno. No tome aspirina ni antiinflamatorios 10 días antes ni 10 días después de la operación, puesto que esto podría elevar el riesgo de sangrado.

Cuéntele al cirujano acerca de todo remedio a base de hierbas o suplemento dietético que tome sin receta médica, ya que estas sustancias también pueden elevar el riesgo de sangrado quirúrgico.

Cicatrices El cirujano plástico usará la misma incisión que el cirujano del seno hizo para extirpar el seno durante la mastectomía. Por lo general, esta incisión es diagonal y pasa por la mitad del seno. En el subcapítulo 3.3 hallará más información sobre el cuidado de la cicatriz.

Contractura capsular El tejido cicatricial que se forma alrededor del implante y que lo oprime se conoce como contractura capsular o encapsulamiento. Hay 4 grados de contractura (del I al IV) que van desde blanda al tacto hasta dura. Es posible que el cirujano plástico le diga que se haga masajes en los implantes una o dos veces diarias durante 5 minutos. Pregúntele qué le recomienda.

Necrosis grasa o quiste oleoso por injerto de grasa Con frecuencia, las pacientes presentan alteraciones del contorno mamario después de la mastectomía y la reconstrucción, las cuales se pueden reducir mediante injerto de grasa. Esta grasa se obtiene por liposucción de otra parte del cuerpo y se inyecta en el seno. Allí, rellena la piel y suaviza las irregularidades del contorno mamario. A menudo se forman bajo la piel pequeños nódulos que se pueden palpar. Puede tratarse de lóbulos de grasa, necrosis grasa o quistes oleosos. Normalmente no son visibles, pero se pueden sentir al tacto. Después de haber tenido cáncer de seno, a muchas mujeres les preocupa naturalmente toda masa pequeña que sientan bajo la piel. Si hay un nódulo en una zona en la que se inyectó grasa, por lo general la paciente y el médico pueden hacerle seguimiento. En ocasiones, si las características de la masa cambian o si la masa está en una zona en la que no se realizó injerto de grasa, se realiza una ecografía. Esta prueba es muy eficaz para determinar si la masa es de grasa o si puede tratarse de algo que necesita análisis adicional, por ejemplo, una biopsia.

Lesión muscular y nerviosa Existe la posibilidad de que los tejidos más profundos, como los nervios, los vasos sanguíneos, los músculos y los pulmones, se lesionen durante una intervención quirúrgica. Esta posibilidad varía según el tipo de intervención que se realice. La lesión de tejidos más profundos puede ser temporal o permanente.

Asimetría En la mayoría de las mujeres se observa naturalmente un poco de asimetría en los senos. Después de la operación también puede haber diferencias en la forma, el tamaño o la simetría de los senos y los pezones. Puede ser necesaria otra operación para corregir la asimetría después de la reconstrucción.

Necesidad de más operaciones Muchas situaciones variables pueden influir en el resultado a largo plazo de la reconstrucción con implantes. Puede ser necesaria una operación secundaria para cambiar el expansor, cambiar el implante y reconstruir el pezón. A los implantes de solución salina y de silicona se les llama a veces implantes permanentes, pero es posible que haya que cambiarlos en algún momento, ya que no duran toda la vida.

¿Cuánto tiempo estaré en el quirófano?

La operación puede durar 1 o 2 horas si se realiza la reconstrucción de un seno y 4 horas si se reconstruyen los dos. Luego usted pasará a la sala de recuperación y un integrante del equipo de cirugía plástica hablará con su familia. Entre 30 minutos y una hora después la llevarán a su habitación, que por lo general queda en el quinto piso del hospital principal.

¿Cuánto tiempo estaré hospitalizada?

La mayoría de las pacientes se quedan una noche en el hospital y regresan a casa al día siguiente. Probablemente esa noche le pidan que se levante de la cama y se siente en una silla. También pueden pedirle que se levante y camine un poco.

¿Cuánto tiempo tardaré en recuperarme de la operación?

Algunas mujeres tardan seis semanas y otras solamente necesitan dos. No es posible determinar con anticipación cómo le afectará la operación. Una semana después de la intervención, el equipo de cirugía plástica evaluará su recuperación.

»» **Reconstrucción con expansor de tejido**

»» **Reconstrucción con colgajo de dorsal ancho con o sin expansor de tejido**

»» **Reconstrucción con colgajo de tejido abdominal**
Colgajo TRAM pediculado

»» **Reconstrucción con colgajo de tejido abdominal**
Colgajo DIEP o colgajo TRAM libre con preservación del músculo

»» **Reconstrucción con colgajo de tejido del muslo**
Colgajo TUG o PAP

1.2 Tipos de reconstrucción

(CONTINUACIÓN)

¿Me pondrán vendajes?

Es posible que le pongan un vendaje. La incisión se cerrará con suturas o puntos absorbibles, lo cual significa que no tienen que retirarse más adelante. También pueden ponerle sobre la incisión unas tiras adhesivas de papel llamadas Steri-Strip. Si le ponen estas tiras, debe dejárselas hasta que se caigan solas o hasta que hayan pasado dos semanas. En el vendaje exterior también puede haber un trozo de un apósito blanco no adhesivo (Telfa™) que se fija con una cinta adhesiva delgada llamada Tegaderm™. Retire este vendaje el tercer día después de la operación. Si debajo tiene tiras Steri-Strip, deje que se caigan solas, como se indicó anteriormente.

Sin embargo, en la mayoría de los casos no hay vendaje, sino que la incisión se cierra con Dermabond™, un tipo de pegamento quirúrgico.

Se puede bañar en la ducha al día siguiente. Si tiene un vendaje sobre la incisión, este vendaje es impermeable y puede mojarse. Si no tiene vendaje sino tiras Steri-Strip sobre la incisión, estas también pueden mojarse. No permita que el chorro de la ducha golpee directamente las tiras; simplemente deje que el agua resbale suavemente de los hombros. Cuando termine, séquese con toquitos suaves. No se sumerja en la tina ni se meta en la piscina o en el jacuzzi hasta que haya consultado con el cirujano plástico. Si tiene un vendaje (además de las tiras Steri-Strip), quíteselo el tercer día después de la operación.



Cuidado del drenaje

Ilustración de Susan Gilbert, CMI

CUIDADO DEL DRENAJE Durante la operación le pondrán drenajes que salen por la piel del lado inferior del pecho. Se trata de tubos pequeños por los que sale el exceso de sangre o de líquido. Usted y la persona que la cuida aprenderán a realizar el cuidado de los drenajes antes de salir del hospital. Cada drenaje se fija con una pequeña sutura negra para que no se mueva. Cuando esté en casa, los drenajes serán molestos. Eso es normal. *En el subcapítulo sobre el cuidado del drenaje quirúrgico que se encuentra al final de este librito encontrará más instrucciones al respecto.*

Consejo

En casa, me ponía una de las camisas de mi esposo y fijaba por dentro los drenajes con imperdibles. La camisa de él me reconfortaba y era más cómoda para caminar por la casa. También venden camisolas suaves con bolsillos internos para los drenajes. Son muy cómodas y a veces son más fáciles de usar porque no hay que pegar los drenajes con imperdibles a la parte interna de la camisa.

CONTROL DEL DOLOR El dolor se controlará con analgésicos orales (analgésicos que se toman por la boca). Si necesita más analgésicos cuando esté en el hospital, es posible que se le controle el dolor con un dispositivo llamado «analgesia controlada por el paciente», que consiste en un botón que se oprime para administrar analgésicos por un catéter intravenoso que se pone en el brazo. Como estos medicamentos pueden causar náuseas, le darán otros medicamentos para prevenirlas. Saldrá del hospital para su casa al día siguiente con analgésicos orales, antibióticos y un medicamento para ablandar las heces. Si el analgésico que le dieron para tomar en casa no le controla el dolor, llame al consultorio y avísele a la enfermera. Después del horario normal del consultorio la comunicarán con el equipo de cirugía plástica que esté de guardia.

ACTIVIDAD No debe reanudar ninguna actividad que implique ejercicio hasta que se retiren los drenajes. No dé paseos largos por el barrio, ni vaya de compras por varias horas. Tampoco vaya a partidos de béisbol, ya que eso implica mucha actividad física. Tómese las cosas con calma hasta que le retiren los drenajes. El exceso de movimiento no permite que la piel se adhiera al músculo y a los tejidos que quedan debajo, entonces aumenta la secreción procedente de la zona operada. Cuanto más ejercicio haga y más actividad realice, más tiempo tendrá que tener puestos los drenajes. Eso no significa que no pueda mover los brazos ni que tenga que quedarse inmóvil en la cama. Se recomienda que realice actividades normales de la casa, como arreglarse el cabello y preparar la cena, pero es importante que no haga demasiado esfuerzo físico. Durante este período de recuperación tal vez le convenga que alguien le ayude a limpiar, conducir y hacer mandados. No podrá conducir hasta que deje de tomar analgésicos; esto puede tardar un par de semanas.

»» **Reconstrucción con expansor de tejido**

»» **Reconstrucción con colgajo de dorsal ancho con o sin expansor de tejido**

»» **Reconstrucción con colgajo de tejido abdominal**
Colgajo TRAM pediculado

»» **Reconstrucción con colgajo de tejido abdominal**
Colgajo DIEP o colgajo TRAM libre con preservación del músculo

»» **Reconstrucción con colgajo de tejido del muslo**
Colgajo TUG o PAP

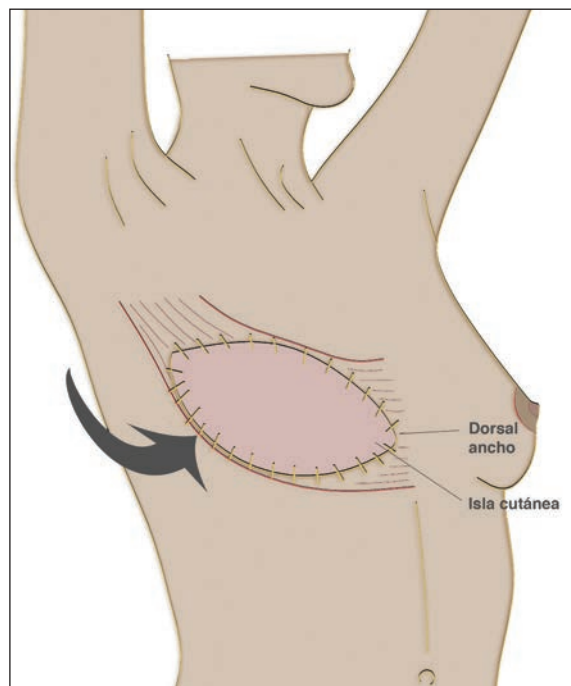
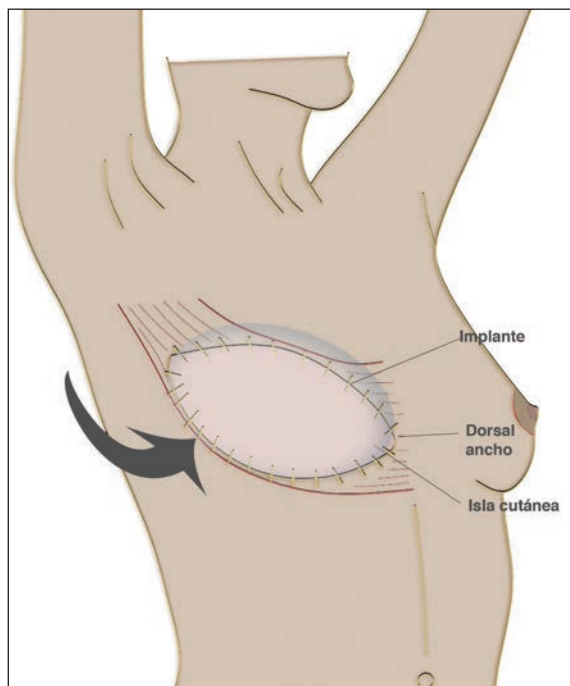
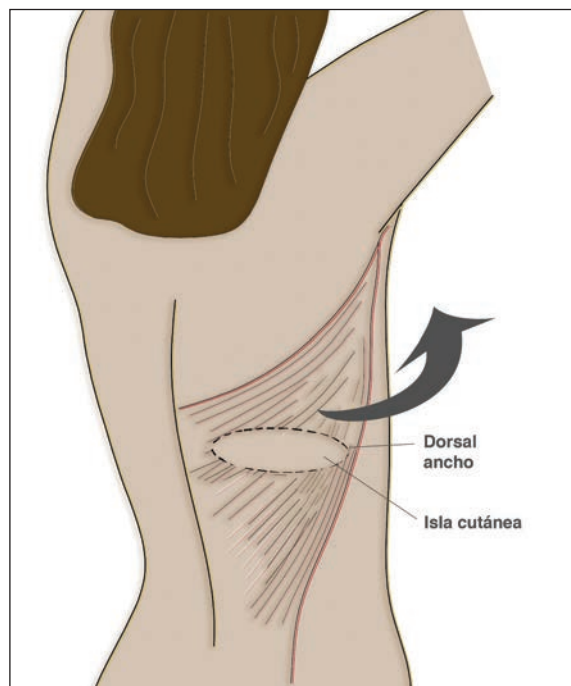
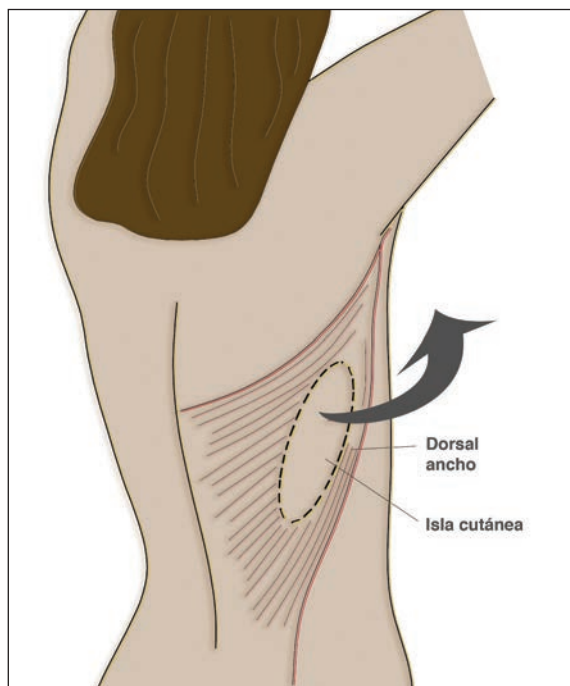


1.2 Tipos de reconstrucción

(CONTINUACIÓN)

» Reconstrucción con colgajo de dorsal ancho con o sin expansor de tejido

La operación con colgajo de dorsal ancho se puede hacer al tiempo con la mastectomía o después de la mastectomía y de haber realizado el tratamiento para el cáncer de seno. Este tipo de reconstrucción puede ser una buena opción para usted si ha recibido radioterapia o si una intervención anterior con colgajo no dio resultado. En la intervención se toma un trozo de músculo y piel de la espalda y se traslada al pecho para formar el nuevo seno.



Ilustraciones de Ceren Dayıcioglu

La intervención deja una cicatriz en el lado del pecho debajo del brazo o en la espalda a lo largo del borde del brasier.

El cirujano plástico probablemente le ponga bajo la piel y el músculo un expansor de tejido, que parece un globo desinflado (esto se explicó en el apartado «¿Qué se puede esperar de la expansión de tejido?» del capítulo 1). Es posible que durante la operación le inyecten líquido dentro del expansor para que cuando despierte tenga un contorno mamario leve. Cuando el expansor haya alcanzado el tamaño que el cirujano y usted hayan acordado, se reemplazará por un implante (esto se explicó en el apartado «¿Cuál es la diferencia entre la solución salina y la silicona?»).

Trasladar parte del músculo de la espalda al pecho siempre les causa preocupación a las pacientes. Sin embargo, no le impedirá estirarse para alcanzar objetos de estantes altos ni realizar actividades como nadar o jugar al golf o al tenis.

¿Cuánto dura la operación?

La operación de un solo seno dura unas tres horas. Según la cantidad de piel que haya que reemplazar y la longitud de las cicatrices, puede durar más. La operación de ambos senos dura por lo general unas 6 horas. Luego pasará a la sala de recuperación y un integrante del equipo de cirugía plástica hablará con su familia. Cuando hayan transcurrido entre 30 minutos y una hora, pasará a su habitación, que por lo general queda en el quinto piso.

¿Cuánto tiempo estaré hospitalizada?

Probablemente pase dos noches en el hospital. Esa noche podrá comer y en algún momento tendrá que levantarse de la cama y sentarse en una silla. También pueden pedirle que se levante y camine un poco.

¿Cuánto tiempo tardaré en recuperarme de la operación?

Tenga previsto pedir 6 semanas libres en el trabajo después de la operación. Algunas pacientes necesitan seis semanas y otras solo necesitan dos. Como no es posible determinar con anticipación de qué forma le afectará la operación, avísele a su empleador que necesitará entre 4 y 6 semanas. Tendrá cita con el equipo de cirugía plástica una semana después de la intervención para que le examinen las incisiones y posiblemente para que le retiren los drenajes. Después de haber tenido los drenajes una o dos semanas, la mayoría de las pacientes sienten alivio cuando se los quitan. La extracción se realiza en el consultorio y en la mayoría de los casos no causa dolor.

¿Me pondrán vendajes?

Es posible que le pongan un vendaje. La incisión se cerrará con suturas o puntos absorbibles, lo cual significa que no tienen que retirarse más adelante. También pueden ponerle sobre la incisión unas tiras Steri-Strip que funcionan como suturas adhesivas. Si le ponen estas tiras, debe dejárselas hasta que se caigan solas o hasta que hayan pasado dos semanas. En el vendaje exterior también puede haber un apósito blanco no adhesivo (Telfa™) que se fija con una cinta adhesiva delgada llamada Tegaderm™. Retire este vendaje el tercer día después de la operación. Si debajo tiene tiras Steri-Strip, deje que se caigan solas, como se indicó anteriormente. En la mayoría de los casos no hay vendaje, sino que la incisión se cierra con Dermabond™, un tipo de pegamento quirúrgico.

»» **Reconstrucción con expansor de tejido**

»» **Reconstrucción con colgajo de dorsal ancho con o sin expansor de tejido**

»» **Reconstrucción con colgajo de tejido abdominal**
Colgajo TRAM pediculado

»» **Reconstrucción con colgajo de tejido abdominal**
Colgajo DIEP o colgajo TRAM libre con preservación del músculo

»» **Reconstrucción con colgajo de tejido del muslo**
Colgajo TUG o PAP

1.2 Tipos de reconstrucción

(CONTINUACIÓN)



Ilustración de Susan Gilbert, CMI

Cuidado del drenaje

Se puede bañar en la ducha al día siguiente. Si tiene un vendaje sobre la incisión, este vendaje es impermeable y puede mojarse. Si no tiene vendaje sino tiras Steri-Strip sobre la incisión, estas también pueden mojarse. No permita que el chorro de la ducha golpee directamente las tiras; simplemente deje que el agua resbale suavemente de los hombros. Cuando termine, séquese con toquitos suaves. No se sumerja en la tina ni se meta en la piscina o en el jacuzzi hasta que haya consultado con el cirujano plástico. Si tiene un vendaje (además de las tiras Steri-Strip), quíteselo el tercer día después de la operación.

CUIDADO DEL DRENAJE Durante la operación le pondrán drenajes que salen por la piel del lado inferior del pecho. Se trata de tubos pequeños por los que sale el exceso de sangre o de líquido. Le enseñarán a realizar el cuidado de los drenajes antes de que salga del hospital y regrese a casa. Cada drenaje se fija con una pequeña sutura negra para que no se mueva. Cuando esté en casa, los drenajes serán molestos. Eso es normal. *En el subcapítulo sobre el cuidado del drenaje quirúrgico que se encuentra al final de este librito encontrará más instrucciones al respecto.*

CONTROL DEL DOLOR El dolor se controlará con analgésicos orales (analgésicos que se toman por la boca). Si necesita más analgésicos, se le controlará el dolor con un dispositivo llamado «analgésica controlada por el paciente», que consiste en un botón que se oprime para administrar el fármaco por un catéter intravenoso que se pone en el brazo. Como estos medicamentos pueden causar náuseas, le darán

otros medicamentos para prevenirlas. Saldrá del hospital para su casa al día siguiente con analgésicos orales, antibióticos y un medicamento para ablandar las heces. Si el analgésico que le dieron no le controla el dolor, llame al consultorio y avísele a la enfermera. Después del horario normal del consultorio la comunicarán con el equipo de cirugía plástica que esté de guardia.

ACTIVIDAD No debe reanudar ninguna actividad que implique ejercicio hasta que se retiren los drenajes. No dé paseos largos por el barrio ni vaya de compras por varias horas. Tampoco vaya a partidos de béisbol, ya que eso implica mucha actividad física. Tómese las cosas con calma hasta que le retiren los drenajes. El exceso de movimiento no permite que la piel se adhiera al músculo y a los tejidos que quedan debajo, entonces aumenta la secreción procedente de la zona operada. Cuanto más ejercicio haga y más actividad realice, más tiempo tendrá que tener puestos los drenajes. Eso no significa que no pueda mover los brazos ni que tenga que quedarse inmóvil en la cama. Puede realizar actividades normales de la casa, como arreglarse el cabello y preparar la cena, pero trate de no esforzarse demasiado. Durante este período de recuperación tal vez le convenga que alguien le ayude a limpiar, conducir y hacer mandados. No podrá conducir hasta que deje de tomar analgésicos; esto puede tardar un par de semanas.

»» Reconstrucción con expansor de tejido

»» Reconstrucción con colgajo de dorsal ancho con o sin expansor de tejido

»» Reconstrucción con colgajo de tejido abdominal
Colgajo TRAM pediculado

»» Reconstrucción con colgajo de tejido abdominal
Colgajo DIEP o colgajo TRAM libre con preservación del músculo

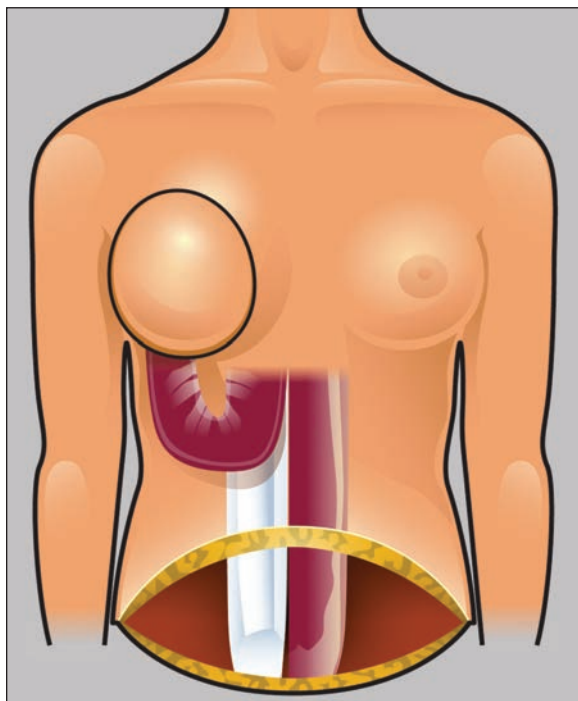
»» Reconstrucción con colgajo de tejido del muslo
Colgajo TUG o PAP

»» Reconstrucción con colgajo de tejido abdominal

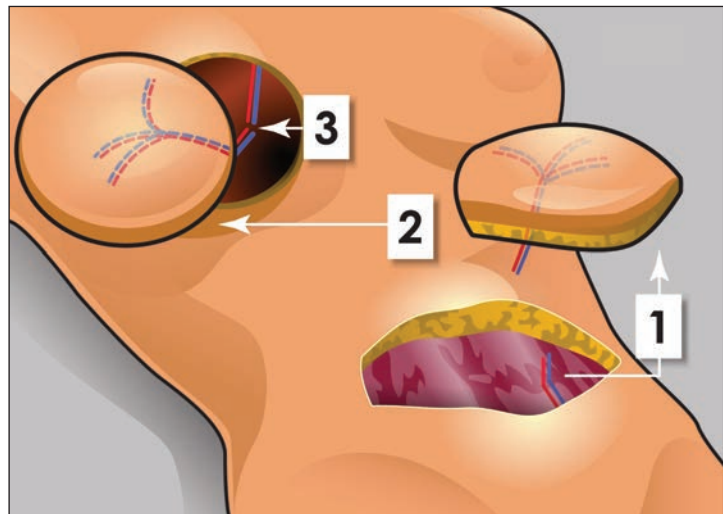
La reconstrucción con colgajo de tejido abdominal consiste en trasladar tejido del abdomen al pecho para reconstruir el seno. Se puede realizar al tiempo con la mastectomía o después de la mastectomía y de la administración del tratamiento para el cáncer de seno. La reconstrucción con colgajo se realiza normalmente en pacientes que han recibido radioterapia, en las que desean que el seno reconstruido sea lo más parecido posible al seno natural o en las que no desean que en la operación se use un implante. Este tipo de operación requiere una incisión en la parte inferior del abdomen, de un extremo al otro del hueso de la cadera. Si usted no tiene exceso de tejido abdominal, no es una candidata idónea para este tipo de reconstrucción.

¿Qué tipos de colgajo de tejido abdominal hay?

En la reconstrucción del seno se usan dos tipos de colgajo de tejido abdominal. El cirujano plástico y usted decidirán cuál es el mejor en su caso:



Colgajo miocutáneo transversal de recto abdominal (TRAM, por sus siglas en inglés), pediculado: En la operación con colgajo TRAM pediculado se usan tejido y músculo (incluidos piel, grasa y vasos sanguíneos) de la parte inferior de la pared abdominal para reconstruir el montículo mamario. El colgajo es pediculado, es decir, se deja adherido al lugar original y se traslada por un túnel bajo la piel hasta el pecho.



Colgajo de perforantes de la arteria epigástrica inferior profunda (DIEP, por sus siglas en inglés) o colgajo TRAM libre con preservación del músculo:

En el colgajo DIEP se usan grasa y piel de la misma zona de la que se obtiene el colgajo transversal de recto abdominal, pero no se usa el músculo para formar el montículo mamario. Los vasos sanguíneos de los tejidos abdominales se fijan a los de la pared torácica con ayuda de microscopios especiales. A veces es necesario tomar un trozo pequeño de músculo (del tamaño de un sello postal) además de la piel, la grasa y los vasos sanguíneos. Este tipo de colgajo se conoce como colgajo TRAM libre con preservación del músculo. El funcionamiento de la pared abdominal después de la operación es similar con estos dos tipos de colgajo.

1. Tipos de reconstrucción

(CONTINUACIÓN)

» **Reconstrucción con expansor de tejido**

» **Reconstrucción con colgajo de dorsal ancho con o sin expansor de tejido**

» **Reconstrucción con colgajo de tejido abdominal
Colgajo TRAM pediculado**

» **Reconstrucción con colgajo de tejido abdominal
Colgajo DIEP o colgajo TRAM libre con preservación del músculo**

» **Reconstrucción con colgajo de tejido del muslo
Colgajo TUG o PAP**

Colgajo TRAM pediculado

La reconstrucción con colgajo puede requerir tres operaciones.

- La primera se llama «retardo del colgajo» y se realiza dos semanas antes de la cirugía de reconstrucción con colgajo. El cirujano plástico pone unas grapas permanentes en los vasos sanguíneos que llevan la sangre al músculo recto abdominal (el músculo que se encuentra a cada lado del abdomen) para cambiar la dirección del flujo sanguíneo. El cirujano plástico le informará si usted va a necesitar esta operación. El colgajo DIEP no requiere intervención de retardo.
- La segunda operación es la reconstrucción por colgajo, en la que el músculo y el tejido se trasladan para formar el seno.
- En la tercera se reconstruye el pezón y se eleva o ajusta el seno natural o el reconstruido para que ambos senos se vean tan uniformes como sea posible. La reconstrucción del pezón se explica en el subcapítulo 1.4.

La toma del recto abdominal (el músculo que se encuentra a ambos lados del abdomen) siempre es causa de preocupación para las pacientes. Estos músculos nos permiten hacer sentadillas y flexiones abdominales. Este tipo de operación no le dificultará estirar los brazos hacia arriba, alcanzar cosas que se encuentren en estantes altos, recoger cosas del piso, jugar al golf, al tenis o nadar. No restringirá sus actividades cotidianas.

Si solo se reconstruye uno de los senos, será necesario tomar únicamente uno de los dos rectos abdominales. En la mastectomía bilateral (extirpación de ambos senos) con reconstrucción se requieren ambos rectos abdominales. Por lo tanto, usted no podrá hacer sentadillas, pero sí podrá hacer flexiones abdominales. Aunque ya no tenga los rectos abdominales, otros músculos, llamados oblicuos externos, oblicuos internos y músculos transversos, compensarán la ausencia de los rectos.

Para contener los músculos del abdomen se coloca un trozo de malla sobre la pared abdominal, debajo de la piel. Si no se utiliza esta malla, el abdomen puede debilitarse debido a la falta del recto abdominal y se puede formar un abultamiento. Aunque no se trata de una hernia verdadera, algunas personas pueden darle este nombre. Normalmente esta situación no se presenta si se coloca la malla. La malla no impedirá que le hagan operaciones en el abdomen más adelante, ya que se incorpora a los tejidos y actúa como si fuera otra de las capas del cuerpo.

La operación de reconstrucción de un seno dura unas 4 horas; la de ambos senos puede durar hasta 8 horas. Según la cantidad de piel que haya que reemplazar y la longitud de las cicatrices, podría durar más. Cuando usted despierte, ya tendrá el seno reconstruido. El dolor que sienta se ubicará más que todo en el abdomen. Estará en una posición semidoblada en la cama (no estará acostada completamente derecha) y tendrá que permanecer semidoblada durante los primeros 10 días. Lo más cómodo para usted será una silla reclinable.

¿Qué se puede esperar después de la reconstrucción con colgajo TRAM?

Cuando el personal le ayude a levantarse el primer día después de la operación, tendrá que caminar doblada. Así se evita la tensión en la línea de incisión abdominal. Como es lógico, esta forma de caminar puede ocasionar con el tiempo dolor en la región lumbar.

Durante la operación le pondrán drenajes. Los drenajes de los senos saldrán de la piel de la parte inferior del pecho. Además tendrá otros dos por debajo de la cicatriz abdominal. Se trata de tubos pequeños por los que sale el exceso de sangre o de líquido y se conocen como drenajes de Jackson-Pratt. Cada uno se fija con una pequeña sutura negra para que no se mueva. *En el subcapítulo sobre el cuidado del drenaje quirúrgico que se encuentra al final de este librito encontrará más instrucciones al respecto.*

CONTROL DEL DOLOR Después de la operación y mientras esté todavía en el hospital, se le controlará el dolor con analgésicos orales (medicamentos que se toman por la boca). Si necesita más analgésicos, se le controlará el dolor con un dispositivo llamado «analgésia controlada por el paciente», que consiste en un botón que se oprime para administrar el fármaco por un catéter intravenoso que se pone en el brazo. Estos medicamentos pueden causar náuseas. Si esto sucede, avísele a la enfermera. Debido a que tuvo una operación abdominal, es importante que no le dé vómito. Hable con el médico o la enfermera para que le dé medicamentos para prevenir el vómito. Cuando le den de alta al día siguiente para que regrese a casa recibirá analgésicos orales, antibióticos y un medicamento para ablandar las heces. Si el analgésico que le dieron para tomar en casa no le controla el dolor, llame al consultorio y avísele a la enfermera. Después del horario normal del consultorio la comunicarán con el equipo de cirugía plástica que esté de guardia.

ACTIVIDAD Puede realizar actividades normales de la casa, como arreglarse el cabello y preparar la cena, pero trate de no esforzarse demasiado. Durante este período de recuperación tal vez le convenga que alguien le ayude a limpiar, conducir y hacer mandados. No podrá conducir hasta que deje de tomar analgésicos; esto puede tardar un par de semanas.

Colgajo DIEP o colgajo TRAM libre con preservación del músculo

Por lo general se requieren dos operaciones para estas reconstrucciones. En la primera intervención se retira la piel y el tejido graso de la pared abdominal inferior junto con los vasos sanguíneos y se implanta de nuevo en la pared torácica. Los vasos sanguíneos de los tejidos abdominales se fijan a los de la pared torácica (o a veces a los de la axila) con ayuda de un microscopio especial. La técnica se conoce como cirugía microvascular.

La razón principal por la que se puede preferir este tipo de reconstrucción en vez de una más tradicional, como el colgajo TRAM, es disminuir los problemas de debilidad de la pared abdominal que pueden presentarse después de retirar el recto abdominal. En la reconstrucción mediante colgajo DIEP o mediante colgajo TRAM libre con preservación del músculo se trata de mantener intacto todo el músculo o la mayor parte. Al igual que en la lipectomía abdominal, esta operación deja también una cicatriz horizontal larga en la parte inferior del abdomen, que normalmente queda cubierta por la ropa interior.

Esta intervención dura mucho más que otras porque se requiere microcirugía. El tiempo quirúrgico normalmente oscila entre 6 y 8 horas, además del tiempo que dura la mastectomía (si la reconstrucción se realiza al mismo tiempo). Si la operación se lleva a cabo en ambos senos, podría durar entre 8 y 12 horas.

La segunda operación es la reconstrucción del pezón (que se explica en el subcapítulo 1.4) y la elevación o ajuste del otro seno o del seno reconstruido para mejorar la simetría global. Normalmente esta segunda intervención es ambulatoria, dura una o dos horas y se realiza entre 3 y 6 meses después de la primera.

Para la reconstrucción mediante colgajo DIEP, colgajo TRAM libre con preservación del músculo, colgajo PAP o colgajo TUG podemos obtener imágenes de los vasos sanguíneos del muslo mediante tomografía computarizada o angiografía por resonancia magnética. De esta manera se puede elaborar un plan quirúrgico detallado antes de la operación.

1.2 Tipos de reconstrucción

(CONTINUACIÓN)

» Reconstrucción con expansor de tejido

» Reconstrucción con colgajo de dorsal ancho con o sin expansor de tejido

» Reconstrucción con colgajo de tejido abdominal
Colgajo TRAM pediculado

» Reconstrucción con colgajo de tejido abdominal
Colgajo DIEP o colgajo TRAM libre con preservación del músculo

» Reconstrucción con colgajo de tejido del muslo
Colgajo TUG o PAP

Consejo

Después de la operación me resultaba más fácil comer varias comidas pequeñas durante el día. El estómago se siente tirante después de la operación y uno se llena rápidamente.

Se ha observado en estudios que las mujeres que se han sometido a reconstrucción con colgajo de tejido abdominal (TRAM pediculado, DIEP o TRAM libre) muestran el mayor grado de satisfacción a corto y a largo plazo y refieren mejoría en la calidad de vida. Por otra parte, estas intervenciones son complejas y requieren más tiempo bajo los efectos de la anestesia; por esta razón, no todas las mujeres pueden someterse a ellas. Además, haber tenido operaciones abdominales y carecer de tejido abdominal puede impedirle someterse a estas intervenciones. El cirujano plástico y usted decidirán qué es lo mejor en su caso.

¿Qué se puede esperar después de la reconstrucción con colgajo DIEP o con colgajo TRAM libre con preservación del músculo?

Entre 24 y 72 horas de haberse sometido a la reconstrucción con colgajo DIEP, la enfermera valorará el flujo de sangre del colgajo mediante ecografía Doppler con un dispositivo portátil o mediante la monitorización del flujo sanguíneo con sondas internas Doppler. En las 24 horas siguientes a la operación usted no podrá comer ni tomar líquidos. Siempre existe la posibilidad de que tenga que regresar al quirófano si hay problemas de la irrigación sanguínea del colgajo.

A medida que pase el tiempo, las valoraciones se espaciarán cada vez más. Lo más probable es que le den de alta 5 días después de la operación. Tendrá que evitar el consumo de cafeína durante los primeros dos meses. La cafeína puede causar constricción de los vasos sanguíneos, lo cual puede afectar el flujo de sangre que llega al colgajo. Además, es posible que le digan que tome aspirina durante 1 o 2 meses después de la operación. El médico le hablará de esto.

Cuando el personal le ayude a levantarse el primer día después de la operación, tendrá que caminar doblada. Así se evita la tensión en la línea de incisión abdominal. Como es lógico, esta forma de caminar puede ocasionar con el tiempo dolor en la región lumbar. No olvide que solamente tendrá que caminar doblada durante los primeros 10 días; después podrá erguirse de nuevo.

Durante la operación le pondrán drenajes que saldrán de los senos por la piel de la parte inferior del pecho. Otros drenajes saldrán por debajo de la cicatriz abdominal. Se trata de tubos pequeños por los que sale el exceso de sangre o de líquido y se conocen como drenajes de Jackson-Pratt. Cada drenaje se fija con una pequeña sutura negra para que no se mueva. *En el subcapítulo sobre el cuidado del drenaje quirúrgico que se encuentra al final de este librito encontrará más instrucciones al respecto.*

CONTROL DEL DOLOR El dolor se controlará con analgésicos orales (analgésicos que se toman por la boca). Si necesita más analgésicos, se le controlará el dolor con un dispositivo llamado «analgesia controlada por el paciente», que consiste en un botón que se oprime para administrar el fármaco por un catéter intravenoso que se pone en el brazo. Estos medicamentos pueden causar náuseas. Si esto sucede, avísele a la enfermera. Debido a que tuvo una operación abdominal, es importante que no le dé vómito. Hable con el médico o la enfermera para que le dé medicamentos para prevenir el vómito. Saldrá del hospital para su casa con analgésicos orales, antibióticos, una pastilla para las náuseas y un medicamento para ablandar las heces. Es posible que le digan además que tome aspirina después de la operación. Si el analgésico que le dieron no le controla el dolor, llame al consultorio y avísele a la enfermera. Si llama a horas distintas del horario normal del consultorio, la comunicarán con el médico de cirugía plástica que esté de guardia.

VENDAJES Las incisiones se cierran con suturas absorbibles que no es necesario retirar. Sobre la línea de suturas habrá unas tiras Steri-Strip pequeñas. Debe dejárselas hasta que se caigan solas o hasta que hayan pasado dos semanas.

Los vendajes que le pusieron sobre las incisiones en el quirófano son impermeables y se conocen por el nombre de marca Tegaderm™. El equipo quirúrgico los retirará 2 o 3 días después de la operación. No pasa nada si las tiras Steri-Strip se mojan en la ducha. No permita que el chorro de la ducha las golpee directamente; simplemente deje que el agua resbale suavemente de los hombros. Cuando termine, séquese con toquitos suaves. No se sumerja en la tina ni se meta en la piscina o en el jacuzzi hasta que haya consultado con el cirujano plástico.

ACTIVIDAD Puede realizar actividades normales de la casa, como arreglarse el cabello y preparar la cena, pero trate de no esforzarse demasiado. Durante este período de recuperación tal vez le convenga que alguien le ayude a limpiar, conducir y hacer mandados. No podrá conducir hasta que deje de tomar analgésicos; esto puede tardar un par de semanas.

»» Reconstrucción con colgajo de tejido del muslo

En este tipo de reconstrucción se emplea tejido de la parte superior interna del muslo o de la parte posterior del muslo. Al igual que la reconstrucción con colgajo de tejido abdominal, esta reconstrucción se puede hacer en el momento de la mastectomía o después de la mastectomía y del tratamiento del cáncer. La reconstrucción con colgajo de tejido del muslo se emplea normalmente cuando no se puede contar con el abdomen como zona donante. La parte superior interna del muslo se emplea en la reconstrucción del seno principalmente en estas situaciones:

- En mujeres muy delgadas que no tienen suficiente grasa abdominal para crear el nuevo seno
- En mujeres que han tenido una lipectomía abdominal en la que ya han cortado los vasos abdominales
- En pacientes en quienes ha fallado la reconstrucción con colgajo TRAM o DIEP
- Si se prefiere no usar el abdomen
- Si la paciente tiene las caderas mucho más anchas que el busto

Hay dos tipos de colgajo de tejido de los muslos: el colgajo miocutáneo transverso de la parte superior del recto interno (TUG, por sus siglas en inglés) y el colgajo de perforantes de la arteria femoral profunda (PAP, por sus siglas en inglés). El cirujano plástico y usted decidirán cuál es el mejor en su caso.

En las dos operaciones de colgajo con tejido de los muslos, la cicatriz se ubica en la ingle o en el pliegue de la parte inferior de la nalga. El tejido de la parte superior del muslo es especialmente blando y se puede moldear para crear el seno. La diferencia entre el colgajo TUG y el colgajo PAP es el tipo de vasos sanguíneos que irrigan el tejido. Además, en el colgajo TUG se toma normalmente una cantidad pequeña del músculo de la parte interna del muslo (recto interno), mientras que en el colgajo PAP no se toma nada de músculo.

En ambas intervenciones se trasladan piel, grasa y vasos sanguíneos de la parte superior del muslo. Es como hacerse una operación para estirar la piel de la parte interna de los muslos, ya que hará que los muslos se vean más firmes.

Consejo

Me tuve que acostumbrar a tener el abdomen menos sensible al tacto después de la operación. Me sirvió mucho usar vestidos o shorts holgados para evitar hacer presión en la incisión. Las pijamas de abotonar fueron una salvación. También me ponía un bolso de colgar en la cintura para llevar los drenajes.

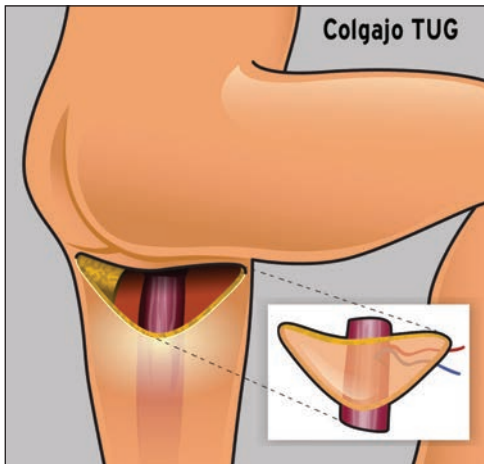
1.2 Tipos de reconstrucción

(CONTINUACIÓN)

Colgajo TUG

La reconstrucción con colgajo miocutáneo transverso de la parte superior del recto interno (TUG, por sus siglas en inglés) emplea la piel, la grasa y el músculo recto interno del muslo para crear el nuevo seno. El recto interno es uno de los muchos músculos de la pierna. Como no es el músculo principal, el funcionamiento de la pierna no se ve afectado y la paciente no tiene limitaciones para realizar las actividades cotidianas. Como este músculo es pequeño, no hay riesgo de presentar una hernia ni un abultamiento en la zona donante.

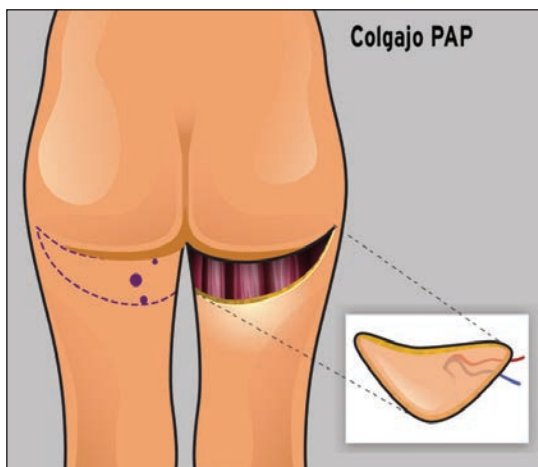
La operación de reconstrucción de un seno dura unas 4 horas; la de ambos senos puede durar hasta 8 horas.



Colgajo PAP

La reconstrucción con colgajo de perforantes de la arteria femoral profunda (PAP, por sus siglas en inglés) emplea los vasos sanguíneos que pasan por un músculo del muslo llamado aductor mayor, que irrigan la grasa y la piel de la parte posterior del muslo. En el colgajo PAP se usan estos vasos sanguíneos y un trozo de piel y grasa de la parte posterior interna del muslo. Los vasos sanguíneos del colgajo PAP están situados cerca de la ingle, por lo cual se puede ocultar la zona donante en el pliegue inguinal y en el pliegue inferior de la nalga. El colgajo PAP se diseña un poco más atrás en la pierna que el colgajo TUG. La cicatriz no se ve por delante y por lo general queda bien oculta por detrás. Además, la zona de obtención del colgajo está situada lejos de los ganglios linfáticos de la ingle, con lo cual disminuye el riesgo de linfedema de la pierna. Se considera un tipo de colgajo con preservación del músculo porque en él no se emplea músculo en absoluto.

La operación de reconstrucción de un seno dura unas 4 horas; la de ambos senos puede durar hasta 8 horas.



Ilustraciones de Teresamie Cossetta Russell

¿Qué se puede esperar después de la reconstrucción con colgajo TUG o PAP?

Durante un período de entre 24 y 72 horas después de haberse sometido a la reconstrucción con colgajo PAP o TUG, la enfermera valorará el flujo de sangre del colgajo mediante ecografía Doppler con un dispositivo portátil o mediante la monitorización del flujo sanguíneo con sondas internas Doppler. En las 24 horas siguientes a la operación usted no podrá comer ni tomar líquidos. Siempre existe la posibilidad de que tenga que regresar al quirófano si hay problemas de la irrigación sanguínea del colgajo.

A medida que pase el tiempo, la enfermera valorará con menos frecuencia la circulación del colgajo. Usted tendrá que evitar el consumo de cafeína durante uno o dos meses. La cafeína puede causar constricción de los vasos sanguíneos, lo cual puede afectar el flujo de sangre que llega al colgajo. Además, es posible que le digan que tome aspirina durante unas semanas o durante 1 o 2 meses después de la operación. El médico le hablará de esto.

Lo más probable es que le den de alta 4 o 5 días después de la operación.

Durante la operación le pondrán drenajes que saldrán de los senos por la piel de la parte inferior del pecho. Otros drenajes saldrán de la parte superior del muslo. Se trata de tubos pequeños por los que sale el exceso de sangre o de líquido y se conocen como drenajes de Jackson-Pratt. Cada drenaje se fija con una pequeña sutura negra para que no se mueva. *En el subcapítulo sobre el cuidado del drenaje quirúrgico que se encuentra al final de este librito encontrará más instrucciones al respecto.*

CONTROL DEL DOLOR Después de la operación y mientras esté todavía en el hospital, se le controlará el dolor con analgésicos orales (medicamentos que se toman por la boca). Si necesita más analgésicos, tendrá un dispositivo llamado «analgésia controlada por el paciente», que consiste en un botón que se oprime para administrar el fármaco por un catéter intravenoso que se pone en el brazo. Estos medicamentos pueden causar náuseas. Si esto sucede, avísele a la enfermera. Saldrá del hospital para su casa con analgésicos orales, antibióticos y un medicamento para ablandar las heces. Si el analgésico que le dieron para tomar en casa no le controla el dolor, llame al consultorio y avísele a la enfermera. Si llama a horas distintas del horario normal del consultorio, la comunicarán con el médico de cirugía plástica que esté de guardia.

VENDAJES Las incisiones se cierran con suturas absorbibles que no es necesario retirar. Es posible que sea necesario retirar las suturas que haya alrededor del ombligo. Sobre la línea de suturas habrá unas tiras Steri-Strip pequeñas. Debe dejárselas hasta que se caigan solas o hasta que hayan pasado dos semanas.

Los vendajes que le pusieron sobre las incisiones en el quirófano son impermeables y se conocen por el nombre de marca Tegaderm™. El equipo quirúrgico los retirará 2 o 3 días después de la operación. No pasa nada si las tiras Steri-Strip se mojan en la ducha. No permita que el chorro de la ducha las golpee directamente; simplemente deje que el agua resbale suavemente de los hombros. Cuando termine, séquese con toquitos suaves. No se sumerja en la tina ni se meta en la piscina o en el jacuzzi hasta que haya consultado con el cirujano plástico.

ACTIVIDAD Puede realizar actividades normales de la casa, como arreglarse el cabello y preparar la cena, pero trate de no esforzarse demasiado. Durante este período de recuperación tal vez le convenga que alguien le ayude a limpiar, conducir y hacer mandados. Evite levantar objetos pesados y realizar actividades energéticas durante un período de entre 4 y 6 semanas. Tendrá que usar una faja de compresión durante un tiempo que oscila entre 6 y 8 semanas después de la operación. No podrá conducir hasta que deje de tomar analgésicos; esto puede tardar un par de semanas.

»» Reconstrucción con expansor de tejido

»» Reconstrucción con colgajo de dorsal ancho con o sin expansor de tejido

»» Reconstrucción con colgajo de tejido abdominal
Colgajo TRAM pediculado

»» Reconstrucción con colgajo de tejido abdominal
Colgajo DIEP o colgajo TRAM libre con preservación del músculo

»» Reconstrucción con colgajo de tejido del muslo
Colgajo TUG o PAP

Para la reconstrucción mediante colgajo DIEP, colgajo TRAM libre con preservación del músculo, colgajo PAP o colgajo TUG podemos obtener imágenes de los vasos sanguíneos del muslo mediante tomografía computarizada o angiografía por resonancia magnética. De esta manera se puede elaborar un plan quirúrgico detallado antes de la operación.

1.2 Tipos de reconstrucción

(CONTINUACIÓN)

Posibles complicaciones de la reconstrucción con colgajo de tejido abdominal y del muslo

A continuación se encuentra una lista de posibles complicaciones de la operación con colgajo. Si tiene preguntas, hable con el cirujano.

Infección Las infecciones después de este tipo de operación son infrecuentes. Si hubiera infección, puede ser necesario un tratamiento con antibióticos, hospitalización o cirugía adicional. Las infecciones cuando se usa un implante de seno son más difíciles de tratar que las infecciones en los tejidos normales del cuerpo. Si la infección no responde a los antibióticos, tal vez se requiera retirar el implante. Después de tratar la infección, por lo general se puede poner un nuevo implante de seno.

Cicatrices Toda operación deja cicatrices, unas más visibles que otras. Aunque después de una intervención quirúrgica se espera que la herida sane bien, pueden presentarse cicatrices anormales en la piel y los tejidos más profundos. Las cicatrices pueden ser poco atractivas y de un color diferente al de la piel que las rodea. También puede haber variaciones de aspecto dentro de la misma cicatriz. Las cicatrices pueden ser asimétricas (verse diferentes en el lado derecho que en el lado izquierdo). Existe la posibilidad de que las suturas dejen marcas visibles en la piel. En algunos casos se requiere reparación o tratamiento quirúrgico de la cicatriz.

Lesión muscular y nerviosa En toda intervención quirúrgica es posible que se lesionen tejidos más profundos, como los nervios, los vasos sanguíneos, los músculos y los pulmones. La posibilidad de que esto ocurra varía según el tipo de intervención que se realice. La lesión de tejidos más profundos puede ser temporal o permanente.

Asimetría En la mayoría de las mujeres se observa naturalmente un poco de asimetría en los senos. Después de la operación también puede haber diferencias en la forma, el tamaño o la simetría de los senos y los pezones. Puede ser necesaria otra operación para corregir la asimetría después de la reconstrucción del seno.

Necesidad de más operaciones Muchas cosas pueden influir en el resultado a largo plazo de la reconstrucción con colgajo miocutáneo transversal de recto abdominal (TRAM). Puede requerirse una operación secundaria para templar más la piel o modificar la posición de los senos.

Necrosis parcial o total del colgajo La necrosis parcial o total del colgajo se puede deber a irrigación sanguínea mala o deficiente. La necrosis parcial del colgajo puede causar necrosis grasa (formación de un bulto en la zona del seno). Si hay necrosis total del colgajo se requerirá un tipo diferente de reconstrucción para crear de nuevo el montículo mamario. Esta situación es muy poco frecuente (sucede en cerca del uno por ciento de los casos).

Abultamiento o hernia abdominal Esta complicación puede presentarse después de cualquier tipo de reconstrucción con colgajo de tejido abdominal (TRAM, DIEP o TRAM libre). Sucede cuando los órganos internos protruyen por un punto débil de la pared abdominal. Se puede prevenir mediante la colocación de una malla especial. El cirujano plástico determinará durante la operación si usted necesita o no esta malla.

1.3 Mastectomía con preservación del pezón y reconstrucción

En la mastectomía con preservación del pezón se extirpa todo el tejido del seno sin extirpar el pezón ni la zona de piel pigmentada que lo rodea, que se llama aréola. En la mastectomía tradicional se extirpan el pezón y la aréola. **Solo unas pocas mujeres son candidatas idóneas para la mastectomía con preservación del pezón.**

El equipo que la atiende determinará si usted puede someterse a este tipo de mastectomía con base en las siguientes condiciones:

1. El cáncer se encuentra en un solo sitio y es un carcinoma canalicular in situ (DCIS, por sus siglas en inglés), un carcinoma canalicular invasivo, un carcinoma lobulillar invasivo o un sarcoma.
2. El tamaño de la zona afectada por el cáncer es de 5 centímetros o menos.
3. El margen tumoral (la distancia comprendida entre el tumor y el borde del tejido sano adyacente) queda a más de 2 centímetros del borde de la aréola entera y a más de 2 centímetros de donde descansa la aréola contra la pared torácica.
4. Los ganglios linfáticos deben ser negativos y usted se somete a biopsia de un ganglio centinela en el lado del seno que tiene cáncer en el momento de la mastectomía.
5. Si no le han diagnosticado cáncer pero quiere que le extirpen un seno o ambos para reducir el riesgo de sufrir esta enfermedad, podría ser candidata idónea para una mastectomía con preservación del pezón.
6. Se calcula que sus senos pesan menos de 600 gramos. El cirujano determinará el peso de los senos.

1.3 Mastectomía con preservación del pezón y reconstrucción

(CONTINUACIÓN)

Usted NO es candidata idónea para una mastectomía con preservación del pezón en estas situaciones:

1. Le han diagnosticado un carcinoma canalicular in situ extenso y el tumor mide más de 5 centímetros.
2. Ha recibido radioterapia en la zona del seno (por ejemplo, radioterapia en manto para el linfoma).
3. Le hicieron una operación del pezón o de la aréola en los últimos tres años (como extirpación de canalículos o incisiones periareolares).
4. El cáncer invasivo mide más de 5 centímetros, parece haber más de un tumor, se encuentra a 2 centímetros o menos del borde de la aréola o está a 2 centímetros o menos de la zona en la que la aréola descansa sobre la pared torácica.
5. Se han identificado ganglios linfáticos axilares sospechosos en la exploración física o en la punción aspirativa con aguja fina.
6. Ha fumado en las 6 semanas anteriores a la fecha programada para la operación.
7. Tiene un índice de masa corporal de más de 35.
8. No es candidata idónea para una reconstrucción inmediata del seno.
9. Sus senos son demasiado grandes o muy caídos. El equipo de cirujanos plásticos y de seno determinará si este es el caso.

La reconstrucción en las mujeres que se someten a mastectomía con preservación del pezón

Por lo general, las mujeres que se someten a una mastectomía con preservación del pezón son candidatas idóneas para la reconstrucción inmediata del seno con implante o con tejido tomado del abdomen, los muslos o las nalgas. La reconstrucción con implante después de una mastectomía con preservación del pezón puede realizarse en una operación o en dos. La reconstrucción con una operación no requiere expansión de la piel y el músculo del pecho. Las mujeres que escogen esta opción deben tener senos relativamente pequeños, con pezones poco caídos. Además, el seno reconstruido será aproximadamente del mismo tamaño que el seno natural y es posible que requiera correcciones futuras. En la reconstrucción con dos operaciones se usan expansores primero para estirar la piel y el músculo del pecho durante un tiempo y luego se hace la segunda operación para reemplazar los expansores por implantes permanentes.

Asuntos importantes respecto a la mastectomía con preservación del pezón:

Aunque esta intervención se ha vuelto muy común y las pacientes tienen por lo general mejores resultados cosméticos, es importante mencionar algunos problemas que podrían presentarse.

- El riego sanguíneo del pezón y de la aréola queda debilitado después de la mastectomía con preservación del pezón. La sangre transporta oxígeno. Si el pezón no recibe suficiente oxígeno debido a riego sanguíneo débil, podría haber necrosis del pezón (muerte de los tejidos). Esto sucede en un porcentaje de casos que oscila entre el 3% y el 20%. La situación depende de muchos factores, entre ellos, la experiencia del equipo quirúrgico, el tipo de incisión que se realice, el tamaño de los senos (hay más riesgo de necrosis si los senos son más grandes) y qué tan bien se extirpe el tejido del seno en la zona que queda detrás del pezón y la aréola. A veces solo hay necrosis de las capas más superficiales de la piel y luego se logra la recuperación completa en unas semanas. Si hay necrosis del pezón, podría realizarse una reconstrucción del pezón.
- Lo más probable es que no haya sensibilidad en el pezón o que la sensibilidad sea muy poca.
- Puede ser difícil controlar la posición del pezón debido a la forma en que cicatriza y sana el tejido del seno. A pesar de que los cirujanos plásticos hacen todo lo posible por controlar la posición del pezón durante el proceso de reconstrucción, no siempre es fácil lograr que después de la cicatrización los pezones queden en posición simétrica y perfecta. Las pacientes cuyos pezones no son naturalmente simétricos quizá no sean candidatas idóneas para esta intervención.

1.4 Reconstrucción del pezón

La reconstrucción del pezón comienza entre 2 y 3 meses después de la reconstrucción del seno. Es una intervención optativa que se realiza en la zona de procedimientos ambulatorios. El cirujano plástico determina el momento en que se debe realizar. El seno o el implante pueden tardar 2 o 3 meses en alcanzar su forma definitiva. Si los pezones se colocan demasiado pronto después de la reconstrucción, podrían quedar torcidos o en la posición equivocada. La técnica para crear los pezones se puede llevar a cabo de muchas formas y el método que le convenga más a usted se decidirá en una conversación con el cirujano plástico.

La proyección del pezón, es decir, la distancia a la que sobresale del seno, será de cerca del 50% más de lo que usted espera en el momento de la reconstrucción. Esto se debe a que sabemos que la proyección se encogerá en por lo menos un 50% en el transcurso de las primeras semanas. Para cuando tenga su cita de seguimiento a las 6 semanas, tendrá una idea más aproximada del tamaño final. La proyección siempre se puede reducir mediante una intervención sencilla en el consultorio o en una sala de intervenciones quirúrgicas (según lo decida el cirujano). Normalmente, esto sucede unos 6 meses después de la reconstrucción del pezón. Agrandar la proyección es más difícil. Por eso al reconstruir los pezones se dejan más grandes desde el comienzo.

El tiempo que usted tendrá que faltar al trabajo es mínimo y varía según el tipo de reconstrucción del pezón que se realice. La reconstrucción del pezón puede llevarse a cabo en una sala especial de procedimientos o en el quirófano principal. La sala depende del tipo de reconstrucción que se elija y de si se requieren otros ajustes del seno.

VENDAJES El tipo de vendaje que le pondrán después de la reconstrucción del pezón dependerá de lo que prefiera el cirujano plástico. El vendaje se dejará puesto entre 1 y 8 semanas. Durante la cita en el consultorio recibirá instrucciones específicas del equipo de cirugía plástica sobre el cuidado del vendaje.

CONTROL DEL DOLOR Se irá a casa con recetas para analgésicos y antibióticos. Tómese los como le indique el médico o el equipo que la atiende. Si el dolor no se controla con la medicación que le recetaron, llame al equipo de cirugía plástica.

Tatuaje de la aréola

El momento oportuno para la coloración de la aréola depende del tipo de reconstrucción que le hayan hecho y de si es necesaria o no. El cirujano plástico lo decidirá. La intervención puede realizarse en Moffitt en una sala de procedimientos especiales y usted puede volver al trabajo inmediatamente después.

Si su seguro no cubre el tatuaje del pezón o el copago es elevado, tal vez le convenga explorar otras alternativas con el equipo de cirugía plástica.

Consejo

Me pareció útil ponerme compresas de lactancia después de la reconstrucción y del tatuaje del pezón para que el drenaje no me manchara la ropa ni el brasier.

2.1 Consejos para la operación

Sugerencias sobre cómo sobrellevar el estrés de la operación que se avecina

- Pida la información necesaria para prepararse de la mejor manera para la operación y para planificar su recuperación por anticipado. Tener expectativas claras sobre el tiempo de recuperación y sobre las necesidades que tendrá le servirá para disminuir los temores, la frustración y la desilusión si se presentan demoras o contratiempos.
- Averigüe qué le ayuda a otras pacientes y a sus familiares a sobrellevar el cáncer.
- Comunique sus necesidades al equipo médico. Cada paciente es única y usted se conoce mejor que nadie. La información sobre sus necesidades particulares puede servirle al equipo para tomar decisiones sobre su atención durante el tiempo en que esté hospitalizada.
- Pida ayuda y apoyo de familiares, amigos y otras personas. Acepte que tendrá limitaciones y que probablemente necesite algo de ayuda cuando regrese a casa. Esto le sucede a la mayoría de las pacientes.
- Acepte que la tristeza, la ansiedad y el temor son integrantes normales de esta experiencia. Si estos sentimientos se vuelven más fuertes, continúan o interfieren con su recuperación, busque ayuda profesional.
- Contemple la posibilidad de hablar con una trabajadora social o con otro profesional de la salud, o de asistir a un grupo de apoyo. Tener a alguien que se preocupe por usted y que la escuche puede ser muy beneficioso. Las trabajadoras sociales forman parte del equipo médico que la atiende. Ellas les ofrecerán a usted y a su familia herramientas para lidiar con sus emociones, les darán información sobre fuentes de apoyo y les ayudarán en la planificación del alta después de la operación.
- Reciba apoyo espiritual a través de la oración, la meditación o las prácticas espirituales que la reconforten. Si prefiere hablar con un capellán o con alguna persona de Atención Espiritual, llame al (813) 745-2856.

¿Qué ocurre antes de la operación?

Usted tiene que reunirse con alguien del servicio de anestesia antes del día de la operación. Para esta reunión se concertará una cita que dura normalmente entre 45 y 90 minutos.

Después de que se registre, alguien del personal de anestesia la medirá, la pesará y le tomará las constantes vitales (como la presión arterial, el pulso, la respiración y la temperatura). La enfermera también le preguntará por los síntomas y las alergias que tenga. El médico y la enfermera tomarán nota de sus antecedentes médicos y le harán una exploración física. Traiga una lista exacta de todos los medicamentos que toma actualmente. Incluya las dosis y los nombres de todas las vitaminas o suplementos a base de hierbas que tome. Le daremos instrucciones acerca de qué medicamentos puede tomar o no antes de la operación.

2.1 Consejos para la operación

(CONTINUACIÓN)

Es posible que el médico ordene otros análisis o preparaciones adicionales antes de la operación. Según el tipo de operación que se planee realizar y lo que prefiera el cirujano, podrían suceder las siguientes cosas:

- Le pueden tomar una radiografía u otra prueba radiográfica del tórax o de otras partes del cuerpo.
- Es posible que le hagan un electrocardiograma (ECG) o alguna prueba respiratoria para que el médico se familiarice con su función pulmonar y cardíaca antes de la operación.
- Le darán instrucciones de que deje de comer y de tomar líquidos después de una hora determinada.

Si el médico lo solicita para el tipo de cirugía que usted va a tener, le pueden tomar una muestra de sangre para un análisis llamado «determinación de grupo sanguíneo y de anticuerpos irregulares» por si se requiere una transfusión de sangre. El cirujano se lo explicará mejor si esto es necesario.

Detección preoperatoria del *S. aureus* resistente a la meticilina (MRSA)

Antes de la operación le harán una prueba para detectar la presencia de *Staphylococcus aureus* resistente a la meticilina (MRSA, por sus siglas en inglés). Se trata de una bacteria común que se encuentra en la nariz o la piel y que es resistente a los antibióticos que se usan normalmente para combatirla.

Es importante que el cirujano y el equipo de profesionales de la salud que la atiende sepan si usted tiene MRSA. Para ello, le tomarán una muestra del interior de la nariz con un bastoncillo de algodón para investigar la presencia de esta bacteria. De vez en cuando se obtienen muestras adicionales durante el tratamiento. Saber si usted u otras personas son portadoras del MRSA servirá para prevenir que este microbio se siga transmitiendo.

Nos comunicaremos con usted al cabo de 3 o 4 días si el análisis de MRSA da un resultado positivo. Si se determina que usted es portadora del MRSA, le daremos una receta e instrucciones sobre cómo reducir el número de estos microbios en la piel antes de la operación. Las instrucciones específicas se explican en el documento «*Tratamiento preoperatorio de Staphylococcus aureus resistente a la meticilina*».

Si el análisis de MRSA da positivo, tomaremos «precauciones de contacto» con usted mientras esté en el hospital. Esto significa que el personal de atención médica llevará puestos guantes y bata cuando le atienda, a fin de prevenir la transmisión del MRSA. Las precauciones de contacto se describen en el documento «*Precauciones de contacto contra las bacterias multirresistentes y el Clostridium difficile*».

Hable con el médico o la enfermera si tiene preguntas o dudas sobre esta información.

La siguiente lista de verificación le servirá para prepararse para la operación.

Lista de verificación para antes de la operación

- Suspnda las pastillas para adelgazar **30 días** antes de la operación.
Dígale al médico si está tomando este tipo de pastillas.
- No olvide tomar sus medicamentos para la presión arterial la mañana del día de la operación.
- Deje de fumar** (y suspenda también los parches y chicles de nicotina).
Si necesita ayuda, Moffitt ofrece un **programa para dejar de fumar** que cuenta con una amplia gama de servicios. Si desea más información, llame al (813) 745-8811 o escriba por correo electrónico a TobaccoTreatment@Moffitt.org.
- Suspnda el consumo de bebidas alcohólicas **2 semanas** antes de la operación.
- Tenga en cuenta que debe suspnder todo tipo de aspirina y de productos similares a la aspirina **entre 7 y 10 días** antes de la operación. Se incluyen el ibuprofeno, Aleve®, Advil® y Motrin®. Si toma Coumadin (warfarina) u otro anticoagulante, consulte con el cardiólogo para ver cuándo tiene que suspnderlo antes de la operación.
- Puede seguir tomando acetaminofeno (Tylenol®).
- Suspnda la vitamina E, todos los suplementos o medicamentos a base de hierbas y el té verde 2 semanas antes de la operación.
- No se ponga pinzas en el pelo ni se aplique maquillaje el día de la operación.
- Deje en casa todos los objetos de valor, especialmente las joyas.
No los lleve al hospital.

Consejo

Antes de la operación, preparé la casa. Como sabía que iba a tener dificultades para levantar los brazos, me aseguré de que las tazas y los platos estuvieran a una altura fácil de alcanzar. Puse la mayoría de ellos sobre el mostrador de la cocina. Estaban a mano cuando los necesitaba y no tenía que preocuparme de levantar los brazos. También preparé y congelé muchas comidas, para no tener que cocinar.

2.1 Consejos para la operación

(CONTINUACIÓN)

Consejo

Mi cuidador se quedó en la habitación conmigo después de la operación y pasó la noche allí. Me alegré de que hubiera alguien conmigo.

El día de la operación

- Si usa lentes de contacto o anteojos, quíteselos y póngalos en un lugar seguro.
- Si usa dentadura postiza, se le pedirá que se la quite y la ponga en un recipiente rotulado. Le daremos uno si lo necesita.
- Todas las pacientes deben llevar puesto un gorro quirúrgico dentro del quirófano. Le daremos uno el día de la operación.
- Entre 30 y 60 minutos antes de llevarla al quirófano, es posible que le demos algo de medicación, por lo general, una inyección o pastilla, para ayudarle a relajarse. Vaya al baño antes de tomarla. Si recibe medicación antes de que comience la operación, trate de permanecer acostada en silencio y de relajarse. No debe levantarse de la cama después de que le hayan dado esta medicación.
- Si usa inhalador, es posible que le digan que lo lleve al hospital el día de la operación. Lo rotularemos con su nombre y se lo daremos al anestesiólogo. Es posible que este le dé una dosis en algún momento del proceso quirúrgico. Le devolveremos el inhalador cuando esté en la sala de recuperación.

¿Qué sucede durante la operación?

El día de la operación usted se registrará y la llevarán a la zona de espera preoperatoria, acompañada de un cuidador o familiar (esta persona puede quedarse con usted hasta que la lleven al quirófano).

En la zona de espera preoperatoria se encontrará con el anestesiólogo y con una enfermera anestesista, quienes repasarán con usted su historia clínica y sus antecedentes médicos. Antes de recibir cualquier medicación verá también al cirujano. Él le explicará de nuevo la intervención quirúrgica que se va a realizar, así como los riesgos que entraña. Es muy importante que usted haga todas las preguntas que tenga. A continuación se le pedirá que firme un documento de consentimiento en el que se hace constar que usted le da al cirujano o a su ayudante permiso de realizar la intervención.

Cuando esto haya sucedido, le ayudarán a ponerse una bata y a acostarse en una camilla. Le pondrán una vía intravenosa y se marcarán las zonas quirúrgicas. Cuando el equipo de cirugía esté listo, dos de sus integrantes vendrán con una camilla y la llevarán al quirófano.

Si van a hacerle una intervención con colgajo, el cirujano usará un marcador de piel para marcar la zona de las incisiones. Estas marcas le servirán de guía.

Después de que llegue al quirófano y antes de que comience la operación le darán un anestésico. El anestesiólogo le explicará qué tipo de anestesia recibirá.

El personal que la atenderá en el quirófano está capacitado en todos los aspectos de la atención quirúrgica. Es posible que le pongan un tubo llamado sonda de Foley en la vejiga para evacuar la orina, y quizá le pongan botas de compresión neumática intermitente para prevenir la formación de coágulos de sangre en las piernas.

Cuando termine la operación la trasladarán a la sala de recuperación hasta que pase el efecto de la anestesia. Un integrante del equipo de recuperación permanecerá con usted en todo momento, observándola atentamente y verificando su evolución con frecuencia. Para garantizar la comodidad, seguridad e intimidad de todos los pacientes, se restringe el número de visitantes en la sala de recuperación. Entendemos que la operación es un momento difícil para las pacientes y sus seres queridos. Proteger el bienestar y la privacidad de las pacientes es nuestra prioridad.

Mientras esté en la sala de recuperación, es posible que reciba oxígeno y tenga puesta una vía intravenosa para la administración de los líquidos necesarios. El tiempo que cada persona pasa en la sala de recuperación varía, pero por lo general oscila entre 30 y 90 minutos. Cuando haya pasado completamente el efecto de la anestesia, una enfermera de la sala de recuperación la llevará a su habitación o le ayudará con el proceso de alta si usted se va a ir a casa el mismo día. Es poco frecuente que la paciente deba quedarse en la sala de recuperación más tiempo del previsto (entre 30 y 90 minutos).

Si va a pasar la noche en el hospital, la llevarán a su habitación en cuanto haya una cama disponible. Les informarán a sus seres queridos del número de la habitación y de su ubicación para que esperen su llegada. El dolor y las náuseas estarán bajo control y el personal hará todo que pueda por mantenerla lo más cómoda posible durante el tiempo que pase en la sala de recuperación. Su enfermera principal estará esperándola para ayudarla a pasar de la camilla a la cama y a acomodarse en ella.

¿Qué puede esperar mi familia cuando yo esté en el quirófano?

Durante el tiempo que usted esté en el quirófano, sus seres queridos pueden registrarse en el mostrador de voluntarios de la sala de espera de cirugía del segundo piso para garantizar una mejor comunicación y para que su estancia sea más cómoda. Si deciden salir de la sala de espera e ir a la cafetería o ir caminar un rato, deben dejar en el mostrador de voluntarios el número de su teléfono celular o solicitar un localizador de personas para que podamos comunicarnos con ellos. Es posible que quieran visitar la Biblioteca y Centro de Bienvenida al Paciente, ubicada frente a la sala de espera de cirugía. Allí encontrarán personal y voluntarios que pueden ayudarles a buscar materiales informativos. Además, tendrán acceso a Internet si quieren indagar algo o crear una página de CarePage® para usted. CarePage® es un sitio web al que sus familiares y amigos pueden ingresar para enterarse a diario de su evolución.

La mejor manera en que sus seres queridos pueden seguir su evolución durante la operación es consultar el panel de actualizaciones de la sala de espera, en el cual se proporciona información actualizada sobre cómo está evolucionando usted. Sus seres queridos recibirán un informe de un integrante del equipo quirúrgico después de la operación.

2.1 Consejos para la operación

(CONTINUACIÓN)

¿Qué puedo esperar después de la operación?

Probablemente todavía esté dormida cuando regrese a la habitación. El personal de enfermería la observará atentamente. Puede que usted tenga estos síntomas: dolor de garganta, sangrado en el lugar del vendaje, dolor, náuseas o vómito. Si presenta alguno de ellos, infórmele a la enfermera. Le ofrecerán algo de comer y de tomar si el médico considera que está lista para ello.

Otras cosas que pueden suceder después de la operación:

- Le pediremos que mueva las piernas en intervalos frecuentes y que sacuda los pies y mueva los dedos con regularidad para mejorar la circulación de la sangre en las piernas. La enfermera le recordará que lo haga.
- A algunas pacientes les damos medias elásticas para que se las pongan. Estas medias mejoran la circulación sanguínea de las piernas. Es posible que todavía lleve puestas las botas de compresión que tenía durante la operación. Se las quitaremos a medida que aumente el nivel de actividad.
- Independientemente de qué tan bien se sienta, es importante que llame a una enfermera para que le ayude la primera vez que se levante de la cama. Siga pidiendo ayuda hasta que el equipo de profesionales de la salud que la atiende crea que usted está lo suficientemente fuerte como para levantarse y moverse sola.
- Probablemente sienta algunas molestias después de la operación. La cantidad de molestias varía de una paciente a otra y depende del tipo de operación que se haya realizado. El médico dejará con la enfermera recetas para analgésicos. Avísele a la enfermera en cuanto empiece a tener dolor, porque es más fácil controlarlo si se le da medicación antes de que sea intenso.

2.2 Precauciones relacionadas con el tabaquismo

El tabaquismo altera la capacidad de cicatrización al reducir la circulación que llega a la piel. Es muy importante evitar el cigarrillo y los productos que contengan nicotina antes de la operación. Se recomienda no fumar antes de la operación y evitar el tabaquismo pasivo y las sustancias que reemplazan el cigarrillo, como los parches o chicles de nicotina. Existen varios recursos para ayudarle a dejar de fumar.

¿Qué tipo de ayuda hay?

Hay una amplia gama de servicios y productos para dejar de fumar. Entre ellos se cuentan los siguientes:

- Asesoría individual y apoyo en grupo
- Terapia conductual y de apoyo
- Clases para dejar de fumar
- Apoyo para familiares y cuidadores
- Medicamentos de venta con receta médica
- Terapias complementarias de bienestar, como yoga, meditación y ejercicios de relajación
- Apoyo por teléfono y grupos por Internet

¿Qué tipo de tratamiento es inocuo y adecuado en mi caso?

Dejar de fumar implica aprender nuevos hábitos. Al ofrecerle un plan completo, podemos ayudarle para que aprenda a controlar el deseo de fumar y a reconocer las cosas que lo causan. Nuestro equipo trabaja hombro a hombro con usted para determinar un plan adecuado que se base en su diagnóstico particular, al mismo tiempo que atiende sus necesidades físicas y emocionales.

¿Quién me ayudará?

Tenemos un equipo de profesionales especialmente capacitados para ayudarle. Estamos listos a ayudarle a preparar un plan personalizado. Nuestro equipo de profesionales está integrado por:

- Farmacéuticos
- Médicos
- Enfermeras
- Asesores
- Especialistas titulados para el tratamiento de la adicción al tabaco

Si desea más información, llame al (813) 745-8811 o escriba por correo electrónico a TobaccoTreatment@Moffitt.org.

Consejo

Eliminar las cosas que me impulsaban a fumar me ayudó mucho cuando estaba tratando de dejar el hábito. Me di cuenta de que si dejaba unos cuantos platos sucios en el fregadero, apenas sentía deseos de fumar podía comenzar a lavarlos. Lavar los platos me distraía de la idea y además no podía fumar porque tenía las manos mojadas.

2.3 Consejo de otras pacientes que han pasado por lo mismo

Mi consejo es que organice su vida antes de la operación. Entre las cosas que aprendí de esta experiencia están las siguientes: tener comidas listas para calentar, pagar las cuentas, lavar la ropa y planificar las cosas con anticipación para no tener que hacer nada en esos primeros 10 días después del regreso a casa. Pida a familiares y amigos que le ayuden hasta que pueda comenzar a hacer cosas usted sola. Si en la operación se usa un colgajo TRAM, sería bueno tener una silla reclinable en casa para dormir, ya que tendrá que mantenerse doblada durante más o menos 10 días, hasta que le retiren los puntos de la barriga.

~ *Monica S.*

Descanse mucho. Es posible que tenga muchas ganas de volver a sus costumbres normales, pero necesita descansar para que su cuerpo se recupere. Préstele atención a su cuerpo (y a su médico). Debe tener paciencia y darse tiempo para sanar. Tómese las cosas con calma.

~ *Brenda P.*

A mí me servía mucho ponerme una almohada sobre la incisión del abdomen cuando iba en el auto.

~ *Monica V.*

Antes de la operación, hable con el cirujano plástico sobre el tamaño de seno que prefiere, para que este entienda lo que usted desea. Como él es el experto, su opinión es muy importante y bienvenida, pero a fin de cuentas usted es la que tiene que vivir con esos senos y es importante que esté satisfecha con su decisión.

~ *Monica S.*

Designa a una persona para que mantenga informados a sus familiares y amigos. Usted no va a tener ganas de hablar con mucha gente ni de repetir la misma información.

~ *Brenda P.*

Fue muy útil tener a mano un teléfono portátil. Acuérdesse de dejar que el contestador automático reciba mensajes si usted no quiere hablar. Es aceptable no contestar llamadas.

~ *Monica V.*

Hay que rodearse de almohadas por todos lados. Las almohadas grandes, tamaño *king*, eran excelentes para ponerlas en sentido vertical en el respaldo de las sillas o debajo de las rodillas, cuando estaba acostada.

~ *Tracy R.*

Los analgésicos pueden causar estreñimiento. No olvide tener a mano ablandadores de las heces. También sirve mucho caminar, comer alimentos ricos en fibra y tomar muchos líquidos.

~ *Brenda P.*

3.1 ¿Qué se puede esperar después de la operación?

Los tiempos de cicatrización y recuperación varían según la persona.

Recuerde que usted es única y que por esa razón sus experiencias después de la operación pueden ser diferentes. A continuación encontrará unos cuantos enunciados generales de lo que puede esperar.

- Se sentirá cansada y adolorida durante un período que oscila entre 2 y 4 semanas. Es importante que le preste atención a su cuerpo y se tome el tiempo que necesite para sanar y recuperarse.
- Los senos reconstruidos no tienen la misma sensibilidad ni se sienten igual que los senos naturales. La sensación normal que se tiene en el seno no se puede recuperar. Con el tiempo, algunas sensaciones se pueden recobrar.
- Esta cirugía dejará algunas cicatrices. La mayoría de ellas se disipan bastante con el tiempo. Esto puede tardar entre 1 y 2 años.
- Para el cuidado de las cicatrices, el cirujano o la enfermera le hablarán de métodos de masaje, que también se explican en el subcapítulo 3.3.
- Si solamente le van a reconstruir un seno, habrá diferencias entre el seno reconstruido y el natural. El seno reconstruido se puede sentir más firme y se puede ver más plano o más redondeado que el natural.

3.2 Instrucciones para cuando se vaya a casa

Información general

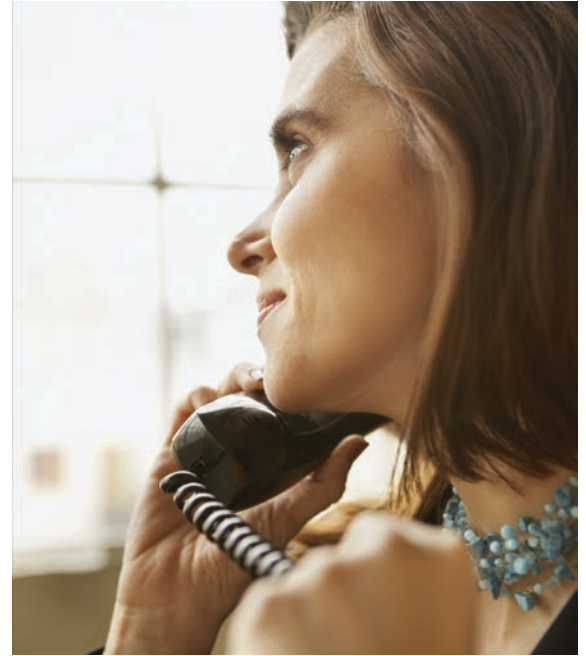
- Tendrá una consulta posoperatoria aproximadamente una semana después de la operación. Esta cita se concertará antes de que salga del hospital. Llame al Centro de Oncología de la Mujer al (813) 745-8410 si no está segura de la fecha y la hora. Se programarán otras citas de seguimiento a medida que sean necesarias.
- Es posible que necesite uno o más drenajes quirúrgicos. Le darán instrucciones sobre el cuidado de estos drenajes y sobre cómo llenar la planilla correspondiente mientras esté en el hospital. Debe anotar el volumen de líquido que sale por los drenajes a las 8 a.m. y a las 8 p.m. Le retirarán los drenajes en un plazo de entre 1 y 3 semanas. Para que puedan retirarlos, el volumen de líquido debe ser de menos de 30 mililitros (2 cucharadas) diarias durante 2 días. Si los drenajes aún no están listos para retirarlos a las 3 semanas, el cirujano plástico tendrá que revisarlos.
- Usted necesitará que alguien la lleve en auto a casa después de la operación y que le ayude durante la primera semana, según el tipo de reconstrucción que haya tenido.
- Descanse mucho.
- Consuma una alimentación equilibrada.
- La poca actividad, los analgésicos y la anestesia pueden causar estreñimiento. Trate de aumentar la ingestión de fibra y de líquidos, especialmente de agua. Siga tomando el ablandador de las heces que el médico le recetó. Si no ha evacuado (defecado) al cabo de 2 o 3 días, llame al médico.
- Tome los analgésicos tal como se lo indiquen. Vuelva a tomar todos los medicamentos que tomaba en casa, a menos que el médico le haya indicado algo diferente.
- Siga evitando el consumo de alcohol después de la operación. Esto es de especial importancia mientras esté tomando analgésicos.
- No fume en absoluto. Fumar puede demorar la cicatrización y elevar el riesgo de que haya complicaciones. Si desea más información sobre cómo dejar el hábito, llame a nuestro especialista del programa para dejar de fumar, al (813) 745-8811 o envíe un mensaje por correo electrónico a TobaccoTreatment@Moffitt.org.

ACTIVIDAD

- Comience a caminar lo más pronto posible. Trate de no levantar nada más pesado que un galón de leche.
- No conduzca cuando esté tomando analgésicos o cuando tenga drenajes. Puede volver a conducir cuando le quiten los drenajes y tenga completa amplitud de movimiento en ambos brazos.

CUÁNDO DEBE LLAMAR A LA ENFERMERA

- Si tiene más enrojecida la incisión o más hinchados o amoratados los senos.
- Si tiene hinchazón o enrojecimiento, o vetas rojas que persisten varios días.
- Si hay cambios de temperatura en el seno o este se siente caliente al tacto.
- Si el dolor aumenta o es intenso y no se alivia con los analgésicos.
- Si se presentan efectos secundarios a los medicamentos, como sarpullido, náuseas, dolor de cabeza o vómito.
- Si la temperatura pasa de 101.5 °F (38.6 °C) o tiene escalofríos.
- Si por la incisión sale una secreción diferente o si la secreción aumenta (especialmente si huele mal).
- Si el sangrado de las incisiones no se alivia con presión leve.
- Si hay pérdida de sensación o de movimiento.



INFORMACIÓN DE CONTACTO

- Llame a la enfermera de cirugía plástica durante el horario normal de consulta al (813) 745-8410. También puede llamar al cirujano al número que aparece en la «Tarjeta de datos de contacto del médico».
- Llame a este mismo número después de las horas normales de consulta o en los fines de semana. Se informará de su llamada al médico o residente de guardia.
- Después de la reconstrucción mamaria, pregunte primero por el equipo de cirugía plástica. Estos profesionales se encargarán de solucionar los problemas que tenga con los drenajes quirúrgicos, el cuidado de la herida, el tratamiento con antibióticos y los analgésicos.

3.3 Cuidado de la cicatriz

Las cicatrices aparecen cuando el cuerpo repara las heridas de la piel causadas por una operación, un accidente o una enfermedad. Son el resultado natural del proceso de curación. Cuanto más tarde una herida en cicatrizar y más dañada esté la piel, mayor es la posibilidad de que la cicatriz se note.

La parte del cuerpo en que se encuentre la herida, así como la edad que usted tenga y el tipo de piel, influirán en la manera en que se forme la cicatriz. La piel más envejecida tiende a cicatrizar de forma menos visible, mientras que la piel más joven suele cicatrizar en exceso, lo que da lugar a cicatrices más grandes y gruesas. La formación de la cicatriz y su maduración son procesos continuos. Las cicatrices siguen creciendo y cambiando durante el proceso de recuperación, que puede durar entre doce y dieciocho meses. El masaje de la cicatriz es una manera eficaz de reducir la acumulación de tejido cicatricial y sirve para que las cicatrices se noten menos. El masaje no servirá para ablandar una cicatriz que tenga más de dos años.

¿En qué consiste el masaje de la cicatriz?

El masaje es un método para suavizar y alisar la cicatriz, y desempeña varias funciones importantes:

- Fomenta la remodelación o reestructuración del colágeno al aplicar presión sobre la cicatriz.
- Sirve para disminuir la picazón.
- Hidrata la cicatriz y aumenta su flexibilidad.

¿Cuándo debo empezar a darme masajes en las cicatrices?

Debe empezar a darse masajes dos semanas después de la operación. Espere hasta que le hayan quitado los puntos de sutura y a que las costras se hayan caído solas. No se arranque las costras.

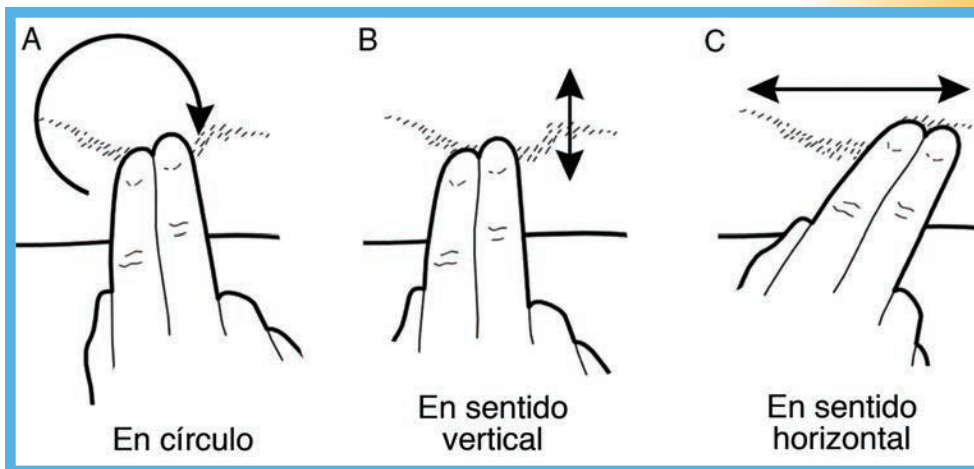
¿Cómo me masajeo las cicatrices?

Masajea la cicatriz y el tejido que la rodea con las yemas o las puntas de los dedos. Dese masajes en tres direcciones.

En círculos: Con dos dedos, haga pequeños círculos sobre toda la cicatriz y la piel que la rodea.

En sentido vertical: Con dos dedos, masajee la cicatriz de arriba a abajo.

En sentido horizontal: Con dos dedos, masajee la cicatriz de derecha a izquierda.



¿Cuánta presión debo poner?

Debe poner tanta presión como pueda tolerar. Comience presionando suavemente y vaya aumentando la firmeza de la presión. Échese loción y presione lo suficiente hasta que la cicatriz se ponga blanca o cambie a un color más claro.

¿Con qué frecuencia debo darme masajes en la cicatriz?

Debe darse masajes dos o tres veces diarias durante diez minutos cada vez.

¿Por cuánto tiempo tengo que darme masajes?

Debe darse masajes en las cicatrices como se indica durante por lo menos seis meses después de la operación o la lesión. Darse masajes durante más de seis meses no le dañará las cicatrices y de hecho podría ser beneficioso.

3.3 Cuidado de la cicatriz

(CONTINUACIÓN)

¿Cuándo debo dejar los masajes?

Si tiene alguno de los siguientes síntomas, deje los masajes y comuníquese con el médico:

- Enrojecimiento
- Sangrado
- La cicatriz se nota más caliente que la piel que la rodea
- La zona de la cicatriz le duele más de lo normal

¿Qué más debo saber sobre las cicatrices?

Mientras las cicatrices sanan, debe evitar la exposición al sol, porque esto puede causar hiperpigmentación, es decir, que las cicatrices se oscurezcan más que la piel de alrededor. Debe ponerse crema con factor de protección solar (SPF) 35 o más y llevar ropa protectora en todo momento. No exponga las cicatrices a la luz del sol durante al menos un año después de la operación.

¿Qué crema o loción debo usar?

- Use una loción hidratante que le mantenga la piel suave y flexible.
- No se ponga lociones muy perfumadas.

Ejemplo de lociones o productos que podría usar:

Curitas de silicona: llévelas puestas 12 horas todos los días durante 6 meses

Gel de silicona, gel Scarfade® para cicatrices

Arbonne®

Eucerin®

Nivea®

Aveeno®

Mederma®

Alimentación y recuperación

Una nutrición adecuada mediante una alimentación equilibrada es muy importante antes y después de la operación para que usted cicatrice y se recupere. Todos los días, su alimentación debe contener 5 o más porciones de frutas o verduras, proteínas en cada comida, abundantes granos integrales y 2 o 3 porciones de productos lácteos. Este tipo de alimentación garantizará que su cuerpo reciba las proteínas, la energía, las vitaminas y los minerales que requiere para restaurar los tejidos y prevenir infecciones.

Los nutrientes de los alimentos integrales actúan conjuntamente para ayudarle a mantenerse fuerte, a cicatrizar la zona operada, a preservar el funcionamiento del sistema inmunitario y a recuperar la sangre y los líquidos que se perdieron durante la operación. Esto no sucede con los alimentos procesados. Por lo general, los alimentos procesados contienen grandes cantidades de sal y grasas, y cantidades bajas de los nutrientes que el cuerpo necesita para realizar sus funciones de manera óptima.

Los alimentos ricos en proteínas comprenden las carnes, el pescado y los mariscos, los huevos, el queso, el yogur, la leche, los frutos secos, los frijoles, las lentejas y otros granos. Estos alimentos son particularmente importantes para la cicatrización y reparación de los tejidos, y para el buen funcionamiento del sistema inmunitario. Las frutas y verduras son ricas en vitaminas y minerales, antioxidantes y otros nutrientes que también colaboran en la cicatrización, combaten las infecciones y reducen el riesgo de recurrencia del cáncer.

Los suplementos dietéticos, como vitaminas, minerales y hierbas, no se recomiendan por la posibilidad de que interactúen con otros medicamentos y por los posibles efectos secundarios de tomarlos en dosis altas. Los suplementos a base de hierbas que se compran sin receta médica no han pasado por pruebas de toxicidad. Además, después de que han estado en el mercado para uso general, se ha visto que muchos de ellos son nocivos.

Las dosis altas de algunas vitaminas pueden interferir con el tiempo de coagulación de la sangre y otras pueden interferir con la acción de medicamentos. Siempre es mejor obtener los nutrientes (incluidos vitaminas y minerales) a partir de los alimentos; sin embargo, a veces el médico receta un suplemento por una razón específica. Antes de decidir tomar un suplemento dietético, hable con el médico, con el nutricionista o con otro integrante de su equipo de atención médica. Estas personas pueden darle la orientación adecuada dentro de su plan de tratamiento.

También es importante que tome suficientes líquidos durante las semanas anteriores a la operación y después de ella. La mayoría de las personas necesitan entre 6 y 8 vasos de líquido todos los días para mantenerse bien hidratadas. Si usted realiza actividades físicas o pasa mucho tiempo al aire libre cuando hace calor, podría necesitar más. La sed no siempre es el mejor indicador de una hidratación adecuada. Por eso es importante que se fije en la cantidad de líquidos que toma. Todo líquido, a excepción de las bebidas alcohólicas, cuenta dentro de la cantidad que ingiere a diario. Lo mejor es restringir la ingesta de bebidas azucaradas, ya que contienen muchas calorías y pocos nutrientes y pueden causar un aumento de peso indeseado.

Alimentación y recuperación

(CONTINUACIÓN)

Mantenerse en un peso saludable no solo es importante para su recuperación sino que es una de las mejores formas de reducir el riesgo de padecer cáncer. Se sabe que el exceso de grasa corporal aumenta el riesgo de recurrencia del cáncer y también puede causar alteraciones del azúcar de la sangre y enfermedades del corazón, especialmente si en su familia hay antecedentes de estos problemas.

Si tiene demasiada grasa corporal, el médico puede recomendarle que baje de peso antes de la operación, lo cual le ayudará a cicatrizar mejor y aumentará su tolerancia a la intervención.

La mejor forma de bajar de peso es consumir una alimentación equilibrada, controlando el tamaño de las porciones, combinada con actividad física. El Servicio de Terapia de la Nutrición de Moffitt cuenta con un equipo de nutricionistas diplomadas que pueden ayudarle a lograr su meta de lograr un peso saludable antes o después de la operación.

SERVICIOS DE SANACIÓN Y BIENESTAR

El Programa de Medicina Integral de Moffitt, que forma parte del Programa de Cuidados Complementarios y de Apoyo, brinda muchos servicios de sanación y bienestar, e integra terapias complementarias seguras y eficaces con tratamientos tradicionales a fin de mejorar la calidad de vida de nuestros pacientes durante el tratamiento del cáncer y después de él. El personal de Medicina Integral puede reunirse con usted sin costo alguno para explicarle los beneficios de diversas terapias integrales y hacer un plan específico para sus circunstancias.

Algunos de los servicios gratuitos que se ofrecen son:

- Yoga suave reconstituyente
- Meditación
- Relajación guiada por imágenes
- Clases de relajación

Estos servicios también se ofrecen a las pacientes hospitalizadas. Hable con el equipo de profesionales que la atiende para concertar una cita durante su estancia en el hospital. Si desea más información o quiere pedir una cita, llame al Programa de Medicina Integral al (813) 745-4630.

El programa ofrece relajación por masoterapia, a cargo de masoterapeutas titulados que se han capacitado en la atención del enfermo de cáncer. Si quiere recibir un masaje mientras esté hospitalizada, dígame al médico que solicite este servicio. Ofrecemos masaje a la paciente ambulatoria con cita previa a cambio de una tarifa. Sin embargo, si cree que no puede costearse este servicio, avísenos. Es posible que podamos ofrecerle otras opciones. Para pedir una cita, llame al (813) 745-4630.

La sexualidad y la operación de reconstrucción del seno

Muchas mujeres consideran que los senos son un componente importante de su sexualidad y de la imagen que tienen de sí mismas. Después del tratamiento del cáncer de seno, a muchas mujeres se les dificulta participar en la actividad sexual y la intimidad física. Algunas relatan que tienen dificultades para adaptarse a los cambios de su cuerpo y su aspecto físico. Muchas se sienten menos atractivas después de someterse a una operación por el cáncer de seno; con frecuencia creen que su cónyuge o pareja las considerará menos deseables. Estos sentimientos son normales. El tratamiento puede afectar la sexualidad de la mujer (y a menudo lo consigue).

Con frecuencia la paciente reacciona ante estos sentimientos evitando el contacto físico y alejándose emocional y físicamente de su pareja. La pareja puede sentirse confundida, no muy segura de cómo acercarse y temerosa de herir o de presionar a su compañera después del cáncer de seno.

Muchas mujeres creen que la reconstrucción del seno solucionará estos sentimientos, les ayudará a adaptarse a los cambios del cuerpo y resolverá los problemas que tienen con su pareja. Para sanar desde el punto de vista físico y emocional después de la reconstrucción del seno se requiere tiempo. He aquí algunas cosas que debe tener en cuenta cuando esté contemplando la idea de la reconstrucción del seno y cuando esté recuperándose de la operación.

- Comunicarse con franqueza y ser sincera con usted misma y con su pareja es indispensable para abordar asuntos relacionados con la sexualidad después de la reconstrucción del seno.
- Es importante no dar por sentado que usted sabe qué siente su pareja acerca de usted ni qué piensa de los cambios que ha habido en su cuerpo y de la actividad sexual.
- La reconstrucción del seno no resolverá los problemas que existieran en la relación antes del diagnóstico del cáncer.
- Es posible que usted sienta que el cuerpo la ha traicionado. Sea amable con usted misma.
- Si después de la reconstrucción del seno usted no participa con su pareja en lo que ambos consideran actividad sexual, sean afectuosos el uno con el otro. Comiencen a restaurar el vínculo físico pasando tiempo juntos, acariciándose, abrazándose y disfrutando el contacto físico placentero.
- Tenga una actitud abierta respecto a explorar maneras nuevas y diferentes de expresar la sexualidad usted misma y con su pareja. Explore formas de estimular y realzar las sensaciones sexuales.

Hable con el equipo de profesionales médicos que la atiende si tiene preguntas o dudas sobre la sexualidad y la actividad sexual después de la reconstrucción del seno.

La cobertura del seguro para la operación de reconstrucción

En la mayoría de los casos, la ley federal de protección de la salud de la mujer y de sus derechos en caso de cáncer de 1998 (*Federal Women's Health and Cancer Rights Act*) exige que las compañías de seguro médico paguen por la reconstrucción del seno de las mujeres que se han sometido a mastectomía. Es posible que en algunos casos el seguro no cubra la reconstrucción. Infórmese bien sobre las pautas de cobertura de su aseguradora.

Consulte con la oficina del comisionado de seguros del estado en que vive o con su compañía de seguro médico para averiguar qué servicios amparan las leyes del estado y su plan de salud.

Si desea más información sobre la cobertura de servicios relacionados con el cáncer de seno por estado, visite el sitio web que contiene las leyes estatales sobre la prevención y el tratamiento del cáncer (*State Cancer Legislative Database*) o el sitio web de la Sociedad Estadounidense de Cirujanos Plásticos (*American Society of Plastic Surgeons*).

Si tiene empleo y necesita que su empleador llene algún formulario, pídale ayuda a uno de nuestros especialistas en discapacidades del paciente y la familia. Comuníquese con especialistas de discapacidades del paciente y la familia llamando al (813) 745-2356.

¿Cuál es la función del cuidador?

Estar informado acerca de la intervención y el proceso de recuperación es tan importante para el cuidador como lo es para la paciente. Moffitt sigue los principios de la atención centrada en el paciente y la familia: un enfoque en el que se fomenta la formación de una asociación entre los pacientes, su familia y los profesionales médicos. Sea o no pariente consanguíneo de la paciente, usted puede acompañarla durante las citas en el consultorio y las estancias en el hospital. Usted desempeña un papel importante en la atención que ella recibe y en su recuperación.

Para que podamos proporcionarle a ella la mejor atención, también es importante que usted se mantenga sano desde el punto de vista físico y emocional. Este capítulo se redactó específicamente para que los cuidadores puedan atender a la paciente y cuidar de sí mismos.

Cómo entender las necesidades emocionales de la paciente

Cuando se recibe un diagnóstico de cáncer, la preocupación y el miedo no se hacen esperar. Estas emociones pueden ser una presencia constante, especialmente en los primeros días del diagnóstico y la estadificación.

No es raro que la paciente sienta una gran variedad de emociones durante su vivencia del cáncer. Esta es una reacción normal. La conmoción se presenta en la etapa inicial, después de recibir el diagnóstico, seguida por temor y preocupación. En muchas pacientes que se preguntan: «¿Y por qué me pasa esto a mí?», la ira puede estar a flor de piel. Algunas de ellas dicen: «Yo me alimento bien y hago ejercicio», «Amamanté a mis hijos» o «Nadie ha tenido cáncer de seno en mi familia». Estas declaraciones y otras parecidas reflejan el malestar constante que las pacientes sienten a medida que se adaptan a la idea del diagnóstico.

Para usted, como cuidador, puede ser muy difícil entender las necesidades emocionales de la paciente. Quizá se sienta impotente y abrumado, especialmente si la persona que quiere está deprimida. En esos momentos lo importante es sencillamente escucharla. Tal vez las respuestas que usted le dé sean pocas, pero la mayoría de las pacientes no buscan respuestas del cuidador, sino que agradecen que este les ofrezca refugio simplemente al escucharlas.

El tiempo es un factor importante en el proceso de recuperación. Volver a la «normalidad» puede tomar más tiempo del que usted pensaba o tal vez no se logre nunca. Si este es el caso, tendrá que establecerse una «nueva normalidad». Tenga paciencia; tal vez ella simplemente necesita más tiempo para adaptarse.

También es importante reconocer que no todas las personas sobrellevan el estrés de la enfermedad y del tratamiento de la misma forma. Sin embargo, si le preocupa que la paciente no esté pudiendo afrontar la situación, hable con un integrante del equipo de atención médica. En Moffitt tenemos trabajadoras sociales clínicas que pueden ayudarle a la paciente y al cuidador a adaptarse a estos cambios.

¿Cuál es la función del cuidador?

(CONTINUACIÓN)

Entienda sus propias necesidades emocionales

En su función de cuidador, usted puede ayudarle a la paciente a sobrellevar sus emociones, pero es importante que se dé cuenta de que usted también se ve afectado. En muchas ocasiones el cuidador centra su energía en la paciente y descuida sus propias necesidades y preocupaciones. Sentirse abrumado, frustrado, culpable, enojado o triste es común entre los cuidadores. Es normal sentir emociones positivas y negativas cuando se cuida a una persona que se está recuperando. Si tiene preguntas sobre las emociones que siente, hable con alguna persona del equipo que atiende a la paciente (por ejemplo, con la trabajadora social).

La pena de la pérdida del seno

La operación, los efectos de la anestesia y el temor por el diagnóstico de cáncer pueden ser agotadores. Algunas pacientes pueden necesitar más tiempo para recuperarse y sentir que han vuelto a ser quienes eran.

Muchas mujeres tienen que dedicarle un tiempo a la pena de la pérdida del seno (o de ambos senos). Al cuidador le puede resultar difícil entenderlo. Para este, la extirpación del seno y la reconstrucción pueden ser un alivio inmenso por haber eliminado el cáncer. Sin embargo, la paciente puede necesitar tiempo para adaptarse a esta forma de ver las cosas. La vida le ha dado un vuelco completo y tanto ella como sus familiares necesitan tiempo para procesar todo lo que ha pasado. Tal vez usted note que la paciente y usted lo están procesando a distinta velocidad. No olvide que cada persona afectada tarda una cantidad diferente de tiempo.

Si con el tiempo la paciente no parece mejorar, quizá requiera una evaluación psicosocial. La valoración inicial puede estar a cargo de una trabajadora social de Moffitt. Quizá se trate de una depresión reactiva que se puede resolver con asesoramiento psicológico de corto plazo o tal vez sea necesario remitir a la paciente al psiquiatra, si es un caso más definido de depresión clínica.

Cambios en la relación con la pareja

Los ajustes y cambios son temas constantes a lo largo de la vivencia del cáncer. Lo mismo pasa en la relación con la pareja. Algunas pacientes que han sido muy independientes pueden verse ahora ante la tarea difícilísima de pedir ayuda. Algunos cuidadores pasan apuros por no saber cómo ayudar. No quieren hacerse cargo de todo, pero ven que la situación ha cambiado. Quizá la paciente ha sido la más fuerte de la familia o la «supermamá» y es difícil renunciar a ese papel. Los niños a menudo pasan de tratar de hacer demasiado a actuar como si nada hubiera cambiado. Es importante validar los sentimientos y las reacciones de todos en este momento.

Mantener abiertos los canales de comunicación es un factor fundamental durante este proceso. Tanto a la paciente como a quien la cuida les interesa saber las necesidades físicas y emocionales de la otra persona. Cuando ambos pueden manifestar sus necesidades de manera directa y clara, es más fácil saber cómo ayudar. Al compartir sentimientos con la otra persona, ambos tienen la oportunidad de dar y recibir apoyo. Esto fortalece el vínculo que les une y reduce en cada persona la sensación de que está pasando sola por esta situación. Comprobar cómo está cada miembro de la familia puede servir para garantizar que se atiendan las necesidades de todos. Las trabajadoras sociales con capacitación clínica de Moffitt pueden abrir los canales de comunicación con los niños y la familia.

Además, usted debe mantener abiertos esos canales con el equipo médico que se encarga de la paciente. En su calidad de cuidador, usted es un integrante importante del equipo de atención médica. Sus observaciones y opiniones ayudan mucho durante el proceso de recuperación. Si tiene preguntas sobre lo que constituye una recuperación normal o anormal, hágalas. Hablar con el equipo de profesionales médicos sobre sus dudas y pedir ayuda puede servirle para reducir el estrés y aliviar el peso de ser cuidador.

También puede ser provechoso reunirse a charlar con otros cuidadores. Moffitt ofrece un grupo de apoyo para amigos y familiares que se reúne una vez por semana y les permite a los cuidadores intercambiar vivencias. Si desea más información al respecto, hable con la trabajadora social de la paciente o llame al (813) 745 8407.

Sexualidad e intimidad

Después de la operación puede haber cambios emocionales y físicos que pueden afectar a cada mujer de una manera diferente. Los sentimientos pueden ir desde alivio hasta tristeza profunda y son muy individuales. Esto puede afectar la sexualidad y la imagen que la mujer tiene de sí misma.

Se han logrado muchos avances en cirugía plástica y tenemos la fortuna de contar con talentosos cirujanos en Moffitt. Sin embargo, la operación de reconstrucción del seno es diferente de la mamoplastia de aumento y los resultados no son los mismos. La adaptación lleva tiempo, ya que las cicatrices se notan menos con el tiempo. Al comienzo puede ser difícil para usted o su pareja aceptar estos cambios. Tal vez ambos se preocupen por la forma en que el otro reaccionará.

El cuidador también debe cuidarse

La Asociación Nacional de Cuidadores de Familiares (*National Family Caregivers Association*) ofrece sugerencias para que los cuidadores puedan abogar mejor por su bienestar. Algunas cosas se escapan del control del cuidador, pero los cuidadores cuentan con opciones para mejorar su salud emocional y física.

¿Cuál es la función del cuidador?

(CONTINUACIÓN)

CONÓZCASE

- Es muy importante ser consciente de sus puntos fuertes y de sus limitaciones.
- Establezca límites definidos sobre lo que puede y no puede hacer.
- Aprenda a decir «no» y sepa cuándo pedir ayuda.

ADELÁNTESE A LAS CIRCUNSTANCIAS: TOME BUENAS DECISIONES

Una vez que reconozca sus puntos fuertes y limitaciones, **opte por comunicarlos** claramente a los demás.

Tome las riendas de su propio bienestar. **Opte por cuidar** de su salud emocional y física.

Opte por hacer planes para el futuro al ocuparse de buscar a alguien que tome decisiones legales si hace falta. Planificar con tiempo evita la necesidad de tomar decisiones cruciales en momentos de crisis.

RECOPILE INFORMACIÓN

En calidad de cuidador, a menudo usted se convierte en otro par de ojos y oídos para la paciente. **Opte por saber.** Cuanta más información tenga, más seguro se sentirá en su función de cuidador.

Pida ayuda a otras personas

A veces a los cuidadores les cuesta trabajo pedir ayuda. Tal vez sepan que la necesitan, pero no la piden. He aquí algunas razones por las que pueden sentirse incómodos de pedir ayuda:

No quiero ser una carga: En vez de ser una carga, al permitir que otras personas ayuden, usted les hace un regalo. La mayoría de las personas quieren ayudar. No les niegue la oportunidad de hacerlo. Probablemente estén esperando que usted les pida y se sienten contrariados si no lo hace.

No sé qué tipo de ayuda debo pedir: Es bueno hacer una lista de las tareas, actividades y obligaciones de las que otros pueden encargarse con facilidad, por ejemplo, hacer el mercado, pasear el perro, llevar los niños a la escuela o llevar a la paciente a una cita para que usted pueda descansar.

Las demás personas también están ocupadas: Es cierto, pero la mayoría de las personas buscan tiempo para ayudarle a un cuidador que necesita descansar y recuperarse. Es posible incluso que le den las gracias por la oportunidad de ayudar o de hacer algo útil en una situación que también las hace sentir impotentes.

No quiero que la paciente, que está pasando por todo esto, se sienta abandonada: Muchas pacientes quieren que el cuidador se cuide y les complace ver que este descansa un rato y pide ayuda. De hecho, muchas desearían que el cuidador descansara un poco para no sentirse tan culpables por necesitar tanto de su ayuda.

Puede ser difícil encontrar el punto de equilibrio entre atender las necesidades de la paciente y ocuparse de las suyas. Si le cuesta trabajo sobrellevar el estrés de ser cuidador, no está solo. Muchos cuidadores se fijan expectativas muy altas, se sienten responsables por la recuperación de la paciente y se preocupan de no dar la talla.

Si se siente abrumado y se da cuenta de que necesita más ayuda y apoyo del que pueden proporcionarle los amigos o la familia, es importante que hable de la situación con un profesional. Hablar con la trabajadora social de la paciente es un buen comienzo. Llame al (813) 745-8407 para solicitar los servicios de una trabajadora social.

Si usted es cuidador, no se olvide de esto: Pedir ayuda no es signo de debilidad, es un regalo que les hace a otras personas y que se hace usted mismo.



Glosario

Asimetría: Falta de uniformidad en la forma o el tamaño de los senos.

Botas de compresión neumática intermitente: Dispositivo que se pone en las piernas de la paciente cuando está acostada en el hospital para evitar la formación de coágulos.

Colgajo de dorsal ancho: En esta intervención se traslada por un túnel subcutáneo un trozo de músculo, grasa y piel de la parte superior de la espalda al pecho para formar el montículo del seno.

Colgajo de perforantes de la arteria epigástrica inferior profunda (DIEP, por sus siglas en inglés): Tipo de colgajo en el que se usan grasa y piel de la misma zona en que se obtiene el colgajo de recto abdominal, pero no se usa el músculo para formar el montículo mamario. Consiste en cirugía microscópica (microcirugía) para unir los vasos sanguíneos del colgajo a los vasos sanguíneos del pecho.

Colgajo de perforantes de la arteria femoral profunda (PAP, por sus siglas en inglés): En esta intervención se emplean piel y grasa de la parte posterosuperior del muslo, pero no se usa el músculo para formar el montículo mamario.

Colgajo libre de recto abdominal (TRAM libre): En este tipo de operación, el tejido que se emplea para la reconstrucción se traslada por completo a otra parte del cuerpo y los vasos sanguíneos y nervios se vuelven a unir quirúrgicamente con microscopios especiales.

Colgajo miocutáneo transverso de la parte superior del recto interno (TUG, por sus siglas en inglés): Intervención en la que se emplean piel, grasa y tejido del recto interno del muslo para reconstruir el montículo mamario.

Colgajo miocutáneo transverso de recto abdominal (TRAM, por sus siglas en inglés): Intervención en la que se emplean tejido y músculo de la parte inferior de la pared abdominal para reconstruir el montículo del seno. Puede ser pediculado (que se deja adherido a la zona original y se pasa por un túnel bajo la piel) o libre (que se corta de la base y se trasplanta al pecho).

Colgajo pediculado: El tejido se retira mediante una intervención quirúrgica, pero los vasos sanguíneos se dejan adheridos al sitio original y se pasan por un túnel subcutáneo al sitio al que traslada el implante.

Contractura capsular: Formación de tejido cicatricial alrededor del implante, que lo endurece y oprime. Se conoce también como encapsulamiento.

Expansor de tejido: Material en forma de globo que se coloca bajo la piel y el músculo del pecho. Se infla con solución salina a lo largo de un período de tiempo hasta que hay espacio suficiente para poner un implante en el lugar del seno original. El implante permanente se coloca durante una segunda operación de reconstrucción.

Implante de solución salina: Implante con cubierta de silicona que se llena con solución salina estéril.

Margen tumoral: Distancia entre el tumor y el borde del tejido adyacente sano.

Mastectomía con preservación del pezón: Extirpación de todo el tejido del seno sin extirpar el pezón ni la zona pigmentada de piel que lo rodea (aréola).

Mastectomía: Extirpación quirúrgica del seno completo, sin retirar los músculos.

Necrosis: Muerte de células y tejidos por falta de riego sanguíneo.

Prótesis: Parte del cuerpo que se crea por métodos sintéticos para reemplazar la parte natural que se ha extirpado (por ejemplo, un relleno para la copa del brasier).

Radioterapia: Tratamiento del cáncer con rayos o partículas que contienen grandes cantidades de energía para destruir o reducir las células cancerosas. Después de la mastectomía parcial se administra radioterapia para destruir las células cancerosas que hayan quedado.

Reconstrucción del seno: Implante de tejidos propios de la paciente para reconstruir la forma del seno después de una mastectomía.

Reconstrucción diferida: Reconstrucción que se realiza en una fecha posterior.

Reconstrucción inmediata: Reconstrucción que se realiza al tiempo con la mastectomía.

Simetría: Uniformidad en la forma y el tamaño de los senos.

Cuidado del drenaje quirúrgico

El tubo de drenaje extrae el exceso de líquido que el cuerpo produce como resultado de la operación. Este líquido es una combinación de linfa, células sanguíneas y residuos. La eliminación del líquido puede favorecer la cicatrización de la herida. La cantidad de líquido que drena de la herida tiene que ver con la magnitud de la operación; es decir, cuanto más extensa sea la operación, más líquido se producirá. Al principio, el líquido es rojizo (teñido de sangre) y a medida que pasan los días se torna rosado o amarillento. A veces el aumento de actividad puede hacer que el color cambie nuevamente de amarillo a rojizo.

Es importante que el tubo de drenaje se mantenga destapado. Para ello se «exprime» el tubo y se vacía la pera tres o cuatro veces al día. Esto se hace *solamente durante los primeros 3 días*. En la página 59 hay una planilla para que lleve el control del drenaje. Cuando esté en casa, los drenajes serán molestos. Eso es normal.

El drenaje no puede quitarse hasta que se recojan menos de 30 mililitros (2 cucharadas) de líquido en 48 horas o el cirujano plástico decida retirarlo. Es importante mantener limpia la zona. Cuando se bañe en la ducha, no importa si el agua cae directamente sobre los tubos de drenaje que salen por la piel. Lave con agua y jabón el lugar de inserción del drenaje y séquese con una toalla limpia. Después de la ducha, aplíquese una cantidad pequeña de ungüento antibiótico en la zona (bacitracina, Neosporin®, Polysporin® o algún otro antibiótico tópico que tenga en casa).

No debe reanudar el ejercicio hasta que le quiten los drenajes. No dé paseos largos por el barrio ni vaya de compras por varias horas. Tómese las cosas con calma hasta que le retiren los drenajes. Cuanto más ejercicio haga y más actividad realice, más tiempo los tendrá puestos, ya que el exceso de movimiento no permitirá que la piel se adhiera al músculo y a los tejidos que quedan debajo; entonces aumenta la secreción procedente de la zona operada. Eso no significa que no pueda mover los brazos ni que tenga que quedarse inmóvil en la cama. Puede realizar actividades normales de la casa, como arreglarse el cabello y preparar la cena, pero no se esfuerce haciendo tareas como pasar la aspiradora o levantar objetos pesados.

Cuidado del drenaje quirúrgico (CONTINUACIÓN)

Técnica

1. Lávese bien las manos antes de tocar el drenaje. Haga lo siguiente para «exprimir» el drenaje y verificar que no esté tapado:
 2. Sostenga el punto de salida del drenaje con la mano del lado opuesto para evitar tirar de él. Use una toallita humedecida con alcohol para sostener el tubo entre el índice y el pulgar.
 3. Empezando por la parte por la que el tubo sale del cuerpo, exprima con cuidado el tubo para que el líquido y los coágulos se desplacen hacia la pera.
 4. Repita estos pasos por lo menos 3 o 4 veces al día. La pera siempre debe estar comprimida para que funcione correctamente.
 5. Vacíe la pera para evitar que tire innecesariamente del drenaje debido a su peso. No toque el interior del tapón. Cada vez que vacíe la pera, mida la cantidad de líquido y anótelos en la planilla de control. Hágalo cada vez que exprima el líquido del tubo de drenaje.
 6. Mida el líquido que drena en un período de 24 horas.



Cuidado del drenaje

Problemas que podría presentar el drenaje

Siempre que se introduce algo en el cuerpo, cabe la posibilidad de contraer alguna infección. Si tiene fiebre o escalofríos, llame al médico de inmediato. Los signos y síntomas de infección son: enrojecimiento que es más intenso en la zona del drenaje, sensación de calor en la zona por donde sale el tubo, salida de líquido turbio o maloliente y aumento de la temperatura. Es frecuente que haya escape de líquido por la zona de salida del tubo, lo cual se debe a veces a que el cuerpo produce más líquido del que es posible drenar. Llame al consultorio si no se está recogiendo líquido en la pera o si usted cree que se está acumulando líquido bajo la piel, alrededor del drenaje.

Extracción del drenaje

- El médico o la enfermera le quitará el drenaje en la primera consulta posoperatoria si se han recogido 30 mililitros de líquido (2 cucharadas) o menos durante dos días consecutivos o a más tardar tres semanas después de la operación. Llame al consultorio para pedir una cita cuando llegue el momento de que le quiten el drenaje si no se lo quitaron en la primera consulta.
- Una vez que le quiten el drenaje, no nade ni se bañe en tina durante dos días.
- Puede bañarse en la ducha. La zona se cerrará sola en el plazo de 3 o 4 días.
- Es posible que siga saliendo líquido de la incisión hasta que la zona cicatrice. A partir de ese momento, el cuerpo absorberá el líquido que produzca.
- Si no puede absorberlo con suficiente rapidez, el líquido comenzará a acumularse en la zona operada. Esto se conoce como seroma y exige atención médica. Si le empieza a ocurrir esto, llame al consultorio lo antes posible.
- Para favorecer la cicatrización, mantenga la zona tan limpia y seca como sea posible.

Planilla de control del drenaje de Jackson-Pratt

	DRENAJE 1	DRENAJE 2	DRENAJE 3	DRENAJE 4
Fecha				
Mañana	_____	_____	_____	_____
Mediodía	_____	_____	_____	_____
Noche	_____	_____	_____	_____
TOTAL:	_____	_____	_____	_____
Fecha				
Mañana	_____	_____	_____	_____
Mediodía	_____	_____	_____	_____
Noche	_____	_____	_____	_____
TOTAL:	_____	_____	_____	_____
Fecha				
Mañana	_____	_____	_____	_____
Mediodía	_____	_____	_____	_____
Noche	_____	_____	_____	_____
TOTAL:	_____	_____	_____	_____
Fecha				
Mañana	_____	_____	_____	_____
Mediodía	_____	_____	_____	_____
Noche	_____	_____	_____	_____
TOTAL:	_____	_____	_____	_____
Fecha				
Mañana	_____	_____	_____	_____
Mediodía	_____	_____	_____	_____
Noche	_____	_____	_____	_____
TOTAL:	_____	_____	_____	_____
Fecha				
Mañana	_____	_____	_____	_____
Mediodía	_____	_____	_____	_____
Noche	_____	_____	_____	_____
TOTAL:	_____	_____	_____	_____
Fecha				
Mañana	_____	_____	_____	_____
Mediodía	_____	_____	_____	_____
Noche	_____	_____	_____	_____
TOTAL:	_____	_____	_____	_____

Planilla de control del drenaje de Jackson-Pratt

	DRENAJE 1	DRENAJE 2	DRENAJE 3	DRENAJE 4
Fecha				
Mañana	_____	_____	_____	_____
Mediodía	_____	_____	_____	_____
Noche	_____	_____	_____	_____
TOTAL:	_____	_____	_____	_____
Fecha				
Mañana	_____	_____	_____	_____
Mediodía	_____	_____	_____	_____
Noche	_____	_____	_____	_____
TOTAL:	_____	_____	_____	_____
Fecha				
Mañana	_____	_____	_____	_____
Mediodía	_____	_____	_____	_____
Noche	_____	_____	_____	_____
TOTAL:	_____	_____	_____	_____
Fecha				
Mañana	_____	_____	_____	_____
Mediodía	_____	_____	_____	_____
Noche	_____	_____	_____	_____
TOTAL:	_____	_____	_____	_____
Fecha				
Mañana	_____	_____	_____	_____
Mediodía	_____	_____	_____	_____
Noche	_____	_____	_____	_____
TOTAL:	_____	_____	_____	_____
Fecha				
Mañana	_____	_____	_____	_____
Mediodía	_____	_____	_____	_____
Noche	_____	_____	_____	_____
TOTAL:	_____	_____	_____	_____
Fecha				
Mañana	_____	_____	_____	_____
Mediodía	_____	_____	_____	_____
Noche	_____	_____	_____	_____
TOTAL:	_____	_____	_____	_____

Recursos que recomendamos

Aphrodite Reborn Women's Stories of Hope, Courage and Cancer («Afrodita nace de nuevo: historias de esperanza, valor y cáncer relatadas por mujeres»)

Por la doctora Loren Eskenazi. Tenemos una copia en Moffitt, en la Biblioteca y Centro de Bienvenida al Paciente y en la sala de espera del Centro de Oncología de la Mujer.

American Society of Plastic Surgeons (Sociedad Estadounidense de Cirujanos Plásticos)

En el sitio web hay una galería con fotografías de antes y después de la reconstrucción del seno.

<http://www.plasticsurgery.org/Reconstructive-Procedures>

www.breastcancer.org y www.breastcancer.org/es

La página en inglés contiene explicaciones de distintos tipos de reconstrucción del seno y tiene una galería fotográfica de mujeres que relatan sus experiencias con la reconstrucción. (Es necesario escribir «photos» en la función de búsqueda).

Facing Our Risk of Cancer Empowered («Nos informamos para hacer frente al riesgo de padecer cáncer»)

Ofrece una galería protegida por contraseña de mujeres de la vida real que comparten sus experiencias.

Tiene también un tablero virtual de diálogo en que cualquier persona puede participar.

www.facingourrisk.org/photogallery

Lotsa Helping Hands («Manos amigas»)

Permite crear un sitio web privado y gratuito para organizar a familiares y amigos en momentos de necesidad. Use el calendario de la sección privada de «Community» para asignar a los voluntarios a las tareas que hagan falta. Envíe comunicados para mantener informados a todos. Acceda a recursos de organizaciones destacadas en el ámbito de los cuidadores y de la salud. <http://www.lotsahelpinghands.com>

Young Survival Coalition («Jóvenes que se unen para hacer frente al cáncer de seno»)

Contiene un tablero de anuncios de participación libre en el que las mujeres hablan sobre el tema de la reconstrucción del seno. También proporciona una lista útil de preguntas y respuestas sobre la reconstrucción del seno. www.youngsurvival.org

Cancer Care

Cancer Care brinda apoyo, información y ayuda financiera sin costo alguno a los enfermos de cáncer y a sus cuidadores. Ofrece asesoramiento telefónico y grupos de apoyo para cuidadores, así como teleconferencias y archivos de audio (*podcasts*) de talleres informativos. <http://www.cancercare.org/espanol>

Sociedad Americana Contra el Cáncer

El sitio web de la Sociedad Americana Contra el Cáncer (American Cancer Society o ACS) cuenta con una sección específica para cuidadores. Escriba «Cuidadores» en la casilla azul de búsqueda, o visite la página <http://www.cancer.org/Espanol/servicios/Cuidadoresdelasalud>. Encontrará una guía útil sobre el cuidado del enfermo de cáncer en casa. En ella se presentan los problemas más comunes y las posibles soluciones. Este sitio también cuenta con una comunidad virtual para que los cuidadores compartan información práctica y se apoyen entre sí en un entorno seguro. <http://www.cancer.org>





12902 Magnolia Drive
Tampa, FL 33612-9416
(813)-745-8410

Producido por el Departamento de Educación del Paciente y el Centro de Oncología de la Mujer, 2014.

