

El pronóstico de cáncer de mama en el embarazo: evidencias para la atención de enfermería

Ana Fátima Carvalho Fernandes¹

Míria Conceição Lavinias Santos²

Tiago Barreto de Castro e Silva³

Cristina Maria Galvão⁴

Esta revisión integradora de la literatura objetivó analizar las evidencias disponibles en la literatura sobre el pronóstico del cáncer de mama durante el embarazo. La selección de los estudios primarios fue realizada en las bases de datos PubMed, CINAHL y LILACS; se identificaron 240 estudios primarios. Después de la lectura de los títulos y resúmenes y establecimiento de los criterios de inclusión y exclusión, 13 artículos fueron incluidos en la muestra de la revisión integradora. En la síntesis del conocimiento producido hay evidencias que indican que el embarazo no empeora la evolución del cáncer de mama y el pronóstico malo está relacionado con la estadificación clínica tardía del tumor. Entre las lagunas en el tópico investigado hay que resaltar la necesidad de realizar estudios sobre la atención de enfermería prestada a mujeres embarazadas con cáncer de mama para mejoría del cuidado en el contexto de la atención a la salud.

Descriptores: Neoplasias de la Mama; Embarazo; Pronóstico; Enfermería.

¹ Enfermera, Doctor en Enfermería, Profesor Asociado, Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, CE, Brasil. E-mail: afcana@ufc.br.

² Enfermera, Doctor en Enfermería, Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, CE, Brasil. E-mail: mlavinias@fortalnet.com.br.

³ Enfermero, Maestría en Ciencias. E-mail: tiagobcs@live.com.

⁴ Enfermera, Doctor en Enfermería, Profesor Titular, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Centro Colaborador de la OMS para el Desarrollo de la Investigación en Enfermería, SP, Brasil. E-mail: criscalv@eerp.usp.br.

Correspondencia:

Cristina Maria Galvão
Universidade de São Paulo. Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto
Departamento de Enfermagem Geral e Especializada
Av. dos Bandeirantes, 3900
Bairro: Monte Alegre
CEP: 14040-902, Ribeirão Preto, SP, Brasil
E-mail: criscalv@eerp.usp.br

O prognóstico de câncer de mama na gravidez: evidências para o cuidado de enfermagem

O presente estudo teve como objetivo analisar as evidências disponíveis na literatura sobre o prognóstico de câncer de mama na gravidez. O método de revisão adotado foi a revisão integrativa. Para a seleção dos estudos primários, utilizaram-se as bases de dados PubMed, CINAHL e LILACS. Na busca, foram identificados 240 estudos primários, após a leitura dos títulos e resumos e, frente aos critérios de inclusão e exclusão estabelecidos, 13 artigos foram incluídos na amostra da revisão integrativa. Na síntese do conhecimento produzido, há evidências que indicam que a gestação não piora a evolução do câncer de mama e o mau prognóstico está relacionado ao estadiamento tardio do tumor. Dentre as lacunas identificadas, sobre o tópico investigado, destaca-se a necessidade de condução de estudos direcionados para a assistência de enfermagem, prestada à mulher grávida, com câncer de mama, para promover a melhoria do cuidado no contexto da atenção à saúde.

Descritores: Neoplasias da Mama; Gravidez; Prognóstico; Enfermagem.

Prognosis of breast cancer during pregnancy: evidence for nursing care

This integrative review analyzed evidence available in the literature concerning the prognosis of breast cancer during pregnancy. The following databases were used for selecting studies: PubMed, CINAHL and LILACS. A total of 240 primary studies were identified; 13 papers were included in the integrative review's sample after reading the titles and abstracts and according to the established inclusion and exclusion criteria. There is evidence indicating that pregnancy does not worsen the evolution of breast cancer and a poor prognosis is related to late stage tumors. Among the gaps identified in the studied theme, the need for further studies addressing nursing care provided to pregnant women with breast cancer is highlighted in order to promote improved care in the context of health care.

Descriptors: Breast Neoplasm; Pregnancy; Prognosis; Nursing.

Introducción

Uno de los problemas que más abala a la mujer en todos los aspectos de su vida es el diagnóstico de cáncer de mama, siendo probablemente el más temido entre la población femenina, en razón de su elevada incidencia y, sobre todo, por el impacto psicológico y social que ocasiona, principalmente en consecuencia de los miedos y tabús que cercan esta enfermedad⁽¹⁾.

De acuerdo con las estimativas publicadas por el Instituto Nacional del Cáncer (INCA) para 2010, el número de casos nuevos de cáncer de mama esperado para Brasil será de 49.240, con el riesgo estimado de 49,27 casos a cada 100 mil mujeres. Las estimativas también presentan un total de 8.270 casos nuevos para la región noreste, siendo que 550 nuevos casos serán detectados en Paraíba, y 210 en la capital del estado, lo que equivale a las tasas brutas de 28,68/100.000 y 59,34/100.000, respectivamente⁽²⁾.

En este contexto, la conducción de investigaciones

es un aspecto relevante, principalmente aquellas que produzcan evidencias para responder lagunas de conocimiento sobre la problemática, específicamente en el presente estudio, sería el cáncer en el embarazo.

Cáncer de mama asociado al embarazo es todo cáncer diagnosticado durante el embarazo o hasta un año después del parto. Los primeros relatos sobre esa problemática ocurrieron hace más de cien años y demostraban un pronóstico sombrío a respecto de esta asociación, los primeros estudiosos publicaron una serie de casos y, después de cinco años de acompañamiento, todas las pacientes evolucionaron para muerte⁽³⁾.

Un estudio publicado en 1.999 indicó que el cáncer de mama representa 0,2 a 3,8% de todos los cánceres que aparecieron en la gestación, siendo la relación de 1/3.000 a 1/10.000 gestaciones⁽⁴⁾. Otra investigación apuntó que dependiendo del país estudiado, algunas series de casos presentaron asociación de 1/2.000 gestaciones⁽⁵⁾. El

cáncer de mama asociado al embarazo se presenta como la segunda causa de neoplasia asociada al embarazo, ultrapasada apenas por el cáncer de cuello uterino^(4,6).

En la trayectoria profesional desarrollamos actividades con grupos de mujeres con cáncer y constatamos diferentes realidades, o sea, mujeres que estaban en tratamiento y quedaron embarazadas o que lo hicieron después del diagnóstico de cáncer de mama y aquellas que después de cinco años murieron por la patología. De esta vivencia surgió la necesidad de investigar el pronóstico de cáncer de mama en el embarazo.

Frente a lo expuesto, entendemos que el estudio contribuye con subsidios basados en resultados de investigaciones, los cuales pueden auxiliar en la toma de decisiones del enfermero para la mejoría de la asistencia prestada a mujeres con cáncer de mama.

Objetivo

Analizar las evidencias disponibles en la literatura sobre el pronóstico de cáncer de mama en el embarazo.

Metodología

La Práctica Basada en Evidencias (PBE) envuelve la definición de un problema, la búsqueda y evaluación crítica de las evidencias disponibles, implementación de las evidencias en la práctica y evaluación de los resultados obtenidos. La experiencia clínica del profesional y las preferencias del paciente son aspectos también incorporados en la PBE para la toma de decisiones en la asistencia a la salud⁽⁷⁾.

Para el alcance del objetivo propuesto en el presente estudio, seleccionamos la revisión integradora (RI) como método de revisión, la cual trae contribuciones importantes para el fortalecimiento de la PBE.

En la conducción de la RI recorrimos a las siguientes etapas: identificación del tema o formulación de la pregunta orientadora, muestreo o búsqueda en la literatura de los estudios, categorización de los estudios, evaluación de los estudios incluidos en la revisión, discusión e interpretación de los resultados, y síntesis del conocimiento evidenciado en los artículos analizados o presentación de los resultados de la revisión integradora⁽⁸⁾.

La pregunta orientadora para la elaboración de la revisión integradora fue: "¿Cuáles son las evidencias disponibles en la literatura sobre el pronóstico de cáncer de mama en el embarazo?"

Para la búsqueda de los estudios primarios utilizamos las siguientes bases de datos: PUBMED-MEDLINE (*Medical Literature Analysis and Retrieval System on-line*), CINAHL (*Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature*)

y LILACS (Literatura Latino-Americana y del Caribe en Ciencias de la Salud).

Los descriptores controlados y no controlados (palabras clave) seleccionados para la realización de la búsqueda de los estudios primarios se presentan en la Figura 1, los cuales fueron combinados y/o modificados en cada base de datos de acuerdo con la necesidad, para asegurar una amplia búsqueda.

Base de datos	Descriptores controlados	Descriptores no controlados
PUBMED	Pregnancy	Breast cancer
	Breast neoplasms	
	Prognosis	
LILACS	Embarazo	Cáncer de mama
	Neoplasia de mama	
	Pronóstico	
CINAHL	Breast neoplasms	Breast cancer
	Prognosis	
	Pregnancy	

Figura 1 - Descriptores controlados y no controlados de acuerdo con las bases de datos seleccionadas.

Los criterios de inclusión y exclusión de los estudios primarios seleccionados para la presente RI fueron: artículos que abordaban el cáncer de mama en el embarazo, publicados en inglés, castellano y portugués, en los últimos diez años (de enero de 2000 hasta abril de 2010). En la búsqueda de los estudios fueron excluidas las revisiones de literatura o revisiones narrativas y los editoriales.

Los estudios primarios fueron seleccionados por el título y resumen, de acuerdo con el objetivo del estudio y obedeciendo a los criterios de inclusión y exclusión adoptados. En la base de datos PUBMED fueron preseleccionadas 178 referencias, en la LILACS seleccionamos 26 artículos y en la CINAHL, 36 artículos, totalizando 240 artículos.

Después de la nueva lectura de los resúmenes de los estudios primarios preseleccionados, en la base de datos PUBMED seleccionamos 26 artículos de estos, 17 fueron excluidos, Así incluimos en la revisión, nueve artículos de esta base. En la LILACS, de los 26 artículos incluimos apenas dos artículos. En la CINAHL identificamos seis estudios primarios, pero todos fueron excluidos. Así la muestra de la RI se constituyó de 13 artículos, los cuales fueron analizados integralmente.

Para la extracción de los datos utilizamos el instrumento de recolección de datos propuesto y validado por Ursi⁽⁹⁾. Para el análisis del delineamiento de la investigación y del nivel de evidencia de los estudios primarios incluidos

en la revisión utilizamos los conceptos propuestos por investigadores del área de enfermería⁽¹⁰⁻¹¹⁾.

El análisis y síntesis de los estudios primarios fueron realizadas en la forma descriptiva, posibilitando al lector evaluar la calidad de las evidencias (nivel de evidencia) disponibles en la literatura sobre el tema investigado, ofrecer subsidios para la toma de decisiones en lo cotidiano de la enfermería, en lo que se refiere al cáncer de mama en la gestación, así como la identificación de lagunas de conocimiento para el desarrollo de futuras investigaciones.

Resultados

De los trece artículos incluidos en la revisión, constatamos que 10 fueron publicados en inglés, dos en

portugués y uno en castellano. En relación al origen de las publicaciones, hubo diversidad en los países de las revistas, con destaque para el *Irish Medical Journal* (dos artículos).

En relación al nivel de evidencia, siete estudios primarios presentaron nivel de evidencia IV, o sea, estudios de caso control; cinco estudios presentaron nivel de evidencia VI, siendo un descriptivo, dos del tipo series de casos, un retrospectivo y un estudio de caso; un estudio presentó nivel de evidencia VII, tipo opinión de especialista. En las Figuras 2, 3 y 4 presentamos un resumen de cada artículo incluido en la RI, y en la Figura 5 la síntesis de los estudios primarios en cuanto al resultado investigado (pronóstico).

Estudio	Objetivo	Resultado	Conclusión
Gelber et al. ⁽¹²⁾	Evaluar el impacto del embarazo subsecuente en el pronóstico de pacientes con cáncer de mama en estado inicial.	La sobrevida de mujeres embarazadas fue superior al grupo comparado, para el cual la sobrevida en 5 años fue de $85 \pm 3\%$ y en 10 años, $74 \pm 4\%$.	El embarazo subsecuente no afecta adversamente el pronóstico del cáncer de mama en estado inicial. La mayor sobrevida encontrada en este estudio y en otros puede meramente reflejar un sesgo de selección de paciente saludable, pero también es consistente con el efecto antitumoral del embarazo.
Mottola-Junior et al. ⁽¹³⁾	Relatar 15 casos de cáncer de mama asociados al embarazo y comparar con un grupo control de pacientes jóvenes con carcinoma ductal invasor de mama, evaluando el estadiamiento clínico, el comprometimiento linfonodal axilar, el grado nuclear, el grado histológico del tumor y los receptores hormonales de estrógeno y progesterona.	En cuanto a la sobrevida libre de la enfermedad y sobrevida global, 9 pacientes (60%) están vivas y sin enfermedad, 4 pacientes (26,6%) están vivas con enfermedad y 2 pacientes (13,4%) murieron. Hubo diferencia estadísticamente significativa ($p=0,0022$) para el peor estadiamiento clínico y mayor comprometimiento linfonodal axilar ($p=0,0017$), en las pacientes embarazadas.	En relación al pronóstico del cáncer de mama asociado al embarazo, no hay diferencia cuando se compara pacientes embarazadas con las no embarazadas, para el mismo promedio de intervalo de edad.
Red et al. ⁽¹⁴⁾	Evaluar factores pronósticos en 173 pacientes con cáncer de mama, subdivididas en tres grupos: grupo subsecuente, grupo embarazo y grupo lactación.	En relación al pronóstico, ninguno de los parámetros investigados fue factor de predicción significativa cuando comparados los grupos lactación + embarazo versus el grupo subsecuente. La edad de 35 años o menos fue un factor de pronóstico desfavorable apenas en el grupo lactación + embarazo. La sobrevivencia en cinco años fue de 40%, 41% y 86% en los grupos embarazo, lactación y subsecuente, respectivamente.	Los resultados evidenciados demostraron que los grupos lactación (nacimiento 1-12 meses antes del diagnóstico de cáncer de mama) y embarazo (nacimiento 0-9 meses después del diagnóstico) fueron muy similares en relación a los parámetros clínico-patológicos, comparados al grupo subsecuente (nacimiento más de 9 meses después del diagnóstico), con tumores mayores, clasificación histológica mayor, status negativo para receptores hormonales y alta positividad para c-erb-2.
Aziz et al. ⁽¹⁵⁾	Mensurar los varios marcadores tumorales (p53, C-erb-2, EGFR, Cathepsin-D, PCNA, DNA ploidy y fracción de fase S) juntamente con la evolución de la enfermedad en pacientes con cáncer de mama asociado al embarazo (PABC), comparadas al grupo control.	Todas las pacientes (grupo caso y control) habían sido diagnosticadas con carcinoma ductal infiltrante. No hubo diferencia estadísticamente significativa en la sobrevivencia global de las pacientes del grupo caso y del grupo control, si comparadas estado con estado.	Las neoplasias malignas en la mama pueden no ser notadas por períodos de tiempo variados, dando a las mismas la oportunidad de aumentar de tamaño antes de la detección, lo que lleva al mayor tamaño tumoral encontrado en las pacientes PABC. Además de eso, la presentación de metástasis linfonodal es común en esas pacientes, nuevamente debido a la demora en el diagnóstico, influenciando directamente el pronóstico.

(continúa...)

Estudio	Objetivo	Resultado	Conclusión
Makgasa et al. ⁽¹⁶⁾	Evaluar a experiencia de una unidad especializada en el tratamiento del cáncer de mama, en el norte de Irlanda, en el manejo del cáncer de mama asociado al embarazo.	La edad promedio de las pacientes PABC fue de 36,58 años y de los controles 37,96. Once pacientes del grupo PABC presentaron enfermedad localizada, en cuanto una tuvo metástasis ósea. Una tuvo secreción mamaria sanguinolenta, en cuanto todas las otras presentaron nódulo palpable. El tiempo promedio de embarazo en la época del diagnóstico fue de 15,5 semanas. Todas las pacientes pasaron por cirugía, y todas las mujeres del grupo PABC tuvieron pronóstico clínico de moderado a pobre, usando el Índice Pronóstico de Nottingham.	La razón para el pronóstico malo del PABC es ligada al diagnóstico o a la búsqueda tardía por los servicios. Otra hipótesis es que la biología del PABC sea inherentemente más agresiva. Los pacientes del estudio con cáncer de mama asociado al embarazo de hecho procuraron el servicio de salud tardíamente, estando con la enfermedad avanzada y generalmente el pronóstico es malo.
Halaska et al. ⁽¹⁷⁾	Describir la epidemiología, tratamiento y evolución de mujeres que fueron diagnosticadas con cáncer de mama durante la gestación o dentro de un año después del embarazo.	No hubo diferencia estadísticamente significativa entre la tasa de supervivencia comparándose el grupo de mujeres con cáncer de mama asociado al embarazo y el grupo control (no embarazadas) (p=0,449).	Estado a estado, el pronóstico del cáncer de mama es similar comparándose mujeres con embarazo asociado o no, a pesar de que pronósticos más pobres después del parto deban ser investigados.
Beadle et al. ⁽¹⁸⁾	El estudio tuvo como objetivo comparar las tasas de recurrencia locoregional, metástasis y supervivencia en pacientes jóvenes (con edad menor o igual a 35 años) que desarrollaron cáncer de mama asociado al embarazo con pacientes jóvenes no-PABC.	En la comparación entre las pacientes PABC y no-PABC, no hubo diferencia estadísticamente significativa en relación a las tasas de recurrencia locoregionales y/o en relación a las tasas de metástasis distantes y supervivencia, en 10 años. En el grupo PABC hubo mayor proporción de invasión linfovascular, siendo que, dentro de este grupo (cáncer durante o después del embarazo – hasta un año), no fueron detectadas diferencias estadísticamente significativas.	El hecho de las pacientes con cáncer asociado al embarazo presentar estadiamiento más avanzado sugiere que el mayor riesgo para ese grupo proviene de la demora del diagnóstico de la enfermedad, ya que la gestación por sí sola no implica en un pronóstico malo. Sin embargo, el embarazo puede enmascarar los síntomas y así dificultar el diagnóstico.

Figura 2 – Síntesis de los estudios con nivel de evidencia IV (caso-control)

Autor	Delimitación de investigación	Objetivo	Resultado	Conclusión
Peralta-Musre ⁽¹⁹⁾	Estudio descriptivo	Describir el perfil de mujeres registradas en una unidad de patología mamaria perteneciente a un servicio de ginecología y obstetricia de un hospital, en lo que se refiere al embarazo y cáncer de mama.	La supervivencia en tres, cuatro o diez años, sin evidencia de enfermedad fue inferior a la de mujeres no embarazadas.	El pronóstico del cáncer de mama asociado al embarazo es generalmente desfavorable.
Hill et al. ⁽²⁰⁾	Serie de casos	Analizar la evolución clínica de doce mujeres, con historia de cáncer de mama asociado al embarazo.	En el análisis de la evolución clínica de los casos investigados, cinco pacientes murieron y dos tenían metástasis en el momento del diagnóstico. La mediana de supervivencia fue de 31 meses. Ocurrieron tres muertes fetales, siendo un aborto terapéutico y dos durante el tratamiento quimioterápico.	El diagnóstico del cáncer de mama durante el embarazo es difícil y generalmente ocurre en un estado avanzado. La cirugía puede ser hecha de forma segura durante el embarazo y la quimioterapia adyuvante no debe ser retrasada hasta después del parto.
Grosman et al. ⁽²¹⁾	Estudio retrospectivo	Evaluar retrospectivamente 86 piezas quirúrgicas de mujeres operadas, gestantes y acompañadas en el Instituto de Tumores de Milán, entre los años de 1977 y 1991 y su relación con el riesgo relativo de muerte a través de las variables (tumor, nódulos, edad).	Los resultados obtenidos muestran nivel de significancia estadística para las variables de asociación por orden de importancia: clasificación histológica del tamaño del tumor, clasificación histopatológica de los linfonodos axilares y edad.	Los autores concluyeron con base en las variables investigadas, que la utilización del producto de las variables clasificación histopatológica del tumor, número de linfonodos axilares acometidos y edad, permiten prever el riesgo relativo de muerte para cada paciente con neoplasia mamaria durante la gestación, con nivel de significancia estadística.

(continúa...)

Figura 3 - *continuación*

Autor	Delimitación de investigación	Objetivo	Resultado	Conclusión
Martínez-Ramos et al. ⁽²²⁾	Estudio de caso	Describir un caso sobre mujer con 34 años, embarazada de 28 semanas, primera gestación, la cual procuró el servicio de salud debido a la presencia de nódulo en mama derecha.	Después de exámenes clínicos y biopsia, la paciente fue diagnosticada con cáncer de mama y sometida a la mastectomía radical modificada tipo Madden. En la 32ª. semana de gestación, la paciente fue sometida a cesárea y posteriormente al tratamiento quimioterápico habitual	Los autores apuntan que el cáncer de mama, en el embarazo es una enfermedad frecuente y común, pero no es excepcional. Resaltan la importancia del índice alto de detección precoz del nódulo mamario, ocasionando el diagnóstico precoz y consecuentemente en la mejoría del pronóstico del paciente.
Khairy, Al-Abdulkarim ⁽²³⁾	Serie de casos	Describir la evolución clínica de cinco mujeres con cáncer de mama asociado al embarazo.	Tres pacientes fueron diagnosticados en el primer trimestre de embarazo y dos después de la gestación (2 semanas y 9 meses después). En una de ellas fue realizado aborto terapéutico. Una paciente fue diagnosticada en estado II y cuatro en estado III. Todas presentaron algún comprometimiento de linfonodos, pero ninguna tenía metástasis diagnosticada. Todas recibieron quimioterapia adyuvante después de haber sido sometidas a cirugía. Una murió.	El diagnóstico de cáncer de mama durante el embarazo se torna complicado, ya que los cambios que ocurren fisiológicamente en ese período tornan la detección difícil. Una mayor atención debe ser dirigida para la mejoría de los estándares de tratamiento, especialmente en las regiones donde el diagnóstico es hecho tardíamente.

Figura 3 – Síntesis de los estudios con nivel de evidencia VI

Estudio	Opinión de especialista	Conclusión / Recomendaciones
Loibl et al. ⁽²⁴⁾	Informe de un comité de especialistas acerca del tema cáncer de mama asociado al embarazo.	El objetivo del tratamiento de las mujeres embarazadas con cáncer de mama es el mismo de las no embarazadas: control local de la enfermedad y prevención de metástasis. Entre tanto, ciertos tipos de tratamiento precisan ser modificados por causa de los potenciales efectos adversos en el feto. Hay evidencias que dan soporte al uso seguro de quimioterápicos antraciclínicos durante el segundo y tercer trimestres (nivel de evidencia Oxford 2b). Debido a la ausencia de evidencias, la opinión de los especialistas fue de no recomendar el uso de rutina de nuevas drogas citotóxicas como los taxanos durante el embarazo.

Figura 4 – Síntesis del estudio con nivel de evidencia VII

Año	Autores	Resultado
2001	Gelber et al. ⁽¹²⁾	No hay efectos adversos del embarazo subsecuente en el pronóstico de mujeres con cáncer de mama y de hecho hay evidencias de que ésta puede estar asociada a un pronóstico más favorable.
2001	Peralta-Musre ⁽¹⁹⁾	El pronóstico del PABC es generalmente desfavorable debido al atraso en el diagnóstico y tratamiento. Los pacientes del estudio tuvieron menor sobrevida en 5 años que las mujeres no embarazadas.
2002	Hill et al. ⁽²⁰⁾	A pesar de que el pronóstico sea similar, estado a estado, el PABC tiene un peor pronóstico general que el cáncer de mama fuera de este período, siendo que la demora en el diagnóstico puede contribuir para eso.
2002	Mottola- Júnior et al. ⁽¹³⁾	El PABC se mantiene con pronóstico malo, no habiendo diferencia cuando se compara con pacientes no embarazadas para el mismo intervalo de edad, siendo que el factor determinante en la sobrevida es el estado clínico avanzado en el momento del diagnóstico.
2002	Grosmann et al. ⁽²¹⁾	Las pacientes jóvenes embarazadas o no, con cáncer de mama, tienen tendencia a peor pronóstico que las pacientes perimenopáusicas o menopáusicas. El comprometimiento axilar es un importante elemento en el estadiamiento y pronóstico.

(continúa...)

Figura 5 - *continuación*

Ano	Autores	Resultado
2003	Red et al. ⁽¹⁴⁾	Los autores de la investigación afirman que el pronóstico del PABC es desfavorable, a pesar de que las razones para eso sean desconocidas y que cuanto menor el tiempo entre el diagnóstico del cáncer y un embarazo previo, peor es el pronóstico.
2003	Aziz et al. ⁽¹⁵⁾	En el estudio, los resultados evidenciados no presentaron diferencia estadísticamente significativa entre el grupo con PABC comparado al control, en lo que se refiere a la sobrevivencia y al estadiamiento tardío.
2006	Loibl et al. ⁽²⁴⁾	Los autores afirman que el pronóstico de mujeres con cáncer de mama durante el embarazo no parece diferir de las no embarazadas en la misma edad y estado de la enfermedad.
2007	Martínez-Ramos et al. ⁽²²⁾	Los autores afirman que el pronóstico malo en las pacientes embarazadas con cáncer de mama probablemente está relacionado al estado tumoral avanzado al diagnóstico y afirman que el pronóstico de esas mujeres es semejante a las no embarazadas cuando comparadas con edad y estado del tumor, y que la sobrevivencia en cinco años es de aproximadamente 60% cuando no hay metástasis linfonodal y 45% cuando los ganglios no están afectados.
2008	Khairy, Al-Abdulkarim ⁽²³⁾	Los autores indicaron que un pronóstico peor ocurre frecuentemente debido a la demora en el diagnóstico. Estado a estado, el pronóstico de mujeres con cáncer de mama durante el embarazo es semejante al de mujeres no embarazadas.
2009	Makgasa et al. ⁽¹⁶⁾	Este estudio demostró que el cáncer de mama asociado al embarazo se presenta con tumores grandes con significativo comprometimiento de los linfonodos y pronóstico moderado a malo.
2009	Halaska et al. ⁽¹⁷⁾	Con base en la serie de casos conducidos y estudiados, los autores afirman que hubo tendencia a un pronóstico peor para pacientes diagnosticadas con cáncer de mama dentro de un año después del nacimiento del bebé.
2009	Beadle et al. ⁽¹⁸⁾	Pronósticos más pobres relacionados al cáncer de mama están mucho más ligados a la edad joven de las pacientes que al embarazo. Pacientes con cáncer de mama asociado al embarazo no tendrán pronóstico malo caso tengan el diagnóstico durante el embarazo o dentro de un año después.

Figura 5 – Síntesis de los estudios primarios en cuanto al resultado investigado (pronóstico)

Discusión

En la síntesis de las evidencias de los estudios primarios incluidos en la revisión sobre el pronóstico de cáncer de mama en el embarazo resaltamos que nueve de los trece estudios incluidos en la revisión, apuntaron que el pronóstico malo del cáncer de mama asociado al embarazo está relacionado al estadiamiento tardío^(13-17,20-23).

En la literatura, un estudio conducido anteriormente ya había apuntado el pronóstico malo relacionado al tiempo entre el diagnóstico de cáncer de mama y un embarazo previo⁽²⁵⁾. Una investigación reciente también indicó que una de las cuestiones que complican el pronóstico de cáncer de mama durante el embarazo es el atraso en el diagnóstico⁽²⁶⁾. El pronóstico malo observado es parcialmente explicado por la tendencia de las gestantes de presentarse en estados más avanzados de la enfermedad en la época del diagnóstico; entretanto, parece no ser la única explicación, una vez que hay en la literatura un estudio que indica que el propio embarazo sea un factor independiente para un peor pronóstico⁽²⁷⁾.

En un estudio publicado en 1999, la sobrevivencia de pacientes en estado II o III fue de 75%, sugiriendo que con la terapia moderna y la ayuda multidisciplinar, el pronóstico no fue tan malo como se pensaba⁽⁴⁾. En contrapartida, en dos estudios incluidos en la revisión integradora, los resultados no evidenciaron diferencia

estadísticamente significativa entre la tasa de sobrevivencia, comparándose el grupo de mujeres con PABC con el grupo control (no embarazadas)⁽¹⁷⁻¹⁸⁾.

En una investigación, los autores afirman que las hormonas de la gestación serían los responsables por el peor pronóstico. La gestación es caracterizada por un aumento significativo de estrógeno, IGF1, progesterona y prolactina, hormonas que están relacionadas íntimamente con la etiología del cáncer de mama y de su progresión. Las hormonas citadas promueven efectos de crecimiento en células tumorales responsivas a las hormonas⁽²⁸⁾.

En culturas de células quedó claro que el aumento de la concentración de hormonas durante la gestación puede aumentar la proliferación de las células cancerígenas y el tamaño del tumor. Otra hipótesis que explicaría la mortalidad elevada de mujeres gestantes con cáncer de mama es que los tumores de peor pronóstico son seleccionados por las hormonas de la gestación, pero existen pocos estudios sobre el asunto⁽²⁹⁻³¹⁾.

En una investigación realizada con métodos de inmunohistoquímica, en más de 700 casos de cáncer de mama, los tumores de mujeres que habían dado a la luz recientemente no difirieron en cuanto a: tamaño, estadiamiento o receptores de estrógeno y HER2, sin embargo, presentaron más receptores de progesterona negativo, de p53 positivo y mayor grado histológico.

Así, ser receptor de progesterona negativo parece estar asociado a un peor pronóstico, en parte por ser menos sensible al tamoxifeno y también por conferir un fenotipo invasor de las células tumorales en sistema modelo. Una mayor expresión de p53 en gestantes con cáncer de mama también es consistente en la selección de tumores más agresivos en la gestación⁽²⁹⁾.

En la literatura hay evidencias que indican que la gestación no empeora la evolución del cáncer de mama, conforme cinco estudios primarios incluidos en la revisión^(12,15,22-24). Los autores de los estudios afirman que el pronóstico de mujeres con PABC no parece diferir de las no embarazadas en la misma edad y estado de la enfermedad. Estos resultados son corroborados por dos estudios⁽³²⁻³³⁾. En la revisión, en dos estudios, los autores apuntaron pronóstico malo de cáncer de mama cuando asociado a mujer joven, afirmando que las pacientes embarazadas o no embarazadas jóvenes con cáncer de mama tienen tendencia a peor pronóstico^(18,21).

Uno de los aspectos que complica el pronóstico de PABC es el atraso en el diagnóstico. En ese contexto se debe llevar en cuenta las alteraciones fisiológicas provocadas por el embarazo en la glándula mamaria relativas a la consistencia y densidad, que pueden enmascarar las señales y síntomas de la enfermedad y perjudicar la interpretación de los exámenes de rastreo, atrasar el diagnóstico y con eso, disminuir la sobrevida de estas mujeres⁽²⁶⁾. Fundamentadas en la práctica profesional es común encontrar nódulos indoloros que pueden pasar desapercibidos debido al aumento de volumen y a la ingurgitación de las mamas. Así, la preparación del enfermero para realizar examen físico, en especial de las mamas durante el prenatal y después del parto es una medida relevante que puede contribuir para la detección precoz de PABC.

La problemática investigada puede ser resultado de una asistencia inadecuada, en la cual hay lagunas, principalmente en la asistencia prenatal. Una atención prenatal y puerperal de calidad y humanizada es fundamental para la salud materna y neonatal y, para su humanización y calificación; es necesario construir una nueva perspectiva sobre el proceso salud/enfermedad, que comprenda a la persona en su totalidad cuerpo/mente y considere el ambiente social, económico, cultural y físico en el cual vive, además de establecer nuevas bases para el relacionamiento de los sujetos envueltos en la producción de la salud: profesionales de la salud, usuarios (as) y gestores⁽³⁴⁾.

Es tarea del profesional enfermero implementar una atención integral y multidisciplinar para las mujeres que tienen cáncer de mama en la gestación, intensificando

la evaluación continua e individualizada en el prenatal, considerando la participación de la mujer y familia en la decisión del tratamiento y conducción de la gestación, ponderando los aspectos éticos, religiosos, psicológicos, orgánicos y legales⁽³⁵⁾.

Conclusión

La síntesis del conocimiento producido en esta revisión integradora indica que hay en la literatura evidencias que la gestación no empeora la evolución del cáncer de mama; y, el pronóstico malo está relacionado al estadiamiento tardío del tumor; entretanto, debido al número reducido de artículos incluidos y al nivel de evidencia de esos (IV, VI y VII), entendemos la necesidad de conducción de nuevas investigaciones sobre la problemática en cuestión.

La conducción de la revisión integradora reforzó la importancia del diagnóstico precoz, el cual puede contribuir para la mejoría del pronóstico de mujeres con cáncer de mama en el embarazo. En este contexto destacamos el papel del enfermero, una vez que los resultados evidenciados en la revisión ofrecen subsidios para la toma de decisiones de este profesional en la planificación e implementación de intervenciones en la asistencia de enfermería prestada a esta clientela.

El enfermero actuando en el cuidado dirigido a la mujer en todos los niveles de atención precisa implementar estrategias para intensificar las acciones de prevención y detección precoz del cáncer de mama, principalmente en el período de gestación, en el desarrollo de acciones dirigidas a la atención básica. La preparación de este profesional para realizar el examen físico, en especial de las mamas durante el prenatal y después del parto consiste en medida relevante que puede contribuir para la detección precoz del cáncer de mama asociado al embarazo.

Entre las acciones necesarias, destacamos las acciones de educación en salud, en las cuales el enfermero debe estimular la participación de la mujer usuaria del servicio de salud, incentivando el auto cuidado en la realización del examen clínico de las mamas considerando que la enfermería posee papel preponderante en el desarrollo de acciones junto a la población, ya que el enfoque de su trabajo es el cuidado humanizado, centrado en la prevención de agravios y en la promoción de la salud.

Para finalizar, entre las lagunas identificadas sobre el tópico investigado resaltamos la necesidad de realizar estudios sobre la asistencia de enfermería prestada a la mujer embarazada con cáncer de mama para promover la mejoría del cuidado en el contexto de la atención a la salud.

Referencias

1. Fernandes AFC, Mamede MV. Câncer de mama: mulheres que sobreviveram. Fortaleza (CE): Universidade Federal do Ceará; 2003. 93 p.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Estimativa 2010: incidência de câncer no Brasil / Instituto Nacional de Câncer. Rio de Janeiro: INCA, 2009. 98p.
3. Kilgore AR, Bloodgood JC. Tumors and tumor-like lesions of the breast in association with pregnancy. *Arch Surg.* 1929;18(5):2079-98.
4. Berry DL, Theriault RL, Holmes FA, Parisi VM, Booser DJ, Singletary SE, et al. Management of breast cancer during pregnancy using a standardized protocol. *J Clin Oncol.* 1999;17(3):881-55.
5. Gemignani M, Petrek J, Borgen P. Breast cancer and pregnancy. *Surg Clin North Am.* 1999; 79(5):1157-69.
6. Brewster WR, Disaia PJ. Breast cancer associated with pregnancy. In: Winchester DJ, Winchester DP, editors. *Atlas of clinical oncology: breast cancer.* London: Hamilton; 2000.p.258-259.
7. Galvão CM, Sawada N, Rossi LA. A prática baseada em evidências: considerações teóricas para a sua implementação na enfermagem perioperatória. *Rev. Latino-Am. Enfermagem* 2002;10(5):690-5.
8. Mendes KD, Silveira RCCP, Galvão CM. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde na enfermagem. *Texto Contexto Enferm.* 2008;17(4):758-64.
9. Ursi ES. Prevenção de lesão de pele no perioperatório: revisão integrativa da literatura. [dissertação de mestrado]. Ribeirão Preto (SP): Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto; 2005.128p.
10. Polit DF, Beck CT, Hungler BP. Fundamentos de pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação e utilização. 5. ed. Porto Alegre (RGS): Artmed, 2004. p.487
11. Melnyk BM, Fineout-Overholt E. Making the case for evidence-based practice and cultivating a spirit of inquiry. In: Melnyk BM, Fineout-Overholt. *Evidence-based practice in nursing & healthcare. A guide to best practice.* Philadelphia: Wolters Kluwer, Lippincott Williams & Wilkins; 2011.p.3-24.
12. Gelber S, Coates AS, Goldhirsch A, Castiglione-Gertsch M, Marini G, Lindtner J, et al. Effect of pregnancy on overall survival after the diagnosis of early-stage breast cancer. *J Clin Oncol.* 2001;19(6):1671-5.
13. Mottola-Junior J, Berrettini-Junior A, Mazzocato C, Laginha F, Fernandes CE, Marques JA. Câncer de mama associado à gravidez: um estudo caso/controle. *Rev Bras Ginecol Obstet.* 2002;24(9):585-91.
14. Reed W, Hannisdal E, Skovlund E, Thoresen S, Lilleng P, Nesland JM. Pregnancy and breast cancer: a population-based study. *Virchows Arch.* 2003;443(1):44-50.
15. Aziz S, Kayani N, Israr M, Rahbar M, Pervez S, Khan S, et al. Case control study of novel prognostic markers and disease outcome in pregnancy/lactation-associated breast carcinoma. *Pathol Res Pract.* 2003;199(1):15-21.
16. Makgasa M, Prichard RS, Malone C, Kerin MJ. Pregnancy associated breast cancer. *Ir Medical J.* 2009;102(10):314-17.
17. Halaska MJ, Pentheroudakis G, Strnad P, Stankusova H, Chod J, Robova HMD, et al. Presentation, management and outcome of 32 patients with pregnancy-associated Breast cancer: a matched controlled study. *The Breast J.* 2009;15(5):461-67.
18. Beadle BM, Woodward WA, Middleton LP, Tereffe W, Strom EA, Litton JK, et al. The impact of pregnancy on breast cancer outcomes in women < 35 Years. *Cancer* 2009; 115(6):1174-84.
19. Peralta Musre O. Câncer de mama y embarazo. *Rev Chil Obstet Ginecol.* 2001;66(1):68-73.
20. Hill A, Dijkstra B, Healy CM, Kelly LM; Mcdermott EW, O'Higgins, N. Pregnancy-associated breast cancer. *Ir Medical J.* 2002;95(2):51-2, 54.
21. Grossmann R, Zettler CG, Saccozzi R, Grossmann S. Avaliação dos fatores prognósticos e preditivos de associação no câncer mamário durante a gestação. *Rev Bras Mastologia* 2002; 12(2):23-7.
22. Martínez-Ramos D, Ferraris C; Greco M, Grosso I, Conti AR. Carcinoma de mama durante el embarazo. *Cir Esp.* 2007;82(5):305-7.
23. Khairy GA, Al-Abdulkarim HA. Breast carcinoma during pregnancy. *Saudi Med J.* 2008;29(11):1662-65.
24. Loibl S, Von Minckwitz G, Gwyn K, Ellis P, Blohmer JU; Schlegelberger B, et al. Breast carcinoma during pregnancy. International recommendations from an expert meeting. *Cancer* 2006;106(2):237-46.
25. Von Schoultz E, Johansson H, Wilking N, Rutqvist LE. Influence of prior and subsequent pregnancy on breast cancer prognosis. *J Clin Oncol.* 1995;13(2):430-4.
26. Lyons TR, Schedin PJ, Borges V. F. Pregnancy and breast cancer: when they collide. *J Mammary Gland Biol Neoplasia* 2009;14(2):87-98.
27. Kettelhut JC, Modena MAB. Câncer de mama e gestação *Rev Fac Ciênc Med.* 2008;10(4):1-4.
28. Rossouw JE, Anderson GL, Prentice RL, Lacroix AZ, Kooperberg C, Stefanick ML, et al. Risks and benefits of estrogen plus progestin in healthy postmenopausal women: principal results from the Women's Health Initiative randomized controlled trial. *JAMA* 2002;288(3):321-33.
29. Daling JR, Malone KE, Doody DR, Anderson BO,

