

# EVALUAREA EFICIENȚEI PLANULUI DE ÎNGRIJIRI ȘI A ROLULUI SĂU ESENȚIAL ÎN ÎMBUNĂȚĂȚIREA CALITĂȚII VIEȚII LA PACIENTELE CU CANCER MAMAR

Mirela Mariana VĂLCAN

Facultatea de Medicină și Farmacie,  
Universitatea din Oradea, România  
Spitalul Clinic Județean de Urgență, Oradea,  
România

## INTRODUCERE

Conform surselor Globocan, în România, cancerul mamar este a treia formă de cancer care afectează populația indiferent de sex și cea mai frecventă formă de cancer care afectează populația de sex feminin [1].

Cancerul mamar este o patologie oncologică complexă și traumatizantă, cu influențe semnificative asupra stării fizice și psihice și, implicit, asupra calității vieții pacientei. Diagnosticul cancerului mamar, schemele terapeutice moderne [2], problemele de îngrijire apărute în fiecare etapă a procesului terapeutic provoacă un stres major [3] asupra pacientei, stres care se poate manifesta prin instabilitate emoțională, astenie, adinamie, scăderea toleranței la efort, complianță terapeutică scăzută.

Abordarea holistică are în vedere abordarea globală a pacientului, ca un tot unitar, bio-psiho-social, în contextul valorilor personale, socio-culturale și credințelor [4]. Femeile cu cancer mamar se confruntă cu riscul de afectare fizică temporară și permanentă, dizabilitate și incapacitate de a efectua activități cotidiene, precum și probleme psihologice și sociale [5].

Problemele postchirurgicale ale pacientei cu cancer mamar sunt de o importanță covârșitoare, cu implicații asupra stării fizice a pacientei, cu afectarea funcționalității, limfedem, dificultăți de mobilizare, durere [6], cu implicații psihologice, oboseală și tulburări de somn, cu afectarea imaginii de sine, cu probleme de reinsertie socio-profesională. Toate aceste probleme și nesiguranța creată în privința evoluției bolii, în contextul pandemiei COVID-19, au dus la creșterea distresului psihologic, afectând în sens negativ calitatea vieții pacientei.

Pandemia COVID-19, prin agresivitatea și rapida răspândire a noului coronavirus, pune serios la încercare condiția medicală a pacienților cu cancer mamar, ca urmare a limitării accesului la serviciile de îngrijire, a regulilor impuse de reglementările specifice acestei perioade dar și ca urmare a necesității respectării recomandărilor societăților de profil privind managementul pacienților [7,8].

Se poate aprecia că, în prezent, pacienții oncologici sunt la risc vital atât din cauza afecțiunii de fond, cât și din cauza amenințării infectării COVID-19 („dublu pericol”) [9].

*Prezenta lucrare își propune să abordeze ameliorarea calității vieții pacientei cu cancer mamar prin îngrijirea holistică, în contextul pandemiei COVID-19, într-o secție de chirurgie generală.*

*Am realizat un studiu prospectiv, descriptiv, realizat în cadrul cercetării mele doctorale, în care am inclus 24 pacienți cu cancer mamar confirmat histopatologic, internate în secția Chirurgie 2 din Spitalul Clinic Județean de Urgență Oradea, în anul 2020.*

*Am utilizat planul de îngrijiri ca instrument de evaluare a calității vieții, prin abordarea holistică a pacientei, am evaluat nivelul de dependență pe cele 14 nevoi fundamentale, pe modelul conceptual al Virginiei Henderson, și am realizat o corelație cu cele 4 dimensiuni ale calității vieții legate de sănătate, atât în perioada preoperatorie, cât și în perioada postoperatorie.*

*Abordarea holistică a pacientei permite evaluarea calității vieții și, prin îngrijirile acordate, pe problemele identificate pe fiecare dintre cele 14 nevoi fundamentale, permite îmbunătățirea ei.*

*Cuvinte cheie: cancer mamar, plan de îngrijiri, nevoi, holistic, preoperator, postoperator, calitatea vieții, pandemie*

În același timp, personalul medical a trebuit să facă față solicitărilor impuse de îngrijirea bolnavilor, dar și de regulile ce trebuie respectate în contextul pandemiei COVID-19.

## OBIECTIVE

Evaluarea planului de îngrijiri elaborat și implementat la nivelul spitalului, după modelul conceptual al Virginiei Henderson [10], ca instrument de evaluare a calității vieții pacientelor. Stabilirea corelației între scala de evaluare a calității vieții și abordarea holistică a bolnavei, bunăstarea fizică (circulație, respirație, alimentare, mobilizare, igienizare), bunăstarea psihică (siguranță, realizare, credințe, valori), bunăstarea socială (comunicare, recreere, reinsertie socio-profesională) și independență în realizarea sarcinilor zilnice.

Evaluarea nivelului de dependență și identificarea problemelor de îngrijiri preoperator și postoperator, pe cele 14 nevoi fundamentale, precum și a problemelor de îngrijiri create de pandemia COVID-19. Evaluarea îmbunătățirii calității vieții prin asigurarea unei îngrijiri holistice adresate nevoilor afectate.

## MATERIAL ȘI METODĂ

Am realizat un studiu descriptiv prospectiv în care am inclus 24 de pacienți, femei cu diagnosticul de cancer mamar, internate în Clinica Chirurgie 2 a Spitalului Clinic Județean de Urgență Oradea, în perioada 01.01.2020-31.12.2020.

Criteriile de includere în studiu sunt reprezentate de:

- vârsta 18-79 ani
- pacienți din mediul rural și urban
- pacienți cu cancer mamar la care s-a practicat intervenție chirurgicală pentru diagnosticare
- pacienți la care s-a practicat intervenție chirurgicală cu intenție curativă, chirurgie conservatoare sau chirurgie radicală

**Tabel 1. Scala de evaluare a calității vieții**

Buna dispoziție	Normal 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Absent
Capacitatea de deplasare	Normal 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Absent
Munca (casnică și în exteriorul locuinței)	Normal 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Absent
Relațiile interumane	Normal 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Absent
Somnul	Normal 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Absent
Disponibilitatea pentru activități sociale	Normal 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Absent
<i>Fiecare domeniu este cotelat de la 0 la 10 puncte, iar indicele de calitate a vieții se obține din însumarea celor 6 domenii.</i>	

Au fost utilizate ca instrumente: scala de evaluare a calității vieții (tabel 1), scala de evaluare a scorului / nivelului de dependență (tabel 2), planul de îngrijiri pentru evaluarea problemelor de îngrijiri și a nivelului de dependență pe cele 14 nevoi fundamentale, scala numerică și scala analog vizuală de evaluare a durerii.

Am obținut o validare internă pentru scala de evaluare a calității vieții și scala de evaluare a scorului / nivelului de dependență prin evaluarea celor 14 nevoi fundamentale.

Scala numerică (SN) se exprimă printr-o notă de la 1 la 10 pe care pacientul o alege pentru a caracteriza intensitatea durerii, unde 0 reprezintă fără durere și 10 reprezintă durere extremă.

Am luat în considerare înregistrările din FOCG și din Dosarul de îngrijiri.

Pentru identificarea problemelor de îngrijiri, am avut în vedere abordarea holistică a bolnavelor, am evaluat și comparat nivelul de dependență prin calcularea scorului de dependență obținut prin evaluarea celor 14 nevoi fundamentale în preoperator și postoperator.

Am urmărit cele 4 dimensiuni ale calității vieții legate de sănătate, bunăstarea fizică, psihică, socială și independența în realizarea sarcinilor zilnice.

Prin îngrijirea holistică acordată în preoperator și postoperator, am urmărit recuperarea autonomiei pacientei în realizarea autoîngrijirilor, creșterea nivelului de independență în satisfacerea celor 14 nevoi fundamentale, recuperarea funcționalității fizice și psihice a acesteia și, implicit, ameliorarea calității vieții pacientei.

**Tabel 2. Scala de evaluare a scorului/nivelului de dependență prin evaluarea celor 14 nevoi fundamentale**

Stabilirea nivelului de dependență a pacientei / Scor de dependență		
Nevoia fundamentală	Preoperator	Postoperator
A respira, circulația		
A bea, a mânca		
A elimina		
A se mișca, postura		
A dormi, se odihni		
A se îmbrăca, se dezbrăca		
Temperatura		
Tegumente și mucoase întregi		
A evita pericolele		
A comunica		
Convingeri, valori, religie		
A se realiza		
A se recrea		
A păstra sănătatea		
<b>Scor mediu de dependență</b>		
<b>Nivel de dependență</b>		
<i>Se evaluează fiecare nevoie cu un scor de la 1 la 4, în funcție de nivelul de afectare, 1 – independent, 2 – afectare ușoară, 3 – afectare medie, 4 – afectare gravă. Se adună punctajul pe cele 14 nevoi evaluate și se obține scorul de dependență.</i>		
<i>Se transformă scorul de dependență în grad/nivel de dependență.</i>		
<i>1 (independent și autonom) – persoană independentă, cu un scor de 14 puncte;</i>		
<i>2 (dependență moderată) – dependență moderată, cu un scor între 15 și 28 puncte;</i>		
<i>3 (dependență majoră) – dependență majoră, cu un scor între 29 și 42 puncte;</i>		
<i>4 (dependență totală) – dependență totală, cu un scor între 43 și 56 puncte.</i>		

– paciente cu cancer mamar confirmat prin examen histopatologic

– paciente cu sau fără comorbidități

Criteriile de excludere au constat în: vârstă mai mare de 79 ani și mai mică de 18 ani, paciente cu cancer mamar la care nu s-a efectuat intervenție chirurgicală, paciente cu suspiciunea de cancer mamar la care examenul histopatologic nu a confirmat diagnosticul de cancer mamar.

Analiza lotului de studiu a urmărit: identificarea lotului, date demografice, vârstă, studii, mediu de proveniență, identificare date clinice și paraclinice, localizare, comorbidități, stadializare, intervenții chirurgicale efectuate, examen histopatologic, tip de cancer, probleme de îngrijiri, nivel de dependență, intervenții.

ani și 71-79 ani (figura 1). Majoritatea pacientelor au provenit din mediu rural (63,64%), raportul rural/urban fiind de 1,8:1 (figura 2).

**Localizarea cancerului mamar**

Cele mai multe cazuri au fost diagnosticate cu cancer mamar cadran superoextern CSE (40,91%), urmate de cancer mamar cadran central CC (36,36%) (figura 3).

**Diagnostice secundare**

Cele mai frecvente diagnostice secundare au fost HTA (63,64%) și adenopatiile axilare (54,54%), urmate de tulburările anxioase și obezitate (31,82%). Tumori maligne cu alte localizări s-au înregistrat la 4 paciente (18,18%) (figura 4).



Figura 1. Distribuția cazurilor în funcție de vârstă

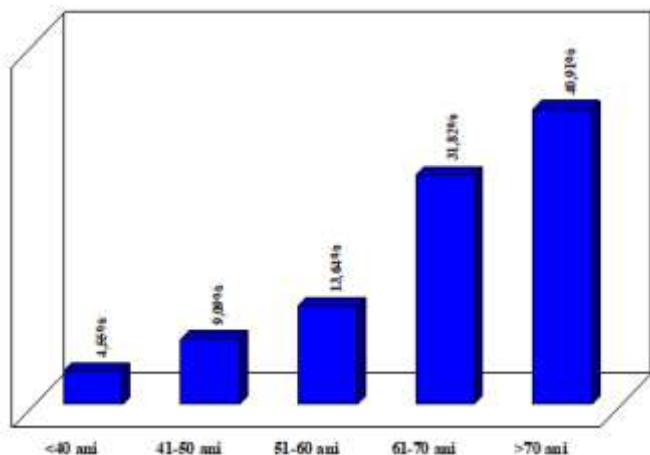


Figura 2. Distribuția cazurilor în funcție de mediu

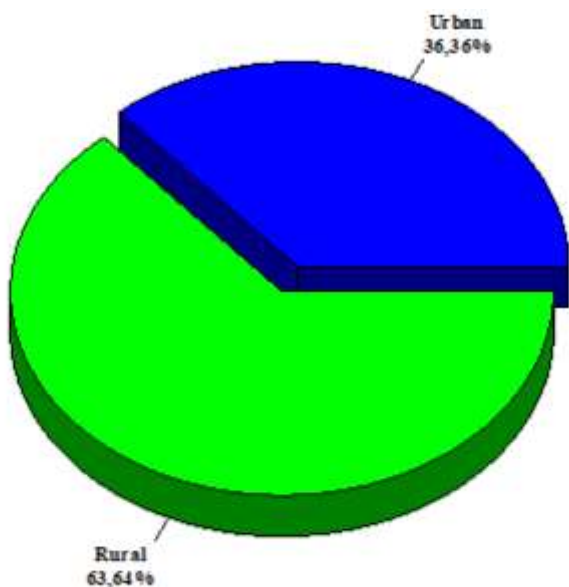


Figura 3. Distribuția cazurilor în funcție de diagnostic

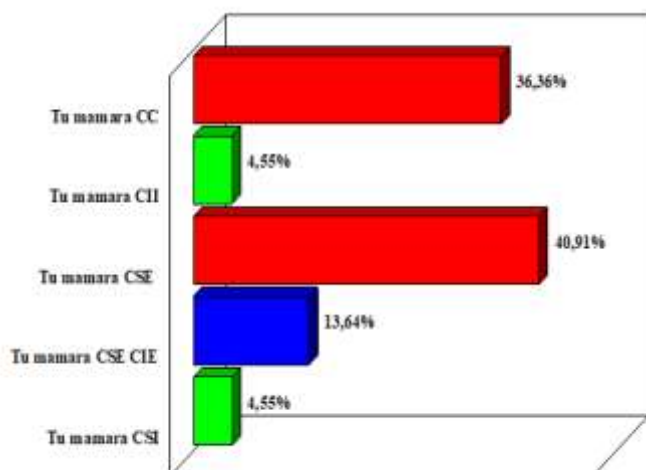


Figura 4. Distribuția cazurilor în funcție de diagnosticile secundare

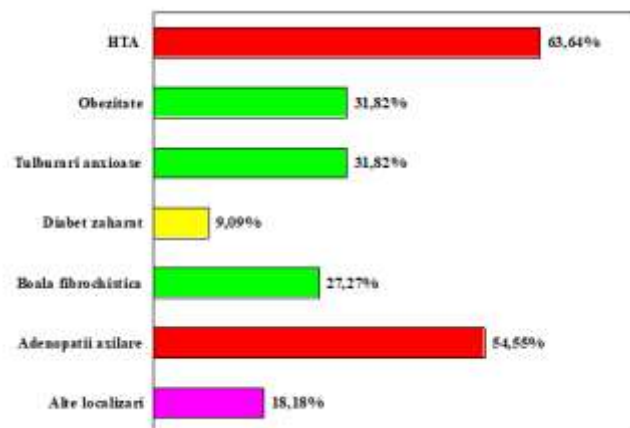


Figura 5. Distribuția cazurilor în funcție de stadializarea TNM

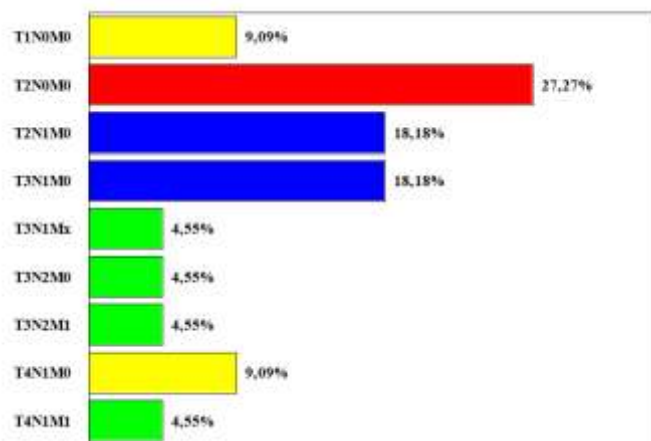
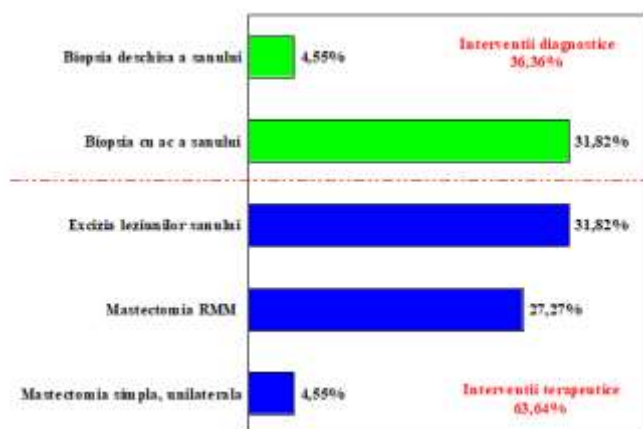


Figura 6. Distribuția cazurilor în funcție de tipul intervenției chirurgicale



Cea mai frecventă stadializare TNM a fost T2N0M0 (27,27%) (figura 5).

Din punctul de vedere al dimensiunii tumorii, cele mai multe cazuri au fost cuprinse între 2 și 5 cm (45,45% – T2) și > 5 cm (31,82% – T3).

Figura 7. Distribuția cazurilor în funcție de diagnosticul HP

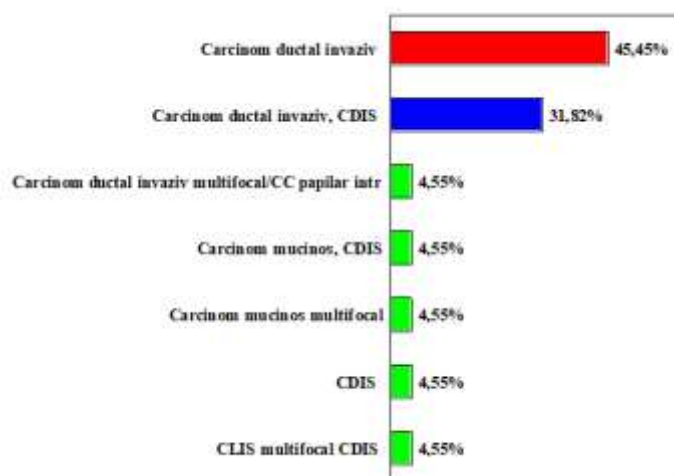
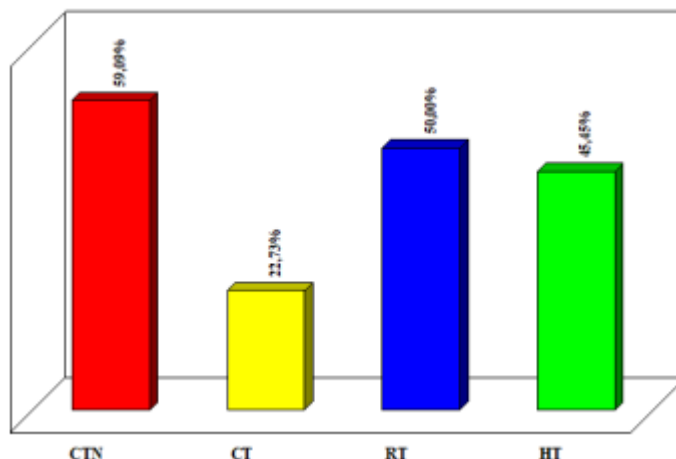


Figura 10. Tratamentul oncologic



Absența metastazelor în ganglionii regionali (N0) s-a înregistrat la 36,36% dintre cazuri, iar metastaze în ganglionii axilari homolaterali mobili (N1) s-au determinat la 54,55% dintre cazuri.

La peste 85% dintre cazuri nu s-au determinat metastaze la distanță (M0) (86,36%).

**Intervenții chirurgicale**

Intervențiile diagnostice s-au efectuat la 36,36% dintre cazuri, în special biopsia cu ac Tru-Cut (31,82%), iar intervențiile terapeutice s-a efectuat la 63,64% dintre cazuri, cele mai frecvente fiind excizia leziunilor sânului (31,82%) și mastectomie radicală modificată Madden MRM (27,27%) (figura 6). Raportul între chirurgia conservatoare și chirurgia radicală este de 1:1.

S-a efectuat limfadenectomie axilară la 13 pacienți (59,09%).

**Examenul histopatologic**

Majoritatea cazurilor au avut ca diagnostic histopatologic (HP) carcinom mamar ductal invaziv (45,45%) și carcinom mamar ductal invaziv cu componentă de CDIS (31,82%) (figura 7).

Au fost 2 cazuri triplu negativ, ER -, PR -, HER 2 -, cu o repartiție de 9% din totalul cazurilor, stadiul bolii fiind unul avansat (figura 8).

Cea mai frecventă stadializare pTNM a fost pT2NxMx (18,18%) (figura 9).

**Tratament oncologic**

Chimioterapie neoadjuvantă a fost efectuată la 59,09% dintre pacienți, radioterapia la 50,00%, iar hormonoterapia la 45,45%. Cea mai frecventă schemă terapeutică oncologică a fost chimioterapie neoadjuvantă + radioterapie + hormonoterapie (27,27%) (figura 10).

Internările au fost efectuate în vederea diagnosticului prin biopsiere și examen histopatologic, prin programare, după evaluare în ambulatoriul de specialitate, în vederea tratamentului chirurgical cu intenție curativă sau paliativă. O parte dintre cazuri au fost trimise de medicul oncolog în vederea efectuării tratamentului chirurgical, pacienții aflându-se în secvența terapeutică chirurgicală după efectuarea chimioterapiei neoadjuvante.

Figura 8. Receptorii hormonal

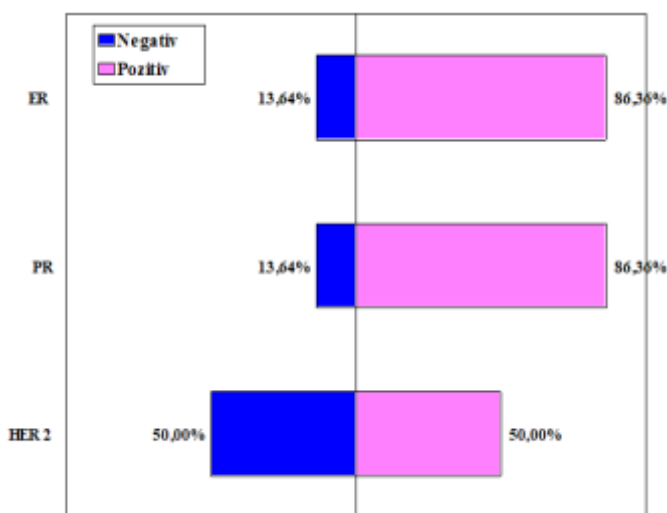
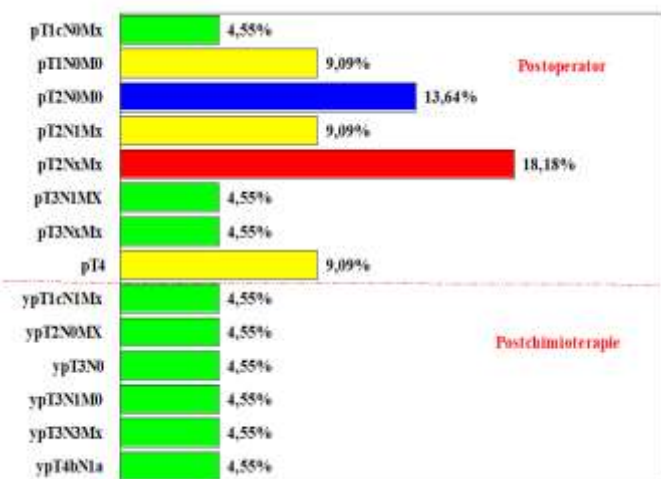


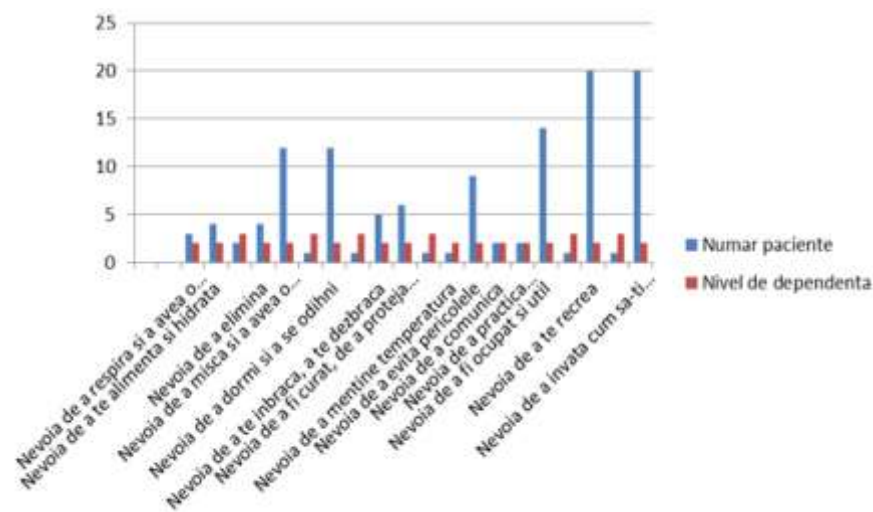
Figura 9. Distribuția cazurilor în funcție de stadializarea pTNM



Tabel 3. Nivel de dependență pe nevoi afectate în perioada preoperatorie

Nr. crt.	Nevoi afectate	Număr paciente	Nivel de dependență
1.	Nevoia de a respira și a avea o bună circulație	3	2
2.	Nevoia de a se alimenta și hidratată	4	2
		2	3
3.	Nevoia de a elimina	4	2
4.	Nevoia de a se mișca și a avea o postură bună	12	2
		1	3
5.	Nevoia de a dormi și a se odihni	12	2
		1	3
6.	Nevoia de a se îmbrăca, a se dezbrăca	5	2
7.	Nevoia de a fi curat, de a proteja tegumentele	6	2
		1	3
8.	Nevoia de a menține temperatura	1	2
9.	Nevoia de a evita pericolele	9	2
10.	Nevoia de a comunica	2	2
11.	Nevoia de a practica religia, valori, convingeri	2	2
12.	Nevoia de a fi ocupat și util	14	2
		1	3
13.	Nevoia de a se recrea	20	2
		1	3
14.	Nevoia de a învăța cum să-ți păstrezi sănătatea	20	2

Figura 11. Nivelul de dependență pe nevoi afectate în perioada preoperatorie



### Probleme de îngrijiri, nivel de dependență în preoperator (tabel 3, figura 11)

Ca urmare a patologiei cardiovasculare asociate vârstei peste 70 de ani, 3 paciente au prezentat probleme legate de circulație și respirație. Mai existau încă 10 paciente cu diagnosticul de hipertensiune arterială, controlată medicamentos, forme ușoare de boală.

2 paciente au avut nivel 2 de dependență legate de alimentare și hidratare, prezentând inapetență, 4 – obezitate.

Ca urmare a vârstei înaintate și incontinenței sfincteriene, 4 paciente au prezentat alterare și disconfort legat de eliminări, nivel 2 de dependență.

Ca urmare a vârstei, comorbidităților, 12 paciente prezentau ușoare dificultăți de mobilizare, nivel 2 de

dependență, una nivel 3 de dependență, având determinări secundare osoase.

Pe nevoia de a se odihni, au înregistrat probleme 12 paciente care aveau dificultate în a se odihni nivel 2 de dependență, una – nivel 3, utilizând sedative, și 4 paciente utilizând anxiolitice și antidepresive.

2 paciente prezentau limfedem ușor la brațul de partea sânnului afectat la internare, prezentând un nivel 2 de dependență la îmbrăcare/dezbrăcare.

1 pacientă cu tumoră exulcerată a prezentat nivel 3 la afectarea integrității tegumentului. 7 paciente prezentau nivelul 2 de dependență legat de siguranță și pericole. 8 paciente au prezentat nivelul 2 de dependență legat de comunicare, ca urmare a componentei afective, și 2 – din cauza dizabilităților date de vârstă.

Nevoia de a practica religia și de a acționa conform propriilor valori era afectată la 1 pacientă, din cauza incertitudinii legate de boală, cu un nivel 2 de dependență.

14 paciente au prezentat probleme legate de realizare, nivel 2 de dependență, și o pacientă în stadiul IV al bolii, nivel 3 de dependență.

20 de paciente nu își puteau satisface nevoia de a se recrea, având nivel 2 de dependență, iar 2 paciente având nivelul 3 de dependență.

În ceea ce privește nevoia de a învăța, toate pacientele doreau să cunoască, puneau întrebări despre boală, evoluția bolii, tratament, spitalizare, evoluție ulterioară, control și tratament ulterior, teama de boala oncologică fiind problema principală, urmată de teama de infecția COVID-19.

Prin evaluarea celor 14 nevoi de dependență în preoperator, s-a obținut un scor de dependență între 17 și 22, cu o medie de 20, și un nivel de dependență mediu de 2.

Durerea are un scor scăzut, cu o medie de 2 pe scara numerică de evaluare a durerii, o pacientă cu scorul 4, 2 paciente cu scorul 3, paciente care prezentau un stadiu avansat al bolii și limfedem ușor al brațului.

Problemele identificate la un număr mai mare de paciente sunt: oboseală, insomnie, dificultate de a-și asuma roluri sociale, scăderea interesului față de activitățile familiale și sociale, tristețe, anxietate ușoară, sentiment de neputință, devalorizare, scăderea stimei de sine, distres, diminuarea interesului pentru activități recreative, lipsa de cunoștințe legate de etapele procesului terapeutic, teama de a nu își putea continua tratamentul oncologic, teama de infecția cu SARS-CoV-2.

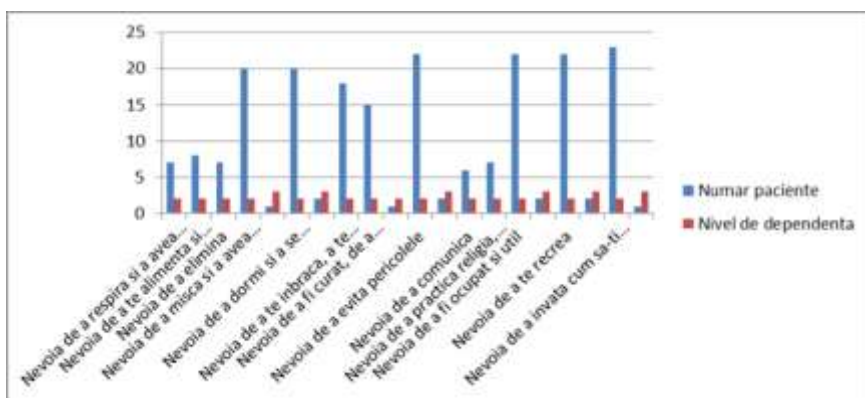
Din această analiză, se observă o afectare a calității vieții legată de componenta emoțională și de afectarea psihică dată de diagnosticul oncologic și de teama infectării cu virusul SARS-CoV-2.

Intervențiile autonome care s-au aplicat au fost cele legate de reducerea anxietății, asigurarea unui

Tabel 4. Nivel de dependență pe nevoi afectate în perioada postoperatorie

Nr. crt.	Nevoi afectate	Număr pacienți	Nivel de dependență
1.	Nevoia de a respira și a avea o bună circulație	7	2
2.	Nevoia de a se alimenta și hidrata	8	2
3.	Nevoia de a elimina	7	2
4.	Nevoia de a se mișca și a avea o postură bună	20	2
		1	3
5.	Nevoia de a dormi și a se odihni	20	2
		2	3
6.	Nevoia de a se îmbrăca, a se dezbrăca	18	2
7.	Nevoia de a fi curat, de a proteja tegumentele	15	2
8.	Nevoia de a menține temperatura	1	2
9.	Nevoia de a evita pericolele	22	2
		2	3
10.	Nevoia de a comunica	6	2
11.	Nevoia de a practica religia, valori, convingeri	7	2
12.	Nevoia de a fi ocupat și util	22	2
		2	3
13.	Nevoia de a se recrea	22	2
		2	3
14.	Nevoia de a învăța cum să-ți păstrezi sănătatea	23	2
		1	3

Figura 12. Nivel de dependență pe nevoi afectate în perioada postoperatorie



Tabel 5. Scor de dependență/nivel de dependență

Număr pacienți	Scor de dependență	Nivel de dependență
Preoperator	20	2
Postoperator	27	2
La externare	22	2

mediu sigur, empatizarea cu pacienta, asigurarea suportului emoțional, asigurarea unei comunicări eficiente cu pacienta și cu familia a echipei de îngrijiri, prevenirea instalării suferinței psihice, care poate avea influențe nefavorabile asupra evoluției postoperatorii. Am asigurat facilitarea comunicării între pacienta și familie, prin telefon, mesaje.

Intervențiile delegate au avut în vedere evaluarea pacientei, efectuarea recoltărilor și investigațiilor recomandate de către medicul curant, evaluarea documentației și pregătirea în vederea intervenției chirurgicale.

**Probleme de îngrijiri, nivel de dependență în postoperator (tabel 4, figura 12)**

La evaluarea nevoii de a avea o bună circulație și respirație, 7 pacienți la care s-a practicat mastectomie în anestezie generală au prezentat nivel 2 de dependență, ca urmare a anesteziei generale și a intervenției chirurgicale extinse, vârstei și comorbidităților asociate.

Pe nevoia de a se alimenta și hidrata, 5 pacienți au prezentat postoperator nivel 2 de dependență, prezentând grețuri și inapetență. La 7 pacienți, a fost prezentă o problemă legată de dezechilibrul volumelor fluidelor, cu nivel 2 de dependență.

În postoperator, 18 pacienți prezentau ușoare dificultăți de mobilizare, nivel 2 de dependență, una – nivel 3 de dependență, având determinări secundare osoase.

Pe nevoia de a dormi și a se odihni, 19 pacienți au prezentat dificultăți de a se odihni, cu un nivel 2 de dependență.

Cele 13 pacienți la care s-a efectuat limfadenectomie axilară au prezentat dificultăți de igienizare și de a se îmbrăca, dezbrăca, cu un nivel de dependență de 2.

Pe nevoia de a evita pericolele, nivelul de dependență a fost 2 la 20 pacienți și am avut un nivel 3 la 2 pacienți cu comorbidități și riscuri asociate, toate paciențele supuse unei intervenții chirurgicale au avut risc de sângerare, cele 13 pacienți la care s-a practicat chirurgia radicală și conservatoare cu limfadenectomie axilară au prezentat risc de limfedem.

Doar 5 pacienți au prezentat o problemă legată de distresul spiritual cu un nivel de dependență 2, 17 și-au manifestat credințele și au utilizat religia ca un suport în această etapă existențială.

Pe nevoia de a se realiza, de a fi util și de a se recrea, s-a observat o creștere a nivelului de dependență ca urmare a stresului chirurgical și anestezic, 20 de pacienți au avut nivel 2 de dependență și 2 pacienți au avut nivel 3 de dependență. La paciențele la care s-a efectuat mastectomie, s-au accentuat sentimentul de neputință și scăderea stimei de sine ca urmare a modificării schemei corporale, scăderea interesului față de

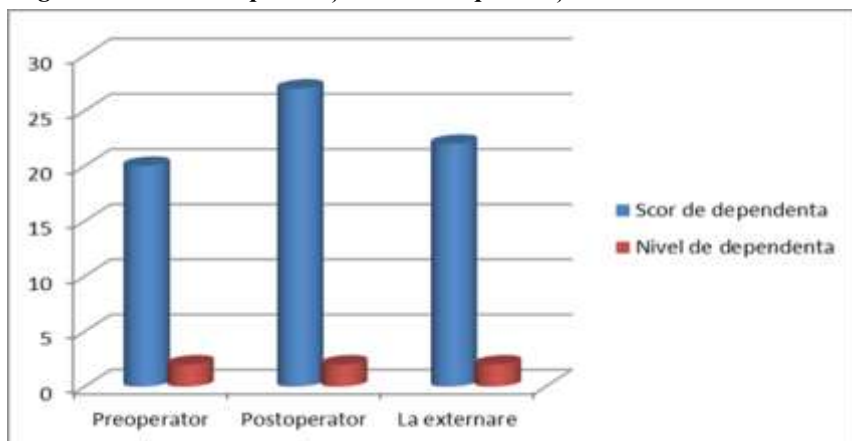
activitățile familiale și sociale, alterarea funcționalității și, implicit, scăderea calității vieții.

Problemele legate de evoluția postoperatorie, cunoștințe insuficiente legate de etapele procesului terapeutic, tratament, controale și reabilitarea postoperatorie au fost prezente la toate paciențele.

În postoperator, scorul de dependență a fost între 22 și 32, cu o medie de 28, cu un nivel mediu de dependență 2 la 19 pacienți și nivelul 3 la 3 pacienți, nivelul de dependență fiind mai mare, implicit și nevoia de îngrijiri a fost mai mare.



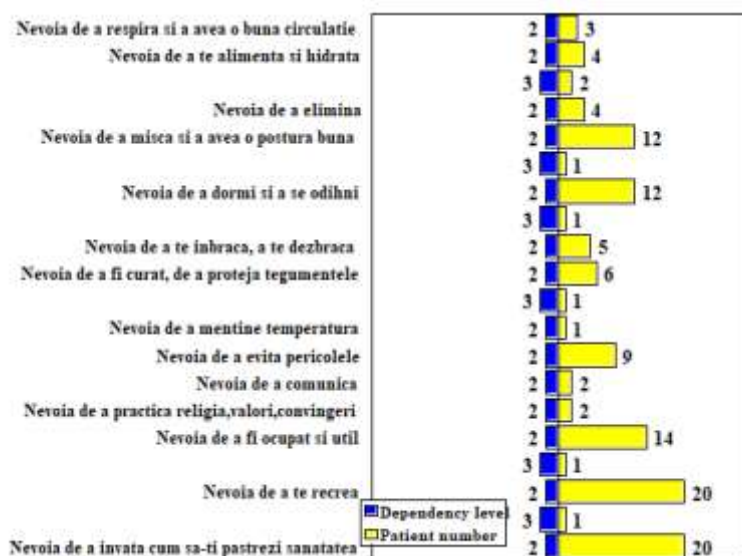
Figura 13. Scor de dependență/nivel de dependență



Tabel 6. Evaluarea durerii în preoperator și postoperator

Număr paciente	Durere ușoară 1-3	Durere moderată 4-6	Severă 7-9	Durere extremă 10
Preoperator	23	1	0	0
Postoperator	10	7	7	0
Externare	14	10	0	0

Figura 14. Evaluarea durerii în preoperator și postoperator



### Intervenții aplicate în postoperator în funcție de problemele identificate

Pentru reducerea riscului infecțios și prevenirea complicațiilor, s-a efectuat antibioprofilaxie preoperatorie cu cefuroxime la pacientele cu chirurgie conservatoare și cefuroxime cu metronidazol la pacientele cu mastectomie. Evoluția postoperatorie a fost bună, cu vindecare *per primam* a plăgilor chirurgicale. La 1 caz cu tumoră mamară exulcerată, s-a practicat antibioterapie cu rezultate bune postoperator, cu asanarea infecției locale.

S-au acordat la aceste paciente manevre de nursing legate de îngrijirea plăgilor în condiții de asepsie, mobilizare, igienizare, suplینirea nevoilor afectate.

La pacientele la care s-a practicat limfadenectomie, s-au inițiat

mișcări active ale brațului de partea sânelui afectat pentru prevenirea instalării limfedemului, reluarea funcționalității brațului și ameliorarea calității vieții. În primele 4 săptămâni postoperator, nu au fost înregistrate cazuri de limfedem, pacientele cu mastectomie prezentând parestezii la nivelul brațului, cu scădere progresivă ca intensitate. Au existat 3 cazuri cu prezentare în faza avansată de evoluție a bolii, la care limfedemul de nivel ușor a fost instalat preoperator, fără agravare în următoarele 4 săptămâni. Limforeea a fost persistentă timp de 2-3 săptămâni la pacientele cu limfadenectomie axilară. Drenajul axilar a fost menținut până la scăderea cantității sub 20 ml. După îndepărtarea drenajului axilar, s-au efectuat puncții evacuatorii cu evoluție bună, nu au fost înregistrate complicații infecțioase locale sau generale.

Pentru prevenirea bolii tromboembolice, s-a realizat mobilizarea precoce postoperatorie și s-a administrat heparină cu greutate moleculară mică la pacientele cu mastectomie, conform protocolului spitalului și comorbidităților asociate. Nu au fost înregistrate complicații; la o pacientă stentată la care s-a reluat postoperator medicația antiagregantă, s-a observat prezența drenajului axilar cu aspect serohemoragic o perioadă de 4 săptămâni, cu evoluție ulterioară bună.

S-a efectuat pansamentul plăgilor în condiții de asepsie, iar la 48 de ore postoperator plăgile chirurgicale au fost lăsate fără pansament. Pacientele au fost încurajate să-și privească plaga, să-și accepte modificarea schemei corporale și să se autoîngrijească. Această abordare face parte din practica specifică a secției în îngrijirea acestui tip de pacienți, cu rezultate bune.

Pentru reducerea riscului infecțios în contextul epidemiologic actual dat de pandemia COVID-19, personalul a purtat echipamentul de protecție și a fost testat periodic. Toate pacientele internate au fost testate RT-PCR pentru SARS-CoV-2, s-au aplicat măsuri de izolare ale pacienților în saloane tampon până la venirea rezultatului negativ. Nu am avut cazuri pozitive pentru SARS-CoV-2, în cazul pacienților cu cancer mamar.

Pentru ameliorarea suferinței psihice, s-au aplicat tehnicile minime de psihoterapie pe care le deține un cadru medical, am asigurat o comunicare eficientă cu pacientele, am încurajat pacientele, am furnizat informațiile necesare pacienților, am explicat importanța implicării în procesul terapeutic propriu, s-a oferit suportul emoțional necesar, personalul empatizând cu pacientele pentru a putea compensa lipsa suportului familial, date fiind restricțiile impuse de pandemia COVID-19, și s-a menținut o comunicare activă cu familia pacientei.

Pentru a putea realiza supravegherea pacienților și pentru a spori încrederea și siguranța lor, s-a realizat o prelungire a perioadei de spitalizare la cazurile cu chirurgie radicală și am obținut astfel reducerea anxietății bolnavelor, legate de accesul limitat în

ambulator la consultații/controale și pentru diminuarea riscului de discontinuitate a îngrijirilor.

Problemele de îngrijire în perioada preoperatorie sunt cele legate de afectarea psihică, anxietatea, pierderea sensului existențial, teama de boala oncologică, cunoștințe insuficiente legate de boală, teama de infecția cu SARS-CoV-2.

În postoperator, predomină afectarea fizică, problemele de îngrijiri sunt legate de afectarea funcționalității fizice, durerea, anxietatea, dificultăți de mobilizare, risc de complicații hemoragice sau infecțioase, dificultate de realizare a autoîngrijirii, dar și cele legate de afectarea stării psihice, scăderea stimei de sine, ca urmare a modificării schemei corporale, cunoștințe insuficiente legate de evoluția ulterioară, teama de a nu își putea urma procesul terapeutic, teama de infecția cu SARS-CoV-2, dificultate în reluarea rolului familial și social.

Se observă o creștere a scorului mediu de dependență în postoperator la 27 față de 20 în preoperator, cu creșterea nivelului de dependență la 3 la 3 pacienți, iar 19 pacienți au prezentat nivel 2 de dependență. Creșterea scorului de dependență în postoperator ca urmare a afectării funcționalității fizice este relevantă pentru creșterea necesarului de îngrijiri (tabel 5, figura 13).

Până la momentul externării, se produce o revenire treptată a afectării fizice a pacientei și reluarea autoîngrijirii, mobilizării, alimentării, hidratării, fapt reflectat și în scăderea scorului mediu de dependență de la 27 la 22. De menționat că la pacienții la care s-a practicat chirurgie conservatoare cu limfadenectomie axilară durata de spitalizare medie a fost de 5 zile, la pacienții la care s-a practicat chirurgie radicală, mastectomie cu limfadenectomie axilară, durata medie de spitalizare a fost de 8 zile. S-a avut în vedere o prelungire a episodului de spitalizare pentru a conferi siguranță pacientei în asigurarea îngrijirilor și prevenirea complicațiilor.

Durerea evaluată are o medie de 5: 7 pacienți la care s-a practicat mastectomie cu durere moderată spre severă cu nota 7, 6 pacienți cu sector și limfadenectomie axilară cu nota 5, 8 pacienți cu puncție biopsie și biopsie excizională durere ușoară cu nota 3, calmantele administrate fiind de treaptă I și II, cu scăderea intensității în dinamică (tabel 6, figura 14).

La pacienții la care s-au efectuat mastectomie și limfadenectomie axilară, este prezentă durerea, cu dificultăți de mobilizare a brațului, implicit scăderea funcționalității în realizarea autoîngrijirii, completată de afectarea psihică ca urmare a intervenției chirurgicale, care este percepută ca mutilantă, ceea ce duce la o afectare a calității vieții semnificativă în primele zile postoperator, dar cu ameliorare până la momentul externării. La momentul externării, diminuarea durerii permite obținerea independenței în realizarea mobilizării și autoîngrijirilor, numărul pacienților și nivelul de intensitate a durerii fiind mai mici.

Prin îngrijirile acordate, s-au obținut următoarele rezultate: reducerea anxietății, vindecarea *per primam* a plăgii chirurgicale, o bună mobilizare postoperatorie cu inițierea precoce a mișcărilor active și reluarea funcționalității brațului de partea sânelui afectat, fără complicații postoperatorii locale sau generale.

Pacienții prezintă autonomie în realizarea nevoilor de bază, alimentare, hidratare, eliminare, mobilizare,

igienizare. La momentul externării, pacienții prezintă complianță terapeutică, aderență la tratament și, implicit, ameliorarea calității vieții. Problemele pe care le prezintă pacienții la externare sunt în general legate de componenta emoțională și psiho-sociale, teama de a nu își putea urma schema terapeutică în contextul epidemiologic actual, teama de boală oncologică și de infecția COVID-19, incapacitatea de a desfășura activități recreative, dar cu dorința de a-și asuma rolurile sociale. Pacienții cu limfadenectomie axilară și mastectomie prezintă riscul de a dezvolta limfedem.

Scopul principal al îngrijirilor acordate pacienților cu cancer mamar în perioada preoperatorie și postoperatorie, prin abordarea tuturor nevoilor afectate, este obținerea unui grad cât mai înalt de autonomie al pacientei în satisfacerea celor 14 nevoi fundamentale și ameliorarea calității vieții prin menținerea stării de bine pe plan fizic și psihic.

## DISCUȚII

Repartiția pe grupe de vârstă arată un număr mare de cazuri la grupele de vârstă 61-70 ani, 71-79 ani, fiind în concordanță cu statisticile cazurilor de cancer mamar la nivel internațional consemnate în literatura de specialitate [11]. Predomină localizarea cancerului mamar la nivelul cadranelor superoexterne și al cadranelor centrale [12].

Chirurgia conservatoare se află într-un raport de 1:1 cu chirurgia radicală. Mastectomia radicală modificată Madden rămâne o alternativă apreciată de chirurghi în chirurgia radicală a cancerului mamar, rezultatele fiind similare cu ale unui studiu derulat în cadrul Spitalului Clinic de Urgență Sibiu [13].

Proporția limfadenectomiilor axilare este mare, ca urmare a faptului că nu se practică biopsia ganglionului sentinela [14], ceea ce poate afecta în mod negativ calitatea vieții la aceste pacienți, deoarece crește riscul de a dezvolta în timp limfedem la membrul superior de partea sânelui afectat [15]. Tratamentul local este completat de iradiere locoregională. Tratamentul sistemic este reprezentat de chimioterapia adjuvantă și neoadjuvantă, dar și hormonoterapia la cazurile hormonodependente.

Din punct de vedere histopatologic, predomină cazurile de carcinom ductal invaziv, datele fiind similare cu cele prezentate într-un studiu desfășurat în USA [16]. A existat și un caz de carcinom mamar ductal invaziv la o pacientă aflată în tratament pentru un carcinom hepatic și la care s-a efectuat doar tratament chirurgical, chirurgie conservatoare cu limfadenectomie axilară, fără a se mai efectua alt tratament oncologic adjuvant, cu evoluție bună.

Dintre pacienții la care s-a efectuat o procedură chirurgicală de diagnostic, biopsie excizională și puncție biopsică cu ac Tru-Cut, 6 pacienți au fost eligibili pentru inițierea chimioterapiei neoadjuvante [17]. Alte 5 pacienți erau cazuri electivă la tratament chirurgical după efectuarea chimioterapiei neoadjuvante, fiind trimise de medicul oncolog.

La pacienții spitalizate în 2020, având în vedere influențele datorate pandemiei COVID-19, durata de spitalizare a fost de 2 zile în caz de biopsie diagnostică, față de 2019, când cazurile au fost realizate în spitalizare de zi, sub 12 ore în 2019, 6 zile în caz de tratament chirurgical conservator comparativ cu 4 zile în



2019 și 8 zile la pacientele cu intervenție radicală și limfadenectomie axilară comparativ cu 6 zile în anul 2019, pentru creșterea siguranței și reducerea anxietății pacientelor care prezentau teama de a nu-și putea realiza controlul în ambulator și pentru prevenirea complicațiilor, în condițiile acestei pandemii [18].

Prin îngrijirile acordate, s-au ameliorat starea generală a pacienților și calitatea vieții. Rolul asistenților medicali este esențial, intervențiile furnizate de asistenți medicali și susținerea oferită pot avea un impact benefic asupra dispoziției pacienților cu cancer, fapt confirmat și de un studiu privind intervențiile psihosociale pentru îmbunătățirea calității vieții și a bunăstării emoționale pentru pacienții cu cancer diagnosticați recent [19].

Îngrijirile care trebuie acordate în contextul pandemiei COVID-19 sunt complexe, personalul trebuie să facă față unei duble solicitări, solicitării care vine din partea pacientului și solicitării existente în contextul epidemiologic actual [20]. Managementul pacientelor cu cancer în contextul epidemiologic actual este o provocare pentru profesioniștii din sănătate, care trebuie să țină cont și de recomandările societăților medicale de profil pentru gestionarea îngrijirilor și care să permită supraviețuirea bolnavilor și o calitate a vieții acceptabilă.

## CONCLUZII

La pacientele cu cancer mamar la care s-a efectuat intervenție chirurgicală, se observă o scădere a calității vieții în postoperator prin afectarea celor patru dimensiuni legate de sănătate, bunăstarea fizică, bunăstarea emoțională, psihică, independență și relațiile interpersonale.

Intervențiile acordate de echipa medicală și personalul de îngrijire prin asigurarea empatiei, asigurarea confortului psihic, crearea unui mediu sigur de îngrijiri, asigurarea confortului fizic, suplینirea nevoilor afectate, asigurarea unei comunicări eficiente cu pacientele și familiile lor au ajutat la prevenirea complicațiilor postoperatorii, au dus la un rezultat bun în ceea ce privește complianța terapeutică și ameliorarea calității vieții.

Utilizarea planului de îngrijiri prin abordarea holistică a bolnavei – pe plan fizic, psihic și social –, evaluarea nivelului de dependență pe cele 14 nevoi fundamentale, folosind modelul conceptual al Virginiei Henderson, calcularea scorului de dependență și identificarea problemelor de îngrijiri permit evaluarea calității vieții pe cele patru dimensiuni legate de sănătate: bunăstarea fizică (circulație, respirație, alimentare, mobilizare, igienizare), bunăstarea psihică (siguranță, realizare, credințe, valori), independența în desfășurarea activității zilnice și relațiile sociale (comunicare, recreere, reinsertie socio-profesională), stabilirea priorităților pentru alocarea resurselor, pentru planificarea și desfășurarea unei îngrijiri holistice, adică o îngrijire specializată, concepută pentru a îmbunătăți calitatea vieții pacientelor cu cancer mamar.

Abordarea holistică a pacientelor permite evaluarea calității vieții pacientei cu cancer mamar, în secvența chirurgicală a tratamentului cancerului mamar, atât în preoperator, cât și postoperator, iar îngrijirea holistică permite ameliorarea calității vieții, obiectivul principal al îngrijirilor acordate fiind recuperarea funcționalității pacientei, creșterea independenței în satisfacerea nevoilor fundamentale.

## Bobliografie

1. Romania - Global Cancer Observatory. Available at: <https://gco.iarc.fr>.
2. Waks AG, Winer EP. Cancer Treatment. JAMA. 2019 Jan 22;321(3):316.
3. Buscariollo DL, Cronin AM, Borstelmann NA, Punglia RS. Impact of pre-diagnosis depressive symptoms and health-related quality of life on treatment choice for ductal carcinoma in situ and stage I breast cancer in older women. Breast Cancer Res Treat. 2019 Feb;173(3):709-717.
4. Saad M, de Medeiros R, Mosini AC. Are We Ready for a True Biopsychosocial-Spiritual Model? The Many Meanings of "Spiritual". Multidisciplinary Digital Publishing Institute (MDPI) Medicines (Basel). 2017 Dec;4(4):79.
5. Lewandowska A, Rudzki G, Lewandowski T, Rudzki S. The Problems and Needs of Patients Died with Cancer and Their Caregivers. Int J Environ Res Public Health. 2020 Dec 24;18(1):87.
6. Caffo O, Amichetti M, Ferro A, Lucenti A, Valduga F, Galligioni E. Pain and quality of life after surgery for breast cancer. Breast Cancer Res Treat. 2003 Jul;80(1):39-48.
7. ESMO Clinical Practice Guidelines on Breast Cancer. Available at: <https://www.esmo.org>.
8. American College of Surgeons, COVID-19 and Surgery, COVID-19 Guidelines for Triage of Breast Cancer Patients. Available at: <https://www.facs.org/covid-19/clinical-guidance/elective-case/breast-cancer> (accessed: 1st of June 2021).
9. Societatea Națională de Oncologie Medicală din România. Măsuri recomandate în vederea reducerii impactului pandemiei COVID-19 asupra pacienților oncologici și asupra serviciilor de oncologie. Available at: <http://www.ms.ro> (accessed: 1st of June 2021).
10. Henderson V. The Nature of Nursing a Definition and its Implications for Practice, Research, and Education. Macmillan, 1966.
11. Sung H, Ferlay J, Siegel RL, Laversanne M, Soerjomataram I, Jemal A, Bray F. Global Cancer Statistics 2020: GLOBOCAN Estimates of Incidence and Mortality Worldwide for 36 Cancers in 185 Countries. CA Cancer J Clin. 2021 May;71(3):209-249.
12. Rummel S, Hueman MT, Costantino N, Shriver CD, Ellsworth RE. Tumour location within the breast: Does tumour site have prognostic ability? Ecancermedicallscience. 2015 Jul 13;9:552.
13. Moisin A, Manda G, Bratu DG, Serban D, Tanasescu C. Efficiency of modified radical mastectomy in the therapeutic conduct of breast cancer. Rom Biotechnol Lett. 2021;26(1):2331-2339.
14. Kootstra J, Hoekstra-Weebers JE, Rietman H, de Vries J, Baas P, Geertzen JH, Hoekstra HJ. Quality of life after sentinel lymph node biopsy or axillary lymph node dissection in stage I/II breast cancer patients: a prospective longitudinal study. Ann Surg Oncol. 2008 Sep;15(9):2533-41.
15. Zhang X, He X, Tang B, Yang H, et al. Risk factors of lymphedema on affected side of upper limb after breast cancer surgery – report from a single center of China. Int J Clin Exp Med. 2017;10(1):1592-1601.
16. Ehemann CR, Shaw KM, Ryerson AB, Miller JW, Ajani UA, White MC. The changing incidence of in situ and invasive ductal and lobular breast carcinomas: United States, 1999-2004. Cancer Epidemiol Biomarkers Prev. 2009 Jun;18(6):1763-9.
17. Masood S. Neoadjuvant chemotherapy in breast cancers. Womens Health (Lond). 2016 Sep;12(5):480-491.
18. Eijkelboom AH, de Munck L, Vrancken Peeters MJ, et al. Impact of the COVID-19 pandemic on diagnosis, stage, and initial treatment of breast cancer in the Netherlands: a population-based study. J Hematol Oncol. 2021;14:64.
19. Galway K, Black A, Cantwell M, Cardwell CR, Mills M, Donnelly M. Psychosocial interventions to improve quality of life and emotional wellbeing for recently diagnosed cancer patients. Cochrane Database Syst Rev. 2012 Nov 14;11(11):CD007064.
20. Breastcancer.org. COVID-19's Impact on Breast Cancer Care. Available at: <https://www.breastcancer.org/treatment/covid-19-and-breast-cancer-care>.