

UNIVERSIDAD NACIONAL DEL CALLAO

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

UNIDAD DE SEGUNDA ESPECIALIDAD



“INTERVENCION DE ENFERMERIA EN EL PACIENTE
POSTOPERADO DE RECONSTRUCCION DE MAMA CON COLGAJO
TRAM EN EL SERVICIO DE CLRUGIA PLASTICA RECONSTRUCTIVA
DEL HOSPITAL NACIONAL EDGARDO REBAGLIATI MARTINS, LIMA
2013 - 2015”

TRABAJO ACADÉMICO PARA OPTAR
EL TITULO DE SEGUNDA ESPECIALIDAD PROFESIONAL EN
ENFERMERIA EN CUIDADOS QUIRÚRGICOS

LUISA CELINDA PÉREZ LEÓN

Callao, 2017
PERÚ

HOJA DE REFERENCIA DEL JURADO

MIEMBROS DEL JURADO:

- | | |
|--------------------------------------|------------|
| ➤ DRA. ANGÉLICA DÍAZ TINOCO | PRESIDENTA |
| ➤ DR. LUCIO ARNULFO FERRER PEÑARANDA | SECRETARIO |
| ➤ DRA. LINDOMIRA CASTRO LLAJA | VOCAL |

ASESORA: MG. JOSÉ LUIS SALAZAR HUAROTE

Nº de Libro: 03

Nº de Acta de Sustentación: 120

Fecha de Aprobación del Informe Laboral: 31/03/2017

Resolución Decanato N° 732-2017-D/FCS de fecha 27 de Marzo del 2017 de designación de Jurado Examinador del Informe Laboral para la obtención del Título de Segunda Especialidad Profesional.

ÍNDICE

	Pág.
INTRODUCCIÓN	02
I PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	04
1.1 Descripción de la Situación Problemática	04
1.2 Objetivo	06
1.3 Justificación	06
II MARCO TEÓRICO	07
2.1 Antecedentes	07
2.2 Marco Conceptual	13
2.3 Definición de Términos	25
III EXPERIENCIA PROFESIONAL	28
3.1 Recolección de datos	28
3.2 Experiencia Profesional	28
3.3 Procesos realizados en el tema	30
IV RESULTADOS	32
V CONCLUSIONES	36
VI RECOMENDACIONES	37
VII REFERENCIALES	38
ANEXOS	40

INTRODUCCIÓN

La reconstrucción de mama con colgajo TRAM es un procedimiento alternativo que consiste en remover el tejido (piel, musculo, vasos sanguíneos) de la parte baja del abdomen y transferirlo debajo de la piel al sitio del seno a reconstruir. Esta cirugía esta íntimamente ligada a la cirugía oncológica de mama. (1)

La OMS estimó una incidencia mundial 1.676.632 casos de cáncer de mama en 2012, con una mortalidad de 12.9 por 100.000 mujeres. En el análisis por región 408.266 en América y El Caribe. Por otra parte los registros nacionales del MINSA al año 2011 muestra una tasa de mortalidad de 15,46 por 100.000 mujeres. La reconstrucción mamaria aun no constituye un tratamiento al alcance de la gran mayoría de las pacientes mastectomizadas. (2)

El presente informe de experiencia profesional titulado “Intervención de Enfermería en el Paciente Post-Operado de Reconstrucción de Mama con Colgajo Tram”. Tiene por finalidad describir las intervenciones de enfermería en los pacientes post-operados de reconstrucción de mama con colgajo TRAM. A la vez de cautelar el impacto psicológico que pueda generar en el paciente sobre su nueva imagen promoviendo un estado de bienestar, revirtiendo secuelas psicológicas y emocionales asociadas a la mastectomía.

El presente informe está conformado por VII capítulos;

Capítulo I planteamiento del problema., Estableciendo puntualmente la situación problemática, objetivos, y justificación de fenómeno a tratar

Capítulo II marco teórico referencial., es el desarrollo de algunos antecedentes de estudio sobre el tema en mención por otros autores siguiendo con la literatura y definición de términos .

Capítulo III presentación del caso o situación profesional relevante., incluye la presentación de caso. motivo de estudio teniendo en cuenta los instrumentos utilizados en la recolección de datos (historia clínicas, pruebas y/o encuestas realizadas).

Capítulo IV resultados.- en base al objetivo del informe

Capitulo V conclusiones

Capítulo VI recomendaciones o propuestas de afrontamiento

Capítulo VII referencial.

I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1.- Descripción de la situación problemática

La reconstrucción mamaria con colgajo TRAM se basa en la restauración del volumen y contorno mamario utilizando tejidos de la propia paciente, lo cual tiene como grandes ventajas la ausencia de cuerpos extraños y eliminación de las potenciales complicaciones asociadas al uso de implantes. Por otra parte, el tejido transferido tiene un comportamiento más acorde con la evolución y variaciones del peso y textura física de la paciente y la consistencia de la mama reconstruida es más natural que aquella obtenida con implantes. Este hecho permite a la paciente evitar este proceso tan desagradable y afrontar con mayor optimismo el problema oncológico. Por ello, la reconstrucción mamaria es un derecho de toda paciente mastectomizada o con deformidad mamaria y debe considerarse parte esencial del tratamiento y rehabilitación de las pacientes con cáncer de mama; no existiendo hoy en día ninguna contraindicación para realizarla(3).

Asimismo, el procedimiento ha evolucionado en los últimos años, demostrando que disminuye los trastornos psicológicos asociados, principalmente depresión, sensación de falta de feminidad, una imagen corporal negativa y la pérdida del interés sexual (4).

La mujer reconstruida suele obtener una sensación de imagen corporal positiva por su apariencia física mejorada, con aumento de autoestima, lo que suele favorecer también el interés por las relaciones sexuales, probablemente por liberación de la inhibición

sexual que causan los sentimientos negativos generados por la mastectomía (5).

En relación a la técnica de reconstrucción, de un total de 91.655 reconstrucciones reportadas en 2012 por la Sociedad Americana de Cirujanos Plásticos, un 8,1% fueron realizados utilizando sólo implantes; un 70,5% con la técnica de expansor prótesis; un 6,6% con colgajo TRAM; y un 7,1% con colgajo DIEP.

Las pacientes mastectomizadas que ingresan al servicio de cirugía plástica reconstructiva del 8B del "Hospital Nacional Edgardo Rebagliaty Martins" llegan con grandes expectativas de recuperar su imagen corporal y feminidad a través de la reconstrucción mamaria con colgajo TRAM a la cual en muchas ocasiones no han sido informadas adecuadamente sobre las posibles complicaciones que se pueden presentar en el postoperatorio en general; siendo una de las complicaciones más frecuentes en el postoperatorio inmediato el sufrimiento del colgajo y en el postoperatorio mediato la aparición de hernias –eventración abdominal en virtud de las secuelas de la pared abdominal, hechos que pueden prolongar la estancia hospitalaria.

A los pacientes postoperados con cirugía reconstructiva con colgajo TRAM se les observa muy tensos y con mucha ansiedad respecto de cómo va quedar su apariencia después de ser intervenidos quirúrgicamente y asumir los cuidados que deben cumplir para una adecuada recuperación.

Dado que el cáncer mamario es una de las principales neoplasias ginecológicas malignas en nuestra población, que se asocia con múltiples secuelas; la reconstrucción mamaria permite recuperar la

aparición física de la mujer, aumentando la confianza en sí misma y su autoestima se decidió estudiar los resultados de esta cirugía.

1.2. Objetivo

Describir la intervención de enfermería en el paciente post-operado de reconstrucción de mama con colgajo TRAM en el servicio de cirugía plástica reconstructiva del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins.

1.3. Justificación

El presente informe tiene por finalidad dar a conocer los cuidados de enfermería que se deben desarrollar con los pacientes postoperados de reconstrucción mamaria con colgajo TRAM deben tener pleno conocimiento de los cuidados específicos en el postoperatorio (inmediato-mediato) y hacer extensivo la capacitación a los familiares y/o cuidador en el servicio de cirugía plástica reconstructiva del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins en el periodo 2013-2015..Con el propósito de que el paciente tenga una pronta recuperación y en tal sentido mejorar el autoestima, el equilibrio psicológico y feminidad de la mujer.

El profesional de enfermería podrá ampliar y profundizar sus estudios para brindar una mejor calidad de atención en el cuidado de pacientes postoperados con colgajo TRAM

Asimismo, el presente informe se justifica:

NIVEL TEÓRICO: El presente informe servirá para ampliar los conocimientos en relación a las intervenciones de enfermería que se deben desarrollar en los paciente post operado de reconstrucción de mama con colgajo TRAM.

II. Marco Teórico

2.1. Antecedentes

Drs. Mauricio Ibáñez R., Gladys Ibáñez R. Chile. (2012), en su trabajo de investigación: "**Reconstrucción mamaria con colgajo TRAM pediculado**", donde su objetivo es describir la demografía, resultados y complicaciones de las pacientes operadas por cáncer de mama y reconstruidas con colgajo TRAM., siendo su método retrospectivo, observacional y comparativo. Se revisaron las historias clínicas de las 52 pacientes operadas por los autores entre los años 2004-2010. Siendo sus resultados: En las 48 pacientes estudiadas se realizaron 50 colgajos TRAM. La comorbilidad más frecuente fue el tabaquismo (27%). La reconstrucción se realizó en un 74% (37) de manera inmediata postmastectomía y en un 26% (13) fue diferido. Se utilizó en un 78% (39) TRAM ipsilateral, 18% (9) contralateral y 4% (2) bilateral. Sólo se observaron complicaciones menores; el resultado estético evaluado por la satisfacción del cirujano fue muy bueno o excelente en un 62% (31). El tabaquismo, momento de la reconstrucción y la lateralidad no influyeron en las complicaciones ni en el resultado estético ($p > 0,05$). Conclusiones: El colgajo TRAM pediculado es una excelente alternativa de reconstrucción en pacientes mastectomizadas. No está exento de complicaciones, con una tendencia a obtener mejores resultados estéticos en el grupo no fumador.(6)

Dr. J EDUARDO GUTIÉRREZ-SALGADO * Profesor de Cirugía Plástica. Hospital Central Sur PEMEX. Facultad de Medicina UNAM.

En su publicación JE.: **“TRAM pediculado: La prueba del tiempo en reconstrucción mamaria”** El cáncer de mama ha tenido un incremento exponencial en México y en el mundo. Las mujeres mastectomizadas requieren de un procedimiento reconstructivo seguro y de resultados óptimos. La reconstrucción mamaria con tejidos autólogos ha evolucionado en 40 años de historia en los que el colgajo TRAM se mantiene como el método más común en el mundo, no obstante las variantes microquirúrgicas sofisticadas en la actualidad. Pocas son las contraindicaciones absolutas para realizar un TRAM y la mayoría de las mujeres tienen un abdomen con tejido y condiciones suficientes para realizarlo con seguridad. La técnica requiere de conocimiento anatómico y fisiológico de la pared y vascularidad muscular del TRAM; asimismo destreza y experiencia para realizarlo con buen resultado. La reconstrucción inmediata es ahora cada vez más frecuente siendo posible hacer mastectomía y reconstrucción con alta calidad en un solo tiempo quirúrgico. Las complicaciones en general deben ser bajas considerando la magnitud de la operación. El colgajo TRAM en reconstrucción mamaria a sus treinta años de descripción ha pasado la prueba del tiempo siendo vigente y seguro considerándose como el caballo de batalla en la reconstrucción con tejidos autólogos.

Este procedimiento es bien tolerado. Las complicaciones se dividen en dos: las relacionadas con el sitio donador y con el colgajo. La necrosis grasa es la complicación más frecuente relacionada con el colgajo, con una incidencia reportada del 10 al 18%. Se han identificado factores de riesgo asociados, que incluyen el tabaquismo, la obesidad y el antecedente de radiación.

La complicación más grave, la pérdida total del colgajo, es muy rara, con una incidencia menor al 2%. De la misma manera, la pérdida parcial del colgajo es una complicación poco frecuente, que cuando se presenta, puede manejarse con medidas conservadoras.

Dada la larga historia y reputación del colgajo TRAM pediculado, continúa siendo hoy en día una opción viable en la mayoría de los pacientes y se considera el procedimiento más habitual para la reconstrucción mamaria con tejidos autólogos en todo el mundo.(7)

Drs. EDUARDO VILLALÓN F, MARIO GARCÉS S, ALEJANDRA DÍAZ G, JORGE VILAFRANCA A Servicio de Cirugía. Chile (2003), en su trabajo científico "**Reconstrucción mamaria bilateral. Experiencia de los últimos 7 años**", donde se muestra la experiencia clínica en 11 pacientes mujeres portadoras de cáncer mamario bilateral, sometidas a reconstrucción mamaria bilateral con colgajo miocutáneo de recto abdominal bilateral (TRAM), entre abril de 1995 y diciembre de 2001. Se revisaron las fichas clínicas de las pacientes y se tabularon edad, tipo histológico del cáncer, factores de riesgo y complicaciones a corto y largo plazo. Finalmente, se realizó una evaluación subjetiva por las pacientes acerca de los resultados quirúrgicos.(8)

SERGIO SEPÚLVEDA P. en su Revista Médica Los Condes "**RECONSTRUCCIÓN MAMARIA**" (2015), donde refiere que en la actualidad somos capaces de ofrecer una cantidad no despreciable de técnicas de reconstrucción mamaria incluyendo aquellas basadas en el uso de prótesis, colgajo miocutáneo con isla transversa abdominal (TRAM), colgajo miocutáneo de latissimus dorsi y transferencia de tejidos libres. Se analizan indicaciones, ventajas y desventajas. Se presentan detalles sobre resultados cosméticos. La

reconstrucción con tejidos autólogos representa menos de un 25% de todas las reconstrucciones mamarias. La reconstrucción basada en expansor/implante es la forma más común de reconstrucción mamaria. Diferentes series demuestran que entre el 20 y el 30% de los pacientes puede requerir algún tipo de revisión o reposición. Dada la evolución permanente del tema y la alta demanda de solución, se requiere que el cirujano plástico tenga competencias en técnicas de reconstrucción mamaria que varían según el contexto y las circunstancias individuales de cada paciente.(9)

J. A. LOZANO, P. ROLDÁN, F. J. ESCUDERO. España (2005), en su informe titulado: **"Reconstrucción mamaria con el colgajo musculocutáneo recto abdominal transversal (TRAM)"** donde refiere que el colgajo musculocutáneo de recto abdominal transversal ha sido la técnica quirúrgica más utilizada en reconstrucción mamaria autógena. Proporciona una nueva mama con volumen adecuado, ptosis, aspecto natural y no requiere la implantación de prótesis, obteniéndose una buena simetría con la mama contralateral, que perdura en el tiempo. El inconveniente de esta técnica es la morbilidad de la pared abdominal. Este colgajo sacrifica el músculo y la vaina anterior del recto que puede tener consecuencias como hernias y eventraciones. Para minimizar este problema se desarrolló el colgajo de recto abdominal microquirúrgico, que sólo sacrifica una porción muscular, disminuyendo significativamente el número de secuelas. Como inconveniente presenta la dificultad de la técnica quirúrgica, requiriendo dominio de la microcirugía vasculonerviosa. En conclusión, se puede devolver a la mujer mastectomizada una nueva mama de forma completamente autógena, con volumen, forma y

textura similares al lado sano que ayude, en definitiva, a recuperar la autoestima perdida. (10)

GUSTAVO CHAVARRÍA-LEÓN (Costa Rica). (2002). en su Informe titulado **“Reconstrucción mamaria con colgajo recto abdominal: reporte de primeros 15 casos”** donde refiere que las opciones terapéuticas y reestructivas disponibles hoy en día para las mujeres con cáncer mamario son numerosas. De los métodos disponibles para la reconstrucción mamaria autóloga el colgajo recto abdominal ha sido el más popular. Es un colgajo que incluye la piel, el tejido graso y el músculo recto abdominal, este conjunto es llevado con su irrigación de la arteria epigástrica superior hasta el defecto de la mastectomía, en el tórax. El colgajo recto abdominal (TRAM) ha sido calificado por algunos líderes en el campo de la Cirugía Plástica como el procedimiento más ingenioso realizado en esta especialidad. Entre abril de 1999 y diciembre 2000 realizamos 15 reconstrucciones mamarias utilizando el TRAM. La reconstrucción fue unilateral en catorce casos y bilateral en un caso. En trece pacientes se utilizó un pedículo contralateral y en dos el pedículo fue ipsilateral. Como complicaciones tuvimos dos hernias abdominales, una necrosis grasa parcial y un hematoma, todas fueron resueltas satisfactoriamente. La reconstrucción inmediata ofrece ventajas sobre la reconstrucción retardada . En nuestro país podemos realizar tanto la reconstrucción retardada como inmediata y en los equipos de trabajo (oncólogos, cirujanos generales, cirujanos plásticos, psiquiatras, etc.) se debe fomentar la reconstrucción inmediata.(11)

LUIS ALBERTO ROCCA YARASCA. Lima (2008), en su tesis titulada: "Resultados de la reconstrucción mamaria con colgajo miocutáneo transversal de recto abdominal: Hospital Edgardo Rebagliati Martins, EsSalud, años 2002-2004", siendo su objetivo principal describir los principales resultados de la reconstrucción mamaria con colgajo TRAM en pacientes mastectomizadas en el Hospital Edgardo Rebagliati Martins, EsSalud de Lima – Perú durante el período comprendido entre el 01 de enero del 2002 al 31 de diciembre del 2004.

Conclusiones: En el Hospital Edgardo Rebagliati Martins - EsSalud se realiza reconstrucciones mamarias con colgajo TRAM como parte del tratamiento de la paciente mastectomizada.

La reconstrucción mamaria diferida se realiza con más frecuencia que la reconstrucción inmediata.

El 80,8% de pacientes con reconstrucción mamaria mediante colgajo TRAM presentó complicaciones.

Las complicaciones más frecuentes fueron: necrosis grasa, necrosis parcial del colgajo, infección de herida operatoria, equimosis, dehiscencia de herida operatoria, y eventración abdominal.(12)

2.2.- Marco Conceptual

La reconstrucción mamaria es un procedimiento frecuente en la práctica del cirujano plástico, dada la alta prevalencia del cáncer de mama y con tendencia a aumentar en su solicitud por parte de las mujeres mastectomizadas, tanto en forma primaria como diferida.

De las múltiples opciones de reconstrucción con tejidos autólogos, la más popular en los últimos años es la utilización del tejido abdominal como área donante, en sus múltiples variantes.

Ya que la mayoría de las mujeres a reconstruir se encuentran entre la cuarta y quinta décadas de la vida, es de esperar que un alto porcentaje de las mismas presentarán mamas con algún grado de ptosis contra-lateral susceptible de ser corregida. Además, puede existir algún grado de hipertrofia mamaria que eventualmente pueda ser corregida, teniendo en cuenta que la mamoplastia de reducción junto con la corrección de ptosis son cirugías de práctica frecuente y de las que mayor índice de satisfacción logran.

Por lo tanto, nuestra línea de pensamiento nos conduce a considerar que a la paciente que va a ser reconstruida y que presenta una mama remanente con algún grado de ptosis, se le puede plantear la opción de corrección de la mama contralateral sana en el mismo acto quirúrgico de la reconstrucción, con o sin reducción de su volumen. Esto nos permitirá una reconstrucción con colgajos músculo-cutáneos más pequeños. Disminuimos así los riesgos de necrosis al utilizar las zonas de mejor irrigación del colgajo TRAM (zonas I y II) y poder descartar la zona IV y eventualmente la zona III.

El procedimiento de simetrización simultánea no aumenta en demasía el tiempo quirúrgico ni la morbilidad operatoria de la reconstrucción. Necesitaremos menor volumen de tejido abdominal

para la misma, lo que es importante en pacientes delgadas con poco excedente tisular abdominal y además, evitamos intervenciones mayores posteriores sobre la mama sana.

Realizamos un protocolo de estudio para el análisis prospectivo de pacientes en las que se planteó una reconstrucción mamaria con colgajo TRAM pediculado y simetrización simultánea a la reconstrucción, mediante diferentes técnicas de mamoplastia para tratamiento de la mama sana. Nuestro objetivo es lograr la mayor simetría posible a expensas de copiar la mama contralateral en cuanto a su tamaño, forma y grado de ptosis, sin apartarnos de los patrones de belleza actuales, acordes a la edad y fundamentalmente a los deseos de la paciente. Analizamos los resultados a largo plazo mediante el análisis del grado de satisfacción logrado, la necesidad de intervenciones complementarias para lograr la simetría deseada, la aparición de complicaciones y la forma de recuperación de las pacientes.

Los criterios de inclusión para este trabajo fueron todas aquellas pacientes en las que se planteó reconstrucción mamaria con tejidos autólogos, ya fuera diferida o inmediata a la mastectomía, que presentaban una mama remanente con tamaño o grado de ptosis susceptible de corrección. El punto más importante para la selección de pacientes fue el que ellas aceptaran la modificación de la mama remanente.

Estudiamos en forma prospectiva 5 pacientes en las que se realizó mastectomía simple o radical modificada por patología mayoritariamente maligna, reconstruidas durante el período comprendido entre los años 2002 y 2006, en la Cátedra de Cirugía Plástica y Quemados de la Facultad de Medicina de la Universidad

de la República (Hospital de Clínicas, Montevideo, Uruguay). El rango de edad de las pacientes fue de entre 28 a 67 años. (13)

2.2.1.- RECONSTRUCCIÓN MAMARIA.

La reconstrucción de mamas es una intervención quirúrgica que permite devolver a una mujer el aspecto original de sus mamas, probablemente después de haber sufrido un cáncer, un accidente o un traumatismo, que ha causado un daño severo a uno o ambos senos. (14)

2.2.2.- HISTORIA

La reconstrucción mamaria es parte fundamental del tratamiento de la mujer mastectomizada. Aunque los primeros intentos de reconstruir una mama se remontan a finales del siglo XIX, no fue hasta la década de los setenta del siglo XX que se desarrollan progresivamente las diversas técnicas empleadas en la actualidad. Hasta dicha década la reconstrucción mamaria no logró popularidad, debido principalmente a las enseñanzas de Halsted, que consideraba que la cirugía plástica violaba el control local del cáncer. Tras comprobarse que la reconstrucción mamaria no influía negativamente sobre la enfermedad neoplásica, sino que era trascendental para la rehabilitación física y psicológica de la paciente, su desarrollo se ha visto favorecido por varios avances: la tendencia a técnicas de mastectomía menos agresivas, que facilitan la cobertura cutánea; la introducción y progreso de las prótesis mamarias de silicona; la implantación submuscular de las prótesis, que previene complicaciones locales; la técnica de expansión tisular mamaria; y grandes avances en el conocimiento anatómico de los diversos colgajos disponibles, especialmente los musculocutáneos y los transferidos micro-quirúrgicamente.(14)

2.2.3.- Reconstrucción mamaria con colgajo TRAM

- Ausencia de mama postmastectomía radical, uni o bilateral.
- Alta oncológica.
- Haber concluido el período genésico.
- Panículo adiposo abdominal mayor de 3 cm de grosor.
- Ausencia de cicatrices abdominales.
- Ausencia de hernias o debilidades de la pared abdominal.
- Edad menor de 60 años.
- No hábito de fumar.
- Lesión de la arteria tóraco dorsal durante la mastectomía.
- Ausencia de enfermedades crónicas descompensadas tales como diabetes, HTA, cardiopatías, epilepsia, trastornos psiquiátricos.

2.2.4.- Participación de cada profesional y servicio implicado

El grupo multidisciplinario de cáncer de mama debe dar el alta oncológica de las pacientes y su aprobación para esta reconstrucción. Los cirujanos mastólogos participan en las reconstrucciones inmediatas conjuntamente con los cirujanos reconstructivos y en las mediatas por la técnica de colgajo TRAM.

2.2.5. Preoperatorio

1. Indicar por consulta externa el chequeo preoperatorio necesario e indispensable.
2. El día previo a la cirugía se hacen las siguientes indicaciones:
 - En ayunas desde las 6 PM.
 - Rasurar el pubis o axilas de acuerdo a la técnica seleccionada.
 - Cefazolina 1 g EV a las 6 AM y transoperatorio.
 - Diazepam (5 mg) 1 tableta 9 PM.
 - Consulta de anestesia.

- Planificación de la operación (diseño de los colgajos).
- Enemas evacuantes 9 PM (en casos de reconstrucción con colgajo TRAM).

2.2.6. Técnicas quirúrgicas

Reconstrucción con colgajo TRAM

- 1^{er} tiempo (Retraso)

Incisión de uso de piel infraumbilical hasta la aponeurosis y ligadura de la arteria epigástrica inferior a su entrada en la vaina del músculo recto anterior contralateral a la mama a reconstruir; resutura de la isla de piel en su sitio.

- Incisión horizontal supra púbrica que coincida con el borde inferior del uso de piel y se extiende hacia las espinas ilíacas antero superiores.
- Desinserción del ombligo.
- Decolado a nivel de las aponeurosis musculares hasta el apéndice xifoides.
- Tracción del colgajo y corte del exceso de piel y grasa sobrantes.
- Incisión de la hoja anterior de la vaina del músculo recto anterior y sección del mismo distalmente al uso de piel.
- Desinserción del músculo con respecto a la hoja posterior de la vaina hasta el nivel del arco costal.
- Marcaje del surco submamario en la piel con sutura continua en hilván.
- Exéresis de la cicatriz de la mastectomía y decolado subcutáneo hasta la marca del surco submamario para confeccionar bolsillo para la isla de piel.

- Labrado de túnel subcutáneo por encima del esternón para a través de él interpolar el colgajo muscular con su isla de piel y posicionarlo en el sitio de la neomama.
- Reparación del defecto de la pared abdominal.
- Transposición del ombligo.
- Sutura de piel del abdomen dejando drenajes.
- Sutura del uso de piel a los bordes de la herida pectoral dejando drenaje por debajo del colgajo.

3er tiempo (reconstrucción del complejo areola-pezón y mastoplastia reductora contra lateral a los 3 meses)

- Reconstrucción del pezón empleando la técnica de la raya (diseño de 3 pequeños colgajos en forma hoja de trébol, se levanta el del medio y se cubre la cara cruenta del mismo por aproximación de los laterales).
- Reconstrucción de areola empleando injerto de areola contra lateral si macrotelia, o empleando injerto de piel total de la cara interna del muslo.
- Mastoplastia reductora de la mama contra lateral para compensar la anisomastia.

Reconstrucción con colgajo de músculo dorsal ancho

- 1.er tiempo
- Incisión de uso de piel y grasa hasta la aponeurosis.
- Desinserción del músculo de sus inserciones en la fascia lumbar y en los procesos espinosos de las vértebras dorsales, manteniendo su inserción en el húmero por donde entra el pedículo de la arteria tóracodorsal.

- Exéresis de la cicatriz pectoral y decolado de la piel y TCS para confeccionar un bolsillo para la prótesis y el uso de piel.
- Confección de un túnel a través de la axila y transpolación del músculo con la isla de piel a través del mismo hasta la región pectoral.
- Cierre de la zona donante del uso de piel en la espalda dejando drenaje.
- Colocación de la prótesis de silicona sobre la parrilla costal y cubrimiento de la misma con el músculo y el uso de piel.
- Fijación del músculo dorsal alrededor de la prótesis a la parrilla costal.
- Sutura de la isla de piel a los bordes de la herida pectoral dejando drenaje.

2 o tiempo (3 meses después)

- Reconstrucción del complejo areola-pezones y mastoplastia reductora contralateral como descrito anteriormente.

2.2.7. Postoperatorio

Se hacen las siguientes indicaciones:

- Alimentación parenteral con dextrosa 5 %.
- Dipirona 600 mg 1 amp IM cada 8 h
- Gravinol 10 mg 1 amp IM si vómitos
- Cefazolina 1 g EV a las 6 PM
- Vigilar sangramiento por drenajes.
- Monitoreo del colgajo cada 2 horas (coloración y llene capilar).

- A las 24 horas de operado se hace cura seca con alcohol por el médico y medir la colección del drenaje.
- Se retira el drenaje cuando la colección sea menor de 10 mL en 24 h.
- Se da el alta al 4to día de operada si no hay complicaciones.
- Se retirarán los puntos de sutura a los 15 días.
- Se indica empleo de faja abdominal durante 6 meses para prevenir cicatrices ensanchadas y hernias de la pared abdominal a pacientes operadas con colgajo TRAM.
- El seguimiento por consulta externa será semanal hasta el mes de operada y luego cada 3 meses hasta el año de operada. Las pacientes deben continuar simultáneamente su seguimiento por consulta de oncología.



Figuras 1 y 2.

Pre y post operatorio de RM inmediata post MRM con conservación de piel, con colgajo TRAM pediculado previo a reconstrucción de areola

2.2.8. Teoría de enfermería

CALIXTA ROY "MODELO DE ADAPTACIÓN"

Nivel de adaptación

Según Roy, "el nivel de adaptación representa la condición del proceso vital y se describe en tres niveles: integrado, compensatorio y comprometido"

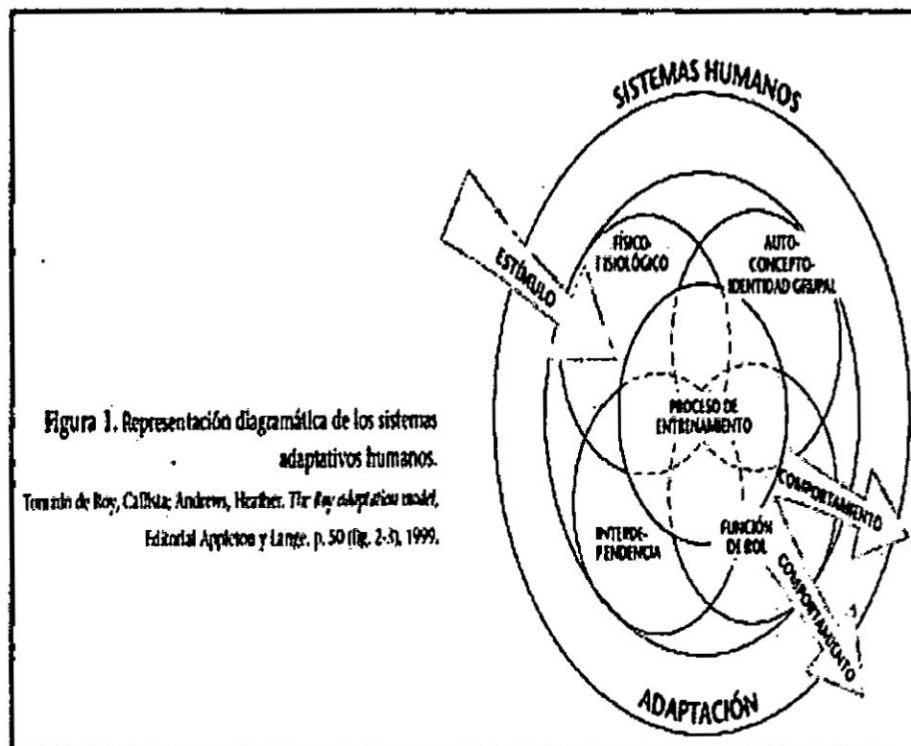
El nivel de adaptación integrado describe las estructuras y funciones de los procesos vitales que trabajan como un todo, para satisfacer las necesidades humanas. Este nivel puede observarse en una consulta de control de crecimiento y desarrollo, cuando se presenta un niño con un desarrollo psicomotor acorde con su edad y sin ninguna alteración en su estado de salud.

En el nivel compensatorio los mecanismos reguladores y cognitivo se activan, como un reto de los procesos integrados para buscar respuestas adaptativas, procurando restablecer la organización del sistema. Esta puede ser la situación de una persona con enfermedad pulmonar obstructiva crónica, quien mantiene presiones arteriales de oxígeno bajas y presiones de CO₂ elevadas, como un estímulo indispensable para mantener una respuesta adecuada en la función de oxigenación y circulación.

El nivel de adaptación comprometido se presenta cuando las respuestas de los mecanismos mencionados son inadecuadas y, por lo tanto, resulta un problema de adaptación. El nivel de adaptación se encuentra comprometido en una gestante con preeclampsia, en la cual las respuestas del organismo al estado actual de gestación

pueden llegar a comprometer el desarrollo y la vida de la madre y del niño.

La condición cambiante del nivel de adaptación afecta la habilidad del sistema adaptativo humano para responder positivamente a la situación. Actúa como un sistema de amortiguación del estímulo focal y se comporta a su vez como otro estímulo; de aquí la importancia de establecer el nivel previo a la situación actual del individuo. El nivel de adaptación depende fundamentalmente de la estructuración de los subsistemas regulador y cognitivo, que constituyen los mecanismos de enfrentamiento de la persona.



Mecanismos de enfrentamiento

El subsistema regulador es el proceso que se opera en el sistema adaptativo humano para enfrentar los estímulos. Se

basa en las respuestas del sistema neuroquímico ante un estímulo y su acción sobre los órganos efectores. Las entradas son de naturaleza química y se transmiten a través de los sistemas circulatorio y nervioso.

El subsistema cognitivo es el otro sistema que permite el enfrentamiento de los estímulos. Este proceso se fundamenta en las actividades complejas que desarrolla el sistema nervioso central, para interpretar los estímulos ambientales internos y externos. Según Roy, la cognición se relaciona con "las habilidades humanas de pensar, sentir y actuar", y ha seleccionado el modelo de Luria para explicar el procesamiento de la información, de tal forma que la estructura es el cerebro, los procesos son neuropsicológicos y la base del conocimiento tiene relación con la experiencia y la educación.

El centro del modelo de procesamiento de la información está determinado por los procesos cognitivos de la persona: el estado de alerta-atención, la sensación-percepción, la formación y codificación de conceptos, la memoria, el lenguaje, la planeación y las respuestas motoras.

Los procesos cognitivos pueden expresarse a través de funciones motoras, como el lenguaje, los movimientos y la expresión corporal, los cuales están enmarcados por la conciencia, que tiene la capacidad de percibir e interpretar los estímulos del medio ambiente. Roy destaca que existe una interrelación permanente entre los estímulos y la conciencia.

Con lo anterior se puede concluir que el individuo al enfrentarse a una situación (estímulo) la evalúa, y con base

en su experiencia y conocimientos desencadena una respuesta; según esto, el proceso cognitivo también está influenciado por el proceso emocional.

El profesional de enfermería, al identificar el estímulo, relaciona sus conocimientos con la situación que está enfrentando la persona, para lograr así comprender las respuestas que se manifiestan a través de los modos de adaptación físico-fisiológico y psicosocial.

Salud

Es el proceso de ser y llegar a ser un todo integrado. Salud significa adaptación. Según las circunstancias de su ambiente, la persona se adapta de una forma diferente; esto lleva a que los individuos sean cada vez más complejos y tengan un mayor crecimiento.

Meta de enfermería

Es la promoción de la adaptación del sistema humano. La adaptación busca mantener la integridad y la dignidad; contribuye a promover, mantener y mejorar la salud, la calidad de vida, y a morir con dignidad.

CONCLUSIÓN

El análisis de los conceptos mencionados en el modelo teórico de Callista Roy permite enfocar el cuidado de enfermería en la disminución de las respuestas inefectivas, para lo cual se debe identificar la causa de estas y lograr así los resultados esperados.

Al revisar y analizar los conceptos del modelo se unifican las relaciones que se producen entre la persona, el ambiente y la

enfermería, y se involucran dentro de estos los estímulos, que se traducen en respuestas adaptativas o inefectivas, lo cual determina el nivel de adaptación. Por lo tanto, el profesional de enfermería debe actuar para promover las situaciones de bienestar, y así mejorar el nivel de adaptación de las personas y las respuestas adaptativas frente a los diferentes estímulos.(16)

2.3.- DEFINICIÓN DE TÉRMINOS

- **Anestesia general:** Medicamentos y/o gases utilizados durante una cirugía para aliviar el dolor y alterar la conciencia.
- **Injerto:** técnica quirúrgica para recrear tu areola y pezón.
- **Anestesia local:** un medicamento se inyecta directamente en el sitio de incisión de una operación para aliviar el dolor.
- **Anestesia regional:** medicamentos son aplicados de manera que quitan el dolor en un área completa del cuerpo, por ejemplo todo el pecho, o todo el abdomen.
- **Areola:** piel pigmentada que rodea el pezón.
- **Área donadora:** un área del cuerpo de donde el cirujano toma piel, músculo y grasa para reconstruir un seno; comúnmente localizada en áreas poco visibles como la espalda, el abdomen o los glúteos.

- **Aumento mamario:** también conocida como mamoplastía de aumento; es aumentar el busto por medio de cirugía.
- **Colgajo:** técnica quirúrgica usada para reposicionar tu propia piel, músculo y grasa para reconstruir o cubrir tu busto.
- **Colgajo DIEP:** Colgajo de la arteria perforante de la arteria epigástrica inferior profunda (Deep Inferior Epigastric Perforator artery) colgajo que toma tejido del abdomen.
- **Colgajo dorsal ancho:** Técnica que utiliza músculo, grasa y piel tunelizados debajo de la piel y tejidos de la espalda, para reconstruir un seno, y permanecen unidos a su sitio donador, dejando el aporte de sangre intacto.
- **Colgajo SGAP:** colgajo de la arteria glútea superior (superior gluteal artery), que toma tejido de el área de los glúteos
- **Colgajo TRAM:** colgajo musculocutáneo transverso del recto abdominal (transverse rectus abdominus musculocutaneous), técnica que utiliza músculo, grasa y piel de tu propio abdomen para reconstruir el busto.
- **Contractura capsular:** Una complicación de la cirugía de implantes mamarios que ocurre cuando tejido cicatrizal que se forma normalmente alrededor de un implante se tensa y aprieta el implante y se vuelve firme.

- **Expansión tisular:** Técnica quirúrgica para estirar tu propio tejido sano y crear nueva piel para cubrir un implante mamario.
- **Hematoma:** acumulación de sangre debajo de la piel.
- **Mastectomía:** cirugía para quitar por completo el seno, generalmente para remover por completo el cáncer.
- **Mastopexia:** cirugía para levantar los senos, también conocido como breast lift.
- **Reducción mamaria:** reducción del tamaño y levantamiento del busto.
- **Sedación intravenosa:** administración de sedantes a través de la vena, para ayudar a relajarte.

III. EXPERIENCIA PROFESIONAL

3.1.- Recolección de datos

Para el desarrollo del presente informe de experiencia laboral profesional se procedió a recolectar los datos, empleando la técnica de revisión documentaria, estadísticos del servicio de cirugía plástica durante el año 2013 al 2016,

Se tuvo que recolectar datos de las históricas clínicas y de los cuadernos de registros de ingresos y salidas de los pacientes del servicio 8B cirugía plástica reconstructiva

Por lo que se procedió a:

1. Recolección de Datos: Se coordinó con el área de estadística el cual brindó la información de los tres últimos años. Además de recolectar datos del cuaderno de ingreso y salida de las pacientes.
2. Procesamiento de Datos:
3. Resultados: se realizaron con los datos recolectados de los instrumentos anteriormente señalados.
4. Análisis e interpretación de resultados: con los datos encontrados

3.2.- Experiencia Profesional

- Mi ejercicio profesional comienza en el mes de Agosto de 1995, trabajando en el P.S. Pumcupata de la Micro Red Puttaca, de la Red de Servicios de Salud Huamanga. Posteriormente en 1996 trabajé en el P.S. Chacolla de la Micro Red Pomabamba, del distrito de Chuschi, de la Provincia de Cangallo, de la Dirección Regional de Salud – Ayacucho, por el Programa de Salud Básicos para Todos, desarrollando la mayoría los Programas del MINSA, dentro de las actividades intra – extramurales

Programas: PAI, CRED, PACFO, CIDA, PRONACEDCO, PF,TBC, etc. En el desempeño de las mismas, se brindaron charlas educativas preventivo promocionales a las diversas comunidades de la jurisdicción del MINSA.

Luego trabajé en el PSI "El Ingenio" – Hospital Provincial Nazca, Dirección Regional Salud Ica en el año 1997, llevando a cabo los Programas antes mencionados por el MINSA desarrollando actividades preventivo promocionales y de hospitalización transitoria. En los años 1998-1999 laboré en el Puesto de Salud de Huantan Red Cañete – Yauyos por el Programa Salud Básica para Todos orientados a desarrollar atención de salud preventivo promocional en las atenciones masivas, con todo el equipo de salud en las diversas comunidades de la jurisdicción.

En Mayo del 2002 ingreso a trabajar por convocatoria Nacional al Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins iniciando mis labores en el Servicio de Cirugía de Vías Biliares – Tumores de Tejidos Blandos (3A) desempeñando en el cargo de Enfermera Asistencial atendiendo a pacientes en el pre y post operatorios desarrollando cuidados quirúrgicos para la especialidad hasta el 2008.

En los años 2008 – 2010 he trabajado en el área de Cirugía Plástica Reconstructiva y Hematología, desempeñándome como Enfermera Asistencial.

Posteriormente en el año 2010 continuo como enfermera asistencial hasta la actualidad en el área de Cirugía Plástica Reconstructiva y Radioterapia

- **Descripción del Área Laboral**

El servicio de cirugía plástica reconstructiva y radioterapia esta constituido diez médicos asistenciales, nueve enfermeras y seis

tecnicos de las cuales hay un medico jefe y una enfermera jefe y una enfermera coordinadora. Asimismo, este servicio consta de 24 camas de las cuales 20 son designadas para cirujia reconstructiva y 4 para radioterapia (pacientes con cáncer de cuello uterino).

- **Funciones Desarrolladas en la Actualidad**

Área asistencial, atención inmediata y oportuna al paciente desde el periodo pre-quirúrgico:

Recepción del paciente dando palabras de bienvenida al servicio e informando todos los deberes y derechos que le asisten como paciente. Asimismo infórmele de toda la infraestructura que contamos para darle su atención mas optima.

Indicar todos los cuidados sanitarios que debe tener durante el periodo hospitalario.

Explicarle con un lenguaje sencillo los cuidados pre y post-operatorios e ilustrarle con imágenes a travez de un tríptico.

En algunas oportunidades se asumen gestiones administrativas por falta de personal.

3.3- Procesos realizados en el tema del informe

Se desarrollo la elaboración de un boletín informativo (tríptico) para la enseñanza y difusión de los aspectos mas importantes de la cirujia reconstructiva de mama con colgajo TRAM y los cuidados que se deben de tener en el pre y post-operatorio para lograr obtener los mas óptimos resultados tanto en el aspecto físico como el psicológico y social.

En el área de Cirujia Plástica atendemos a pacientes con diferentes patologías que implique reconstrucción de tejidos. Por ejemplo: Secuelas de mastectomía (reconstrucción de mama con colgajo

TRAM y/o lipoinjerto); úlceras varicosas (injerto de piel parcial o total), úlceras postraumáticas y/o quirúrgicas (reconstrucción con colgajo); cicatrices coloides, CA Basocelulares, etc.

con respecto a Radioterapia, es referente a pacientes con tratamiento de Braquiterapia, es decir, radiación intracavitaria en el útero (cáncer cérvix uterino)

IV. RESULTADOS

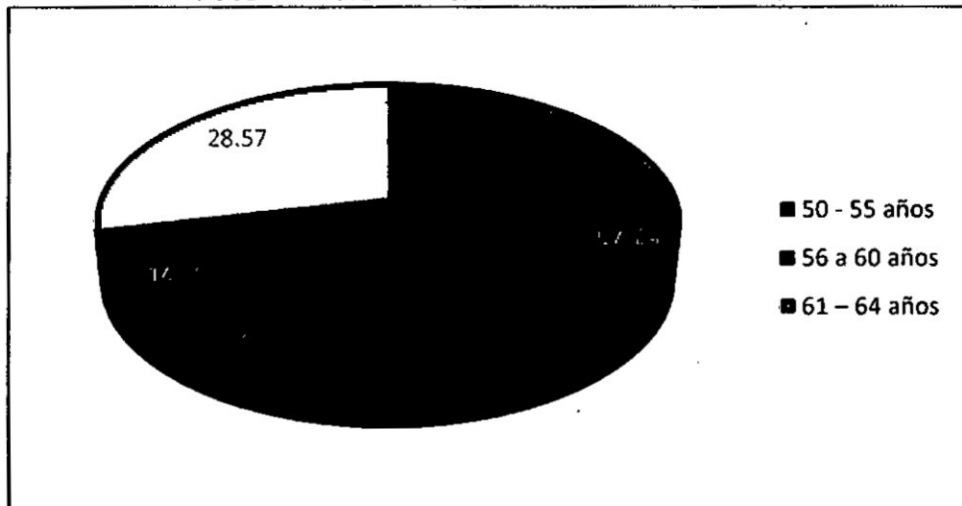
CUADRO N° 4.1

**PREVALENCIA DE EDADES DE PACIENTES MASTECTOMIZADOS
OPERADAS CON RECONSTRUCCIÓN DE COLGAJO TRAM
PACIENTES INTERVENIDOS AÑO 2013**

Edades	Pacientes	%
50 - 55 años	4	57.14
56 a 60 años	1	14.29
61 - 64 años	2	28.57
	7	100.00

GRÁFICO N° 4.1

**PREVALENCIA DE EDADES DE PACIENTES MASTECTOMIZADOS
OPERADAS CON RECONSTRUCCIÓN DE COLGAJO TRAM
PACIENTES INTERVENIDOS AÑO 2013**



Se observa en el gráfico que el año 2013 del total de pacientes atendidos mastectomizadas post operadas de reconstrucción de mama con colgajo TRAM, el 57.14% (4) oscilan entre los 50 – 55 años; el 14.29% (1) fluctúa de 56 – 60 años y el 28.57% (2) entre los 61-64 años de edad.

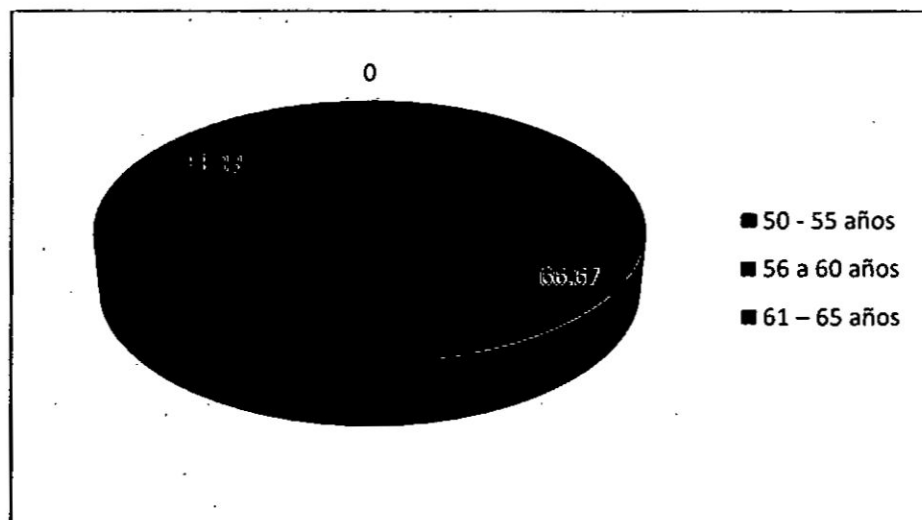
CUADRO N° 4.2

**PREVALENCIA DE EDADES DE PACIENTES MASTECTOMIZADOS
OPERADAS CON RECONSTRUCCIÓN DE COLGAJO TRAM
PACIENTES INTERVENIDOS AÑO 2014**

Edades	Pacientes	%
50 - 55 años	4	66.67
56 a 60 años	2	33.33
61 - 65 años	-	
	6	100.00

GRÁFICO N° 4.2

**PREVALENCIA DE EDADES DE PACIENTES MASTECTOMIZADOS
OPERADAS CON RECONSTRUCCIÓN DE COLGAJO TRAM
PACIENTES INTERVENIDOS AÑO 2013**



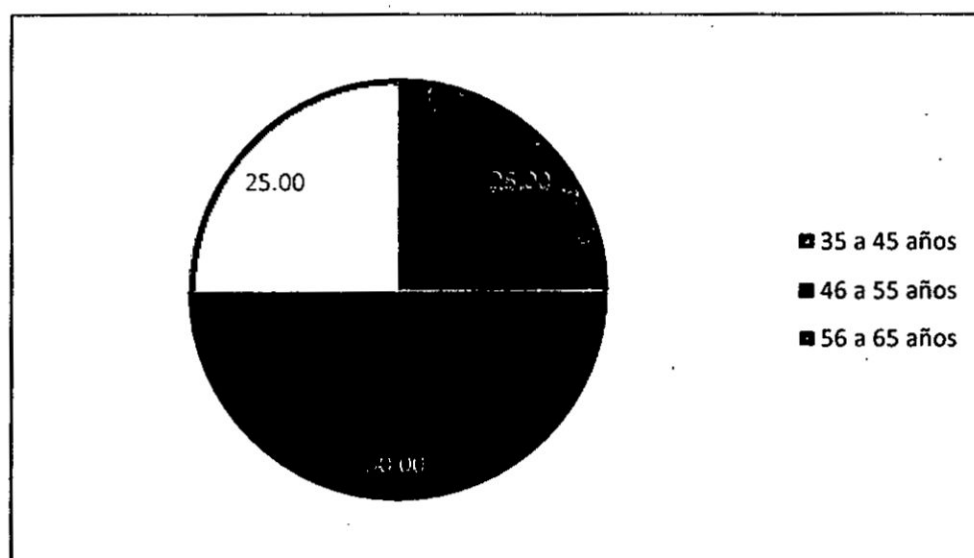
Se observa en el gráfico que para el año 2014 del total de pacientes atendidos mastectomizadas post operadas de reconstrucción de mama con colgajo TRAM, el 66.67% (4) oscilan entre los 50 – 55 años; mientras que en un 33.33% son pacientes cuyas edades fluctúan entre los 56-60 años de edad.

CUADRO N° 4.3
PREVALENCIA DE EDADES DE PACIENTES MASTECTOMIZADOS
OPERADAS CON RECONSTRUCCIÓN DE COLGAJO TRAM
PACIENTES INTERVENIDOS AÑO 2015

Edades	Pacientes	%
35 a 45 años	2	25.00
46 a 55 años	4	50.00
56 a 65 años	2	25.00
	8	8.00

GRÁFICO N° 4.3

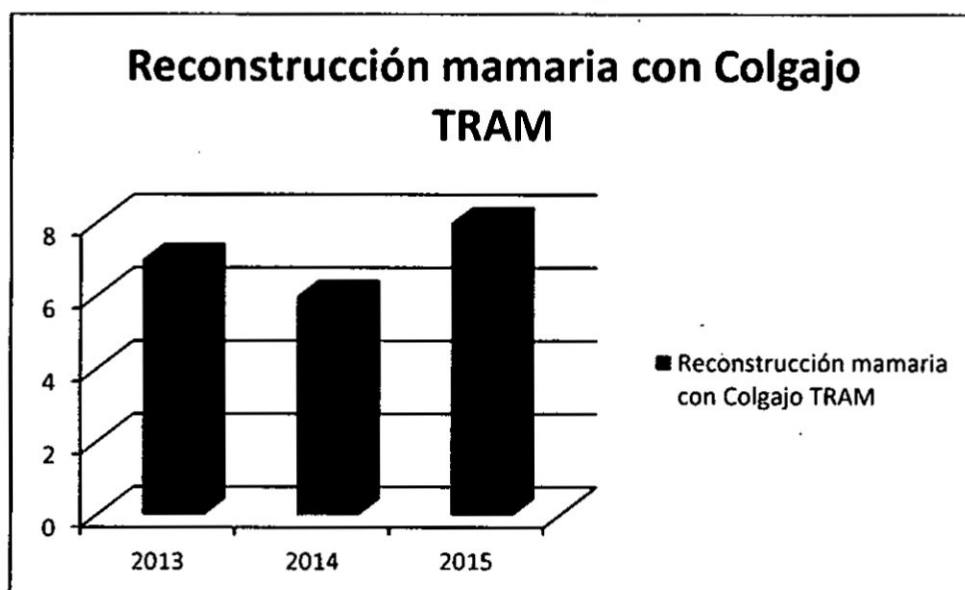
PREVALENCIA DE EDADES DE PACIENTES MASTECTOMIZADOS
OPERADAS CON RECONSTRUCCIÓN DE COLGAJO TRAM
PACIENTES INTERVENIDOS AÑO 2015



Se observa en el gráfico que el año 2015 del total de pacientes atendidos mastectomizadas post operadas de reconstrucción de mama con colgajo TRAM, el 25%(2) oscilan entre los 35 – 45 años y 45-55 años y el 50% (2) fluctúa de 56 – 65 años de edad.

**CUADRO N° 4.4
FRECUENCIA DE PACIENTES ATENDIDOS CON
RECONSTRUCCIÓN MAMARIA CON COLGAJO TRAM
EN LOS AÑOS 2013 – 2014 - 2015**

	2013	2014	2015
Reconstrucción mamaria con Colgajo TRAM	7	6	8



En el servicio de cirugía plástica reconstructiva 8B del Hospital Edgardo Rebagliati Martins- Essalud, es una institución de referencia donde se atienden pacientes de todo el país, para efectos de nuestro estudio se han atendido entre los años 2013 al 2015 a 21 pacientes mastetomizadas que fueron intervenidas en nuestro servicio con reconstrucción de mama con colgajo TRAM,

V. CONCLUSIONES

- A.- La mayoría de las pacientes atendidas en el servicio 8B post operadas de reconstrucción de mama con colgajo TRAM, logran obtener un cambio radical en su imagen corporal, recobrando así el aspecto físico y feminidad temporalmente perdidos; no obstante se pueden presentar cuadros de complicaciones principalmente sufrimiento de colgajo debido a factores intrínsecos y/o técnicas operatorias.

- B.- El profesional de enfermería dentro de su cuidado está orientado en gran parte a fortalecer el aspecto psíquico emocional y social del paciente.

- C.- De acuerdo a los resultados obtenidos, podemos apreciar que en los últimos años en el Servicio de Cirugía Plástica se han intervenido a pacientes con cáncer de mama que cursan la tercera década para ser reconstruidas.

VI. RECOMENDACIONES

- A.- Los pacientes deben ser informados oportunamente de las posibles complicaciones que se pueden suscitar después de una cirugía de reconstrucción de mama con colgajo TRAM, de manera que pueda asumir con responsabilidad los riesgos de su nueva imagen.

- B.- Promover en las pacientes que llega con las expectativas de adquirir mejoras en su feminidad; la revaloración del aspecto espiritual y emocional del ser humano, minimizando el aspecto puramente estético, en aras de alcanzar la salud bajo un contexto holístico.

- C.- Al Ministerio de Salud brindar apoyo a las mujeres mastectomizadas a través de un programa que les ofrezca terapia física y psicológica e integrada a la familia.

VII. REFERENCIALES

1. **AMERICAN CANCER SOCIETY.** Reconstrucción de mama con colgajo TRAM. 2013
2. **ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD.** Incidencia de cáncer de mama. Lima 2012
3. **ANDRADE WN, SEMPLÉ JL.:** "Patient self-assessment of the cosmetic results of breast reconstruction". *Plast Reconstr Surg* 2006;117(1):44
4. **DREVER JM.:** "The epigastric island flap". *Plast Reconstr Surg* 1977;59(3):343.
5. **GANDOLFO EA.:** "Breast reconstruction with a lower abdominal myocutaneous flap". *Br J Plast Surg* 1982;35(4):452.
6. **DRS. MAURICIO IBÁÑEZ R., GLADYS IBÁÑEZ R. Chile. (2012),** en su trabajo de investigación: "Reconstrucción mamaria con colgajo TRAM pediculado",
7. **Dr. J EDUARDO GUTIÉRREZ-SALGADO** Profesor de Cirugía Plástica. Hospital Central Sur PEMEX. Facultad de Medicina UNAM. En su publicación JE.: "TRAM pediculado: La prueba del tiempo en reconstrucción mamaria. México"
8. **Drs. EDUARDO VILLALÓN F, MARIO GARCÉS S, ALEJANDRA DÍAZ G, JORGE VILAFRANCA A** Servicio de Cirugía. Chile (2003)
9. **SERGIO SEPÚLVEDA P.** en su Revista Médica Los Condes "RECONSTRUCCIÓN MAMARIA" (2015),
10. **J. A. LOZANO, P. ROLDÁN, F. J. ESCUDERO.** España (2005), en su informe titulado: "Reconstrucción mamaria con el colgajo musculocutáneo recto abdominal transversal (TRAM)"
11. **GUSTAVO CHAVARRÍA-LEÓN** (Costa Rica). (2002). en su Informe titulado "Reconstrucción mamaria con colgajo recto abdominal: reporte de primeros 15 casos "

12. **LUIS ALBERTO ROCCA YARASCA.** Lima (2008), en su tesis titulada: "Resultados de la reconstrucción mamaria con colgajo miocutáneo transverso de recto abdominal: Hospital Edgardo Rebagliati Martins, EsSalud, años 2002-2004",
13. **CASTAÑO GIACHERO.** Cirugía Plástica. Reconstrucción mamaria con colgajo músculo cutáneo (TRAM). 2010
14. **REVISTA ECURED.** Concepto, Historia de la Reconstrucción mamaria. 2016
15. **REVISTA ECURED.** Reconstrucción Mamaria. Disponible en: www.doctoragrande.com/reconstruccion_de_mamas.php
16. **ALBORNOZ Jorge.** Teoría de Enfermería de Callista Roy. Nivel de Adaptación. 2003

ANEXOS

ANEXO N° 1

**IMAGEN DE PACIENTE CON SECUELA DE MASTECTOMÍA
DERECHA (MARCADO EN EL PREOPERATORIO INMEDIATO)**



Fuente: Elaboración propia, 2015

ANEXO N° 2

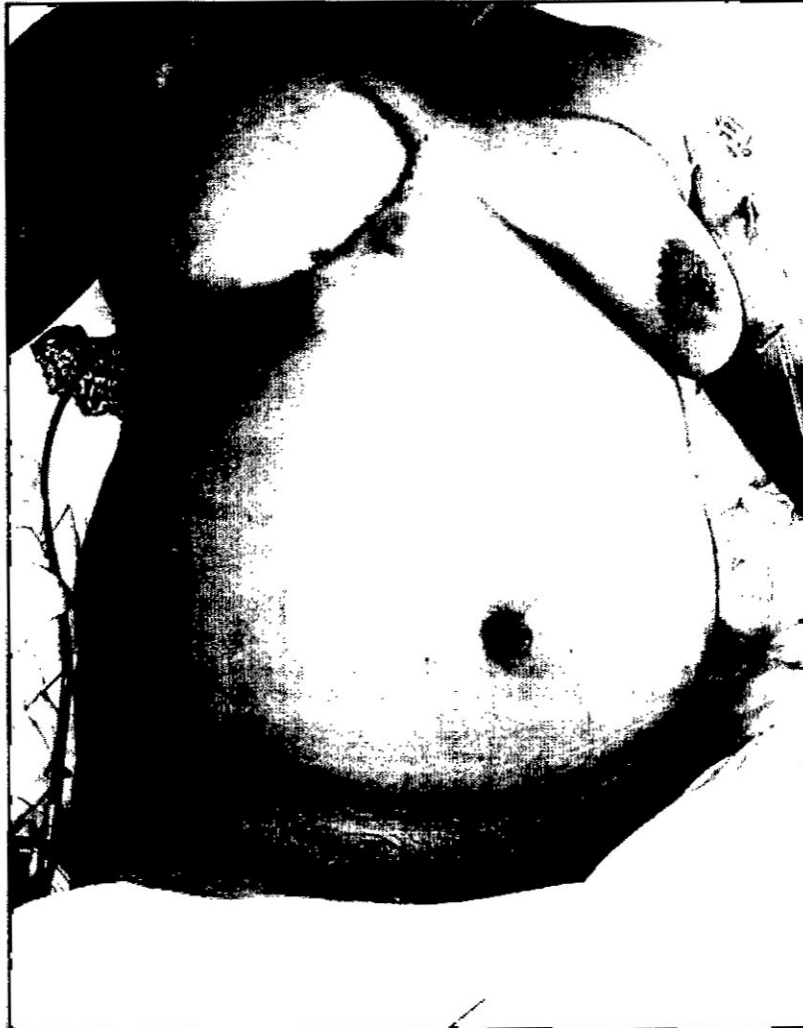
IMAGEN DE PACIENTE POSOPERADA DE RECONSTRUCCIÓN DE MAMA CON COLGAJO TRAM EN EL SERVICIO 8B



Fuente: Elaboración propia, 2015

ANEXO N° 3

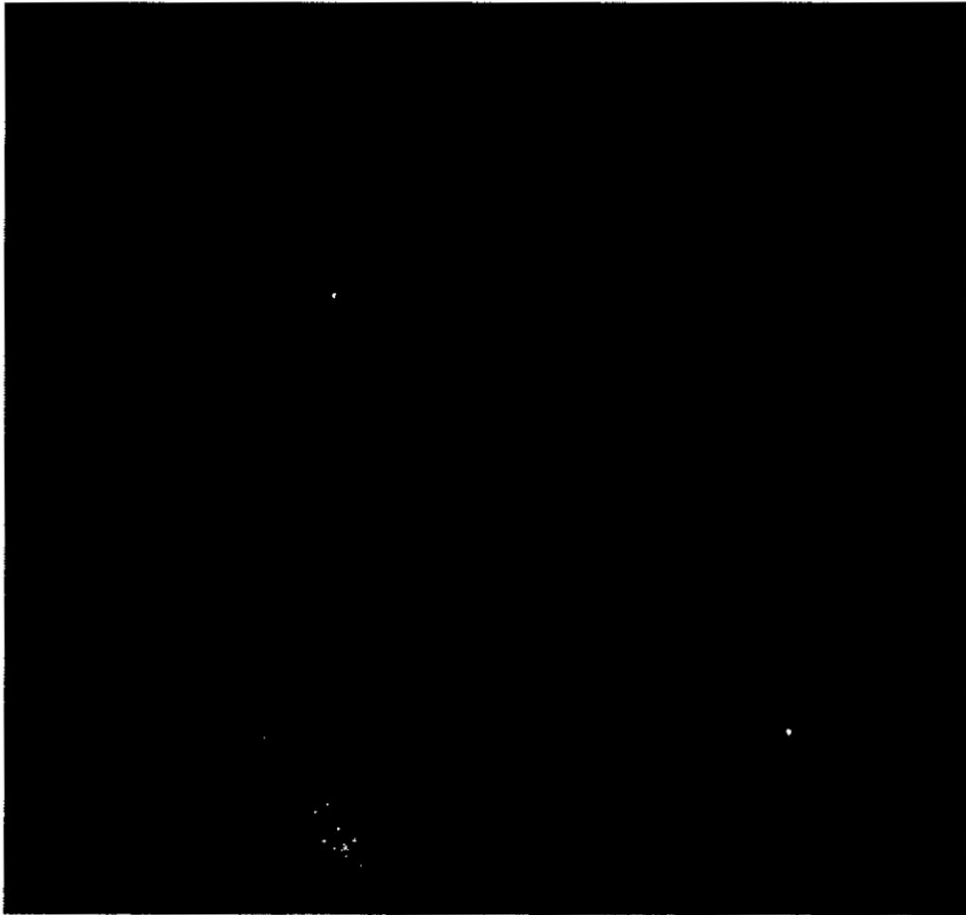
**IMAGEN DE PACIENTE DE RECONSTRUCCIÓN DE MAMA CON
COLGAJO TRAM EN EL SERVICIO 8B**



Fuente: Elaboración propia, 2015

ANEXO N° 4

**IMAGEN DE PACIENTE DE RECONSTRUCCIÓN DE MAMA CON
COLGAJO TRAM EN EL SERVICIO 8B**



Fuente: Elaboración propia, 2015

ANEXO N° 5

**IMAGEN DE PACIENTE POST OPERADA INMEDIATA DE
RECONSTRUCCIÓN DE MAMA CON COLGAJO TRAM (POSICIÓN)**



Fuente: Elaboración propia, 2015

ANEXO N° 6
IMAGEN DE PACIENTE POST OPERADA INMEDIATA DE
RECONSTRUCCIÓN DE MAMA CON COLGAJO TRAM (APLICACIÓN DE
CALOR LOCAL EN ZONA RECEPTORA)



Fuente: Elaboración propia, 2015

ANEXO N° 7
IMAGEN DE PACIENTE POST OPERADA INMEDIATA DE
RECONSTRUCCIÓN DE MAMA CON COLGAJO TRAM
(CONTROL DE DRENAJES)



Fuente: Elaboración propia, 2015