

PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATOLICA DEL ECUADOR

POSGRADO DE GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA



**“CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES CON DIAGNOSTICO DE CANCER
DE MAMA EN ESTADIO II Y III SOMETIDAS A MASTECTOMÍA
RADICAL TRATADAS EN EL HOSPITAL DE LA SOCIEDAD DE LUCHA
CONTRA EL CÁNCER (SOLCA) NUCLEO QUITO DURANTE ENERO DE
2014 DICIEMBRE DE 2016”**

INVESTIGADORAS

DRA. SYLVIA NÚÑEZ A.

DRA. CRISTINA RAMADÁN C.

DIRECTOR DE TESIS: DR. JIMMY CASARES

DIRECTOR METODOLÓGICO: DR. HUGO PEREIRA

ÍNDICE DE CONTENIDO

ÍNDICE DE CONTENIDO	2
Índice de Gráficas	4
CAPÍTULO I	5
1.1 INTRODUCCIÓN	5
1.2 JUSTIFICACIÓN	7
1.3 PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN	9
1.4 OBJETIVOS	12
1.4.1 Objetivo general	12
1.4.2 Objetivos específicos	12
1.5 Hipótesis	12
CAPÍTULO II	13
MARCO TEÓRICO	13
2.1 CÁNCER DE MAMA	13
2.1.1 Definición	13
2.1.2 Epidemiología	14
2.1.3 Factores de riesgos	15
2.1.4 Signos y síntomas	16
2.1.5 Diagnóstico	17
2.1.6 Estatificación del cáncer de mama	21
2.1.7 Pronóstico del cáncer de mama según estatificación	23
2.1.8 Tratamiento	27
2.1.9 Tratamiento quirúrgico. Mastectomía	28
2.1.9.1 Complicaciones de la mastectomía	31
2.1.10 Clasificación molecular del cáncer de mama	33
2.1.11 Cirugía conservadora	34
2.1.12 Ganglio centinela	34
2.1.13 Homoterapia	34
2.2 Calidad de vida y cáncer de mama en la mujer sometida a mastectomía	35
2.2.1 Calidad de vida	35
2.2.2 Calidad de vida en la mujer sometida a mastectomía	36
Capítulo III	39
2.2 Metodología	39
2.3 Muestra	39

2.4	Unidad de estudio	39
2.5	Criterios de inclusión	39
2.6	Criterios de exclusión	40
2.7	Muestreo	40
2.8	Tipo de estudio.....	40
2.9	Procedimiento de recolección de información.....	40
2.10	Aspectos bioéticos.....	41
2.11	Aspectos administrativos.....	41
2.12	Recursos y materiales utilizados en el estudio.....	42
CAPITULO IV		43
ANÁLISIS DE RESULTADOS IV		43
4	Encuestas.....	43
4.1.1	Edad.....	43
4.1.2	Estado Civil	44
4.1.3	Grado de instrucción	44
4.1.4	Etapa de la enfermedad	45
4.1.5	Situación Laboral.....	46
4.1.6	Situación Económica	47
4.1.7	Tiempo de evolución.....	47
4.1.8	Movilidad.....	49
4.1.9	Cuidado Personal.....	49
4.1.10	Actividad Cotidiana	51
4.1.11	Dolor o Malestar	52
4.1.12	Ansiedad o Depresión	53
4.1	Base de Datos Solca.....	54
4.2.1	Edad.....	54
4.2.2	Instrucción.....	54
4.2.3	Estadio	55
4.2.4	TRATAMIENTO QUIRURGICO DE MAMA POR ESTADIOS y Bilateralidad	¡Error!
Marcador no definido.		
4.2	Relación entre variables	56
4.2.1 Estadio vs Situación Económica Sugerencias : 1) Pasteles 2) sumatoria total de pacientes con E II y III y luego identificación en porcentaje de nivel socioeconómico.....	56
4.2.2 Estadio Vs Ansiedad o Depresión IGUAL QUE ARRIBA	57
4.3.3	Estadio Vs Etapa de Enfermedad	58

4.3.4 Estadio Vs Malestar	59
4.3.5 ESTADIO VS ACTIVIDAD TUMORAL (PASTELES Y PORCENTAJES)	60
4.3.6 Estadio Vs Movilidad	61
4.3.7 Estadio Vs Cuidado Personal.....	62
4.3.8 Estadio Vs Actividades Cotidianas	63
Capítulo V	74
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	74
BIBLIOGRAFÍA	77
ANEXOS	85
ANEXO 1: GLOSARIO DE TÉRMINOS ONCOLÓGICOS	85

Índice de Gráficas

Gráfico 1 Distribución de datos según la edad.....	43
Gráfico 2 Distribución de los datos según el estado civil	44
Gráfico 3 Distribución de datos según instrucción.....	45
Gráfico 4 Distribución de datos según la etapa de la Enfermedad.....	45
Gráfico 5 Distribución de datos según Situación laboral	46
Gráfico 6 Distribución de datos según situación económica.....	47
Gráfico 7 Distribución de datos según tiempo de evolución.....	48
Gráfico 8 Distribución de los datos según la movilidad del paciente	49
Gráfico 9 Distribución de los datos según el Cuidado Personal.....	50
Gráfico 10 Distribución de los datos según la actividad Cotidiana.....	51
Gráfico 11 Distribución de los datos según Dolor o mal estar en los pacientes.....	52
Gráfico 12 Distribución de datos según Ansiedad o depresión en los pacientes	53
Gráfico 13 Frecuencia de Edades	54
Gráfico 14 Frecuencias por grado de instrucción.....	55
Gráfico 15 Número de pacientes según Estadio.....	55
Gráfico 16 Distribución de datos según sitio de la mama intervenida	¡Error! Marcador no definido.
Gráfico 17 Relación Estadio vs Situación Económica	56
Gráfico 18 Relación Estadio vs Depresión.....	57
Gráfico 19 Relación Estadio vs Etapa de Enfermedad.....	58
Gráfico 20 Relación Estadio Vs Mal Estar	59
Gráfico 21 Relación Estadio Vs Tiempo de Evolución.....	60
Gráfico 22 Relación Estadio Vs Movilidad	61
Gráfico 23 Relación Estadio Vs Cuidado Personal.....	62
Gráfico 24 Relación Estadio Vs Actividades Cotidianas	63

CAPÍTULO I

1.1 INTRODUCCIÓN

Los primeros datos del cáncer datan aproximadamente del año 1600 A.C; fueron encontrados en papiros egipcios. Se cree que fue Hipócrates quién utilizó la palabra “carcinosis” (cangrejo) para denominar el cáncer. En 1761 el anatomista italiano Giovanni Morgagni, realizó la primera autopsia, de esta manera se sentaron las bases para el estudio científico del cáncer, también conocido como “la oncología”. En el siglo XVIII, John Hunter fue uno de los primeros en sugerir la cirugía de los tumores. (ACS, 2016)

Según estudios realizados por la Organización Mundial de la Salud (OMS), el cáncer de mama es el primer cáncer más frecuente en mujeres de todo el mundo, representa el 16% de todos los tipos de cáncer en la mujer (OMS, 2017), solo precedido por el cáncer de pulmón (OMS, 2017).

Para el año 2012 la OMS reportó que 408.000 mujeres fueron diagnosticadas con cáncer de mama en la Región de las Américas, 92.000 mujeres murieron por esta causa (OMS/OPS, 2017).

Su incidencia está variando en todo el mundo, así es el caso de América del Norte con tasas normalizadas por edad es de hasta 99,4 por 100 000 (OMS, 2017) , en España es del 17% (AECC, 2016); mientras que en México ronda el 15% (INEGI, 2017), en el Ecuador ocupa del 100% de tumores el 35,9% de los mismos según el último reporte de SOLCA del año 2007, teniendo en cuenta que al ser un país en desarrollo, el cáncer de mama es detectado en estadios avanzados, aspecto este que dificulta el tratamiento y pronóstico de la enfermedad en las mujeres que la padecen. (Donoso S & Cuello F, 2016)

Sin embargo, en el Ecuador se diagnostican anualmente 30 casos de cáncer por cada 100,000 personas, la mitad de ellas en etapas avanzadas con escasas posibilidades de libre de actividad tumoral y supervivencia pese a los esfuerzos del Ministerio de Salud Pública (MSP), motivo por el cual constituye la terrera causa de muerte por cáncer en mujeres (MSP, 2012).

En la Ciudad de Quito ocho de cada 100 mujeres, de entre 25 y 64 años, fallecen por esta causa (Registro nacional de tumores Solca, 2013), sin embargo, no existen estudios relacionados con la calidad de vida en pacientes mastectomizadas, de ahí la importancia de este trabajo investigativo.

El alto costo que implica el manejo de estas patologías representa una gran barrera en el acceso a los servicios de salud requeridos. Según cálculos del propio MSP, en Ecuador, el costo mensual para el tratamiento de cáncer en etapas avanzadas es de \$7.083 en promedio por persona al año (MSP, 2012).

El entorno biopsico social es un parámetro muchas veces olvidado por el personal de salud, y al tratarse de una patología con mal pronóstico y adjuntándole la misma los efectos adversos agresivos causados por la terapia administrada, produce un daño perjudicial en la psiquis y en el estilo de vida de la paciente y de su entorno familiar (Aguilar Cordero & Cols, 2013).

Es por esta razón que que en los últimos años se han desarrollado varias escalas de fácil aplicación para la medición de la calidad de vida de los pacientes de diferentes patologías, lo que constituye una herramienta sencilla que aporta datos de relevancia epidemiológica para el estudio de patologías crónico degenerativas (Herdman, Badia, & Berra, 2001).

En virtud de las estadísticas planteadas la mejor estrategia continúa siendo la prevención, por lo que se aconseja que aquellas mujeres después de los 40 años se realicen la mamografía a fin de descartar lesiones en estadios iniciales de la enfermedad que permitan realizar acciones de salud, de aquí, la supervivencia y el mejoramiento en la calidad de vida de quienes la padecen (OMS, 2013).

La situación antes descrita nos permite conocer un determinado número de pacientes con diagnóstico de cáncer de mama en estadio II y III sometidas a mastectomía radical tratadas en el Hospital de la Sociedad de Lucha Contra el Cancer (SOLCA) núcleo Quito durante el período comprendido de enero 2014 a diciembre 2016, hecho este que motivó el desarrollo del presente trabajo de investigación con el objetivo de determinar el grado de afectación que tiene sobre la calidad de vida, el desempeño diario y el entorno familiar la realización de la mastectomía.

1.2 JUSTIFICACIÓN

La calidad de vida considerada globalmente es algo difícil de definir, es por ello que depende, en gran medida, de la escala de valores por la que cada individuo ha optado y de los recursos emocionales y personales de cada uno, además está sometida a determinantes económicos, sociales y culturales, modificándose con el transcurso del tiempo para un mismo individuo. (Burckhardt & Jones, 2005) (Cohen, 2000)

Para Burckhardt, Jones (2005) , Casso y colaboradores (2004) haciendo referencia a la OMS conceptualizan la calidad de vida como:

“es la percepción que un individuo tiene de su lugar en la existencia, con el contexto de la cultura y del sistema de valores en los que vive y en relación con sus objetivos, sus expectativas, sus normas y sus inquietudes. Se trata de un concepto muy amplio que está influido de modo complejo por la salud física del

sujeto, su estado psicológico, su nivel de independencia, sus relaciones sociales, así como su relación con los elementos esenciales de su entorno”

El papel nuestro como profesional de la salud puede influir de manera positiva en mejorar y/o elevar los estándares de calidad de vida de este tipo de paciente de tal manera que se podría crear conciencia en la propia paciente, la familia y la comunidad.

En consecuencia, el cáncer de mama se ha convertido en un problema de salud pública (Araya Aburto & Yáñez Yáñez , 2006) con un incremento mantenido que daña no solo a la mujer que la padece sino también a la familia convirtiéndose en una carga económica que involucra un gasto económico nada despreciable para su entorno familiar y para el estado. (Araya Aburto & Yáñez Yáñez)

Este estudio pretende describir la calidad de vida de mujeres con diagnóstico de cáncer de mama que fueron mastectomizadas, además describir diferentes variables para obtener una mejor visión de entendimiento de este tipo de paciente lo cual será de gran valía dado el aumento de la esperanza de vida y de la incidencia de este tipo de cáncer entre mujeres de nuestro país.

Por consiguiente, la relevancia de este estudio radica en ser un tema poco abordado, pero de extremo interés para los profesionales de la salud, los pacientes, los familiares y las autoridades sanitarias y políticas de la ciudad de Quito en particular y del país en general al mismo tiempo será capaz de generar nuevos conocimientos sobre las afectaciones que presentan estas mujeres en cuanto a su calidad de vida.

Finalmente, para la realización de esta investigación contamos con el apoyo de las autoridades sanitarias de SOLCA y de los propios pacientes. Con los resultados de esta investigación se creará un precedente estadístico de beneficio para el hospital, para los profesionales de la salud, quienes encontraran información actualizada para ser utilizada

en futuras investigaciones, y por los decisores políticos que tendrán herramientas que permitan aumentar la calidad de vida de este grupo poblacional.

1.3 PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

Cáncer es una terminología utilizada para aquellas enfermedades en las que las células anormales se dividen sin control y pueden invadir los tejidos cercanos (PubMed Health, 2015). El epitelio glandular presenta células que ante diferentes estímulos pueden, de manera incontrolable, multiplicarse y convertidas en células cancerosas viajar por el torrente sanguíneo hacia diversas partes del cuerpo, de este modo se adhieren al nuevo órgano formando metástasis. En el caso de las glándulas mamarias (mamas) crecen de maneras distintas: crecimiento local, por diseminación linfática y por diseminación hematológica, de esta manera, estaríamos en presencia del cáncer de mama (AECC, 2017)

De acuerdo con predicciones basadas en el crecimiento poblacional, se estima que en el año 2030 se presentarán más de 596.000 nuevos casos y más de 142.100 muertes por cáncer de mama. Estas estadísticas será casi el doble en América Latina y el Caribe en comparación con Norte América (Vallejos Sologuren & Cols, 2010)

La Sociedad Americana de Lucha Contra el Cáncer (SALC), considera pacientes candidatas a intervención quirúrgica a aquellas mujeres con estadio de cáncer en etapa I-II-III, siendo el estadio I por lo general tumores pequeños que no se ha propagado a ganglios ni estructuras vecinas por lo que suelen ser resueltas con cirugía conservadora, no es el caso de estadios más avanzados como el II-III en el que se utiliza cirugía más agresiva como mastectomía, siendo este protocolo el utilizado por el Hospital de la Sociedad de Lucha Contra el Cáncer núcleo Quito.

La mastectomía es una técnica quirúrgica en la que se realiza una extirpación de todo el tejido mamario incluyendo el pezón y la areola con la obtención de colgajos cutáneos para el posterior cierre o reconstrucción, esta cirugía se indica para aquellas pacientes en las que no se puede realizar tratamiento conservador. (Revelles Paniza, 2015)

A nivel mundial y nacional se han realizado varias campañas de prevención y detección oportuna del cáncer de mama, sin embargo, aún la conducta de prevención en salud es desconocida por los usuarios externos de los servicios de salud, por lo que se pretende implementar y fortalecer dichas estrategias. (Savin & Cols, 2003) (Silverstein & Cols, 1989)

Comprender el proceso que viven y se desenvuelven este tipo de paciente resulta difícil por disímiles aristas, para ello se hace necesario acogernos a la definición de Calidad de Vida como “la percepción que un individuo tiene de su lugar en la existencia, en el contexto de la cultura y del sistema de valores en los que vive y en relación con sus objetivos, sus expectativas, sus normas, sus inquietudes e influido de modo complejo por la salud física del sujeto, su estado psicológico, su nivel de independencia, sus relaciones sociales, así como su relación con los elementos esenciales del entorno” (OMS, 2014).

Estudios realizados por Díaz y Pacherres (2016) encontraron en una muestra de 50 mujeres una regular calidad de vida dada por deficiencias en la salud general 43% (dolor 49%; cansancio, 77%), trastornos emocionales, 49%; reducción de la jornada laboral, 55%. (Díaz Vásquez & Pacherres Ochoa, 2016)

El estudio “Estudio sobre la Calidad de Vida en Mujeres Supervivientes al Cáncer de Mama” (España, 2015) refiere que el 80% de las mujeres con sobrevivencia por encima de los cinco años padecen problemas del brazo, alteraciones del estado físico, mal estado emocional, funcionamiento sexual y molestias de la mama, el 60% presentan

insatisfacción de la imagen corporal, el 25% con problemas sociales y el 10% con problemas para alimentarse. (Ruiz Carreño, 2015)

En el Ecuador existe poca información sobre la calidad de vida de pacientes oncológicas mastectomizadas y los factores que influyen en ellas, sin embargo, algunos trabajos hacen referencias a ideaciones suicidas en el 62.5% según estudio realizado en Cuenca (Pérez Acosta & Pozo Medina , 2015) o sobre deficiente percepción de la imagen corporal en el 40% de 30 mujeres mayores de 45 años mastectomizadas. (Coello Gomezjurado, 2016) Es de gran importancia para la sociedad evaluar la calidad de vida de las mujeres que han sido sometidas a mastectomía, tomando en cuenta que es un proceso traumático y que existen una serie de factores que pueden incidir de distinta forma en su calidad de vida personal, social y familiar (Aguilar Cordero & Cols, 2012).

Relacionado con este punto múltiples son las escalas para evaluar la calidad de vida, para su estudio se tiene en cuenta el funcionamiento social, físico, de rol, psicológico y síntomas frecuentes. Aunque generalmente son autoaplicados indican la subjetividad del paciente; al ser administrados de manera seriada permite evaluar su evolución (Velarde-Jurado & Avila-Figueroa, 2002)

Entre las escalas más utilizadas se podrían citar: Cuestionario de Calidad de Vida Relacionada con la Salud SF-36, Rotterdam Symptom Check List, Functional Assessment of cancer Therapy, Rehabilitación del Cancer del Sistema de Evaluación (CARES), CAT-Health, Escala ECOOG, cuestionario de la Calidad de vida de las EORT QLC_C 5, C30 entre otros (Feinstein, 1994).

La EQ-5D es un instrumento genérico de medición de la CVRS que puede utilizarse tanto en individuos sanos como en grupos con diferentes patologías. El propio individuo valora

su estado de salud, primero en niveles de gravedad por dimensiones (Herdaman, Badia, & Berra, 2001).

1.4 OBJETIVOS

1.4.1 Objetivo general

Determinar el grado de afectación que tiene sobre la calidad de vida, el desempeño diario y el entorno familiar la realización de la mastectomía radial en mujeres con diagnóstico de cáncer de mama en estadio II y en estadio III intervenidas en el Hospital de la Sociedad de Lucha Contra el Cáncer (SOLCA) - Núcleo Quito, durante el periodo enero 2014 - diciembre 2016.

1.4.2 Objetivos específicos

- Caracterizar la población de estudio según variables sociodemográficas y clínicas.
- Determinar la calidad de vida, el desempeño diario y el entorno familiar en pacientes con mastectomía radical por cáncer de mama en estadio II y estadio III.
- Describir la afectación física psicológica y social en la calidad de vida de pacientes mastectomizadas.
- Determinar la relación entre mastectomía y el deterioro de la calidad de vida.

1.5 Hipótesis

La mastectomía radical modificada con vaciamiento ganglionar repercute negativamente en la calidad de vida de las pacientes con diagnóstico de cáncer de mama en estadio II y III, tratadas en el Hospital de la Sociedad de Lucha Contra el Cáncer.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1 CÁNCER DE MAMA

2.1.1 Definición

La palabra cáncer es un término muy amplio que abarca más de 200 tipos de enfermedades. Cada uno de estos tipos de enfermedades puede tener características completamente diferentes al resto de los cánceres, pudiendo considerarse enfermedades independientes, con sus causas, su evolución y su tratamiento específicos (Asociación Española contra el cáncer, 2017).

Las primeras definiciones de cáncer de mama fueron descritas por Galeno, en el siglo II de nuestra era (131-200 d. C.), menciona en sus escritos que el cáncer de mama es la apariencia del tumor como algo semejante a un “cangrejo”; probablemente de esta comparación nació el término “cáncer”. También hace referencia que esta enfermedad aparece después de que la menstruación ha desaparecido, describiendo de igual manera, algunas amputaciones de mamas realizadas por él mismo (Alvarez H, 2013).

Según la Asociación Española contra el cáncer, este es descrito el tumor maligno que se origina en el tejido de la glándula mamaria, y ocurre cuando las células provienen del tejido glandular de la mama y tienen capacidad de entrar en los tejidos sanos de alrededor y de alcanzar órganos alejados e implantarse en ellos (Asociación Española contra el cáncer, 2016).

Algunos cánceres de mama duplican su tamaño en pocos días, mientras a otros les toma más de 2000 días. Asumiendo el crecimiento algorítmico preclínico de una masa en la mama, el tiempo de duplicación puede requerir de 8 a 10 años para que el tumor pueda ser palpado (SEOM, 2015).

El término carcinoma es la neoplasia maligna más común de la mama, y el cáncer de mama es la neoplasia maligna no cutánea más común en mujeres. La incidencia de cáncer

de mama empezó a aumentar en mujeres mayores, acrecentando la preocupación de que existía una causa medioambiental no identificada, por tanto, existe una gran tendencia a mejorar la calidad de vida de las pacientes afectadas por el cáncer de mama.

2.1.2 Epidemiología

El cáncer de mama es una enfermedad crónica no transmisible, es el cáncer más frecuente en las mujeres tanto en los países desarrollados como en los países en desarrollo. La incidencia de cáncer de mama está aumentando en el mundo en desarrollo debido a la mayor esperanza de vida, el aumento de la urbanización y la adopción de modos de vida occidentales (OMS, 2018).

Se predice que los cánceres más comunes, según los nuevos casos estimados en 2018 son el cáncer de seno, el cáncer de pulmón y bronquios, el cáncer de próstata, el cáncer de colon y recto, el melanoma de piel, el cáncer de vejiga, el linfoma no Hodgkin, el cáncer de riñón y pelvis renal, el cáncer de endometrio, la leucemia, el cáncer de páncreas, el cáncer de tiroides y el cáncer de hígado (Instituto Nacional de Cáncer , 2018).

El gran problema de salud que significa en la actualidad el cáncer de la mama se refleja en el hecho de que "en América Latina y el Caribe casi 300 000 mujeres mueren anualmente por esta enfermedad". Es decir, esta neoplasia causa la muerte de 83 mujeres por día, o sea, que cada hora fallecen tres mujeres víctimas del cáncer de la mama (Robles & Galanis, 2012).

Es considerado el cáncer de mama como la segunda causa más frecuente de muerte en las mujeres de los Estados Unidos, después del cáncer de pulmón. Sin embargo, desde 1989, la cantidad de mujeres que mueren por cáncer de mama ha disminuido a un ritmo constante gracias a la detección temprana y las mejoras en los tratamientos (ASCO, 2017).

En la actualidad, se diagnostica a más mujeres con cáncer de mama que ningún otro cáncer. Existen aproximadamente 3 millones de mujeres que viven con cáncer de mama en los Estados Unidos. Según estudio de la Sociedad Americana de Oncología en el 2017, son diagnosticadas con cáncer de mama 63,410 mujeres y alrededor de 2,470 hombres.

En relación a la supervivencia de este tipo de cáncer, se reporta que, si el cáncer se encuentra solo en la mama, la tasa de supervivencia relativa a 5 años de personas con

cáncer de mama es del 99 %. En este estadio, se diagnostica el sesenta y uno por ciento (61 %) de los casos. Si el cáncer se ha diseminado hacia los ganglios linfáticos regionales, la tasa de supervivencia a 5 años es del 85 %. Si el cáncer se ha diseminado a una parte distante del cuerpo, la tasa de supervivencia a 5 años es del 26 % (ASCO, 2017).

En el 2015 se atribuyeron a esta enfermedad de defunciones, por cáncer mamario, 571 000 muertes en el mundo. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), en el mundo se presentan alrededor de 500.000 nuevos casos de cáncer por año y se producen alrededor de 250.000 muertes por esa causa. Del mismo modo, en Ecuador se presentan cerca de 10.200 nuevos casos por año y mueren unas 4.000 mujeres (Monserrate C, Maggi Garcés, & Monserrate G, 2016).

En el 2016, 641 personas murieron a consecuencia del cáncer de mama en Quito. Desde el 2012 el número de muertes por esta causa fue de 2.760 personas, según los últimos datos del Registro de Defunciones del Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INEC, 2017).

2.1.3 Factores de riesgos

El cáncer de mama afecta mayoritariamente a mujeres con edades entre 45 y 60 años de edad, aunque no se conocen cuáles son las causas y si se reconocen algunos factores que incrementan el riesgo de padecer de la enfermedad, entre ellos los más reportados están (Ardañaz, 2011):

- La edad
- El sexo
- Factores hormonales
- Factores genéticos y familiares
- Antecedentes de patologías mamarias
- Factores dietéticos
- Factores ambientales

El riesgo de cáncer de mama aumenta con la edad; la mayoría de los cánceres de mama se diagnostica después de los 50 años de edad (MSP, 2018). Se considera después del sexo el segundo factor de riesgo más importante, se dice que el riesgo es de 0,44% en

edades entre 30 y 39 y 4% después de los 60 años. En relación al sexo, el femenino es el mayor riesgo pues las células mamarias crecen y cambian constantemente debido a hormonas femeninas de estrógenos y progesterona (Rendón, 2017).

Cuantiosos estudios han relacionado un mayor riesgo del cáncer de mama con factores hormonales, tales como la edad temprana de la menarquía (primera menstruación antes de los 12 años), edad tardía de la menopausia (última menstruación después de los 55 años) y edad tardía del primer embarazo. Una duración prolongada de la lactancia reduce levemente el riesgo de cáncer de mama en la mujer premenopáusicas. Las mujeres sin hijos tienen un riesgo mayor (Ardañaz, 2011).

Son múltiples los factores dietéticos y ambientales que pueden incidir en la aparición del cáncer de mama se mencionan, el sobrepeso, el sedentarismo, el consumo de tabaco y alcohol, la exposición a radiaciones, el estrés, la ansiedad, entre otros.

Dentro de los factores genéticos se describen los cambios o mutaciones heredados en ciertos genes, tales como en el BRCA1 y el BRCA2 (MSP, 2018). Las mujeres que han heredado estos cambios genéticos tienen mayor riesgo de presentar cáncer de mama y de ovario, también es considerado un riesgo si algún miembro de la familia ha tenido el cáncer, lo que se entiende como predisposición genética aumentando el riesgo de presentar dicha patología.

2.1.4 Signos y síntomas

El síntoma más frecuente del cáncer de mama es una nueva masa o protuberancia, es decir nódulo palpable no doloroso, duro y con bordes irregulares, en algunos casos pueden causar dolor.

Otros posibles signos y síntomas del cáncer de mama incluyen (Sociedad Americana del Cáncer, 2018):

- Irritación de la piel o formación de hoyuelos (a veces parecido a la cáscara de una naranja)
- Hinchazón de todo el seno o parte de él (aunque no se sienta una protuberancia definida)
- Dolor en el seno o en el pezón
- Retracción (contracción) de los pezones

-Secreción del pezón que no sea leche materna

-Enrojecimiento, descamación o engrosamiento de la piel del seno o del pezón

En ocasiones el cáncer de mama se puede propagar a los ganglios linfáticos de las axilas o alrededor de la clavícula y causar una protuberancia o hinchazón, aun antes de que el tumor original en el seno sea lo suficientemente grande como para poderlo palpar, por lo que se recomienda palpar no solamente el seno sino también los ganglios linfáticos (Dornelles Prolla, Santos da Silva, Oliveira Netto, & et al, 2015).

Aunque es importante prestar atención a los signos y síntomas de este tipo de cáncer ninguno reemplaza a la mamografía de rutina ni a otras pruebas de detección, estas pruebas pueden ayudar a encontrar el cáncer de seno en sus etapas iniciales, antes de que aparezca algún síntoma.

2.1.5 Diagnóstico

El diagnóstico del cáncer de mama transita por varios métodos que incluyen el autoexamen y el examen clínico de mama como métodos generales de tamizaje para un diagnóstico precoz de este tipo de cáncer a fin de disminuir la morbilidad o la mortalidad. Además, se ha incluido la mamografía, que utiliza radiografías, para intentar descubrir los cánceres de mama en forma temprana, aun antes de percibir algún nódulo.

En caso de presencia o ausencia de carcinoma y ante una sospecha clínica o mamografía únicamente puede ser revelada a través de una muestra de tejido, siendo la biopsia la técnica estándar para el diagnóstico, tanto en lesiones palpables como no palpables, y es el método de evaluación inicial preferido (Sánchez-Ramírez, Herrerías-Canedo, Olaya-Guzmán, & Sequeira-Alvarado, 2012).

Estudios han demostrado que la combinación del examen físico, imágenes radiográficas y la confirmación cito/histopatológica, referidos como el "triple test", pueden producir niveles de exactitud mayores al 90% cuando los tres componentes son concordantes para benignidad o malignidad (Singhal, y otros, 2010).

2.1.5.1 Autoexamen mamario

El autoexamen de las mamas es un procedimiento realizado por la mujer para examinarse física y visualmente y detectar cualquier cambio en sus mamas o axilas. No se ha demostrado que el examen por sí solo pueda determinar con precisión la presencia de cáncer de mama. Por lo tanto, la auto evaluación no se debe utilizar para reemplazar, sino para complementar, el examen clínico de las mamas, realizado por un profesional de la salud y la mamografía (Torres-Roman, Arce-Huamani, Ruiz, & Mejía, 2017).

El autoexamen de mamas debe realizarse regularmente, a partir de los 20 años y durante toda su vida; aún si están embarazadas o después de la menopausia.

La autoevaluación debe hacerse mensualmente y la mujer debe familiarizarse con el aspecto y tacto normal de sus mamas para notar cualquier cambio. En caso que la mujer que menstrúa el mejor momento para hacerse el examen, es varios días o alrededor de una semana, después de que el periodo termine. Estos son días en que es menos probable que sus mamas estén adoloridas o inflamadas (Cancela-Ramos, Contreras-Hernández, Phinder-Puente, & al, 2016).

2.1.5.2 Mamografía

Este método también conocido como mastografía consiste en un estudio radiológico simple de la mama, que toma dos proyecciones una cefalocaudal y otra media lateral oblicua. Constituye actualmente un método auxiliar de diagnóstico, permite detectar micro calcificaciones que no son palpables, de un milímetro de diámetro.

También permite el control de pacientes con cáncer diagnosticados y tratados, de igual forma se emplea en el tamizaje de población de riesgo, en donde radica su principal aplicación.

Según los hallazgos radiológicos en cuanto a tumoración benigna o maligna se emplea la siguiente interpretación radiológica basada en la clasificación de uso internacional denominada BreastImagingReporting and Data System (BIRADS) (Lara & Olmedo Z, 2011).

BIRADS 0: Estudio insuficiente o técnicamente deficiente.

BIRADS 1: Mama normal.

BIRADS 2: Hallazgos benignos.

BIRADS 3: Hallazgos probablemente Benignos, se sugiere seguimiento a 6 meses o biopsia.

BIRADS 4: Hallazgos probablemente Malignos en lesión no palpable, se sugiere biopsia escisional o con previo marcaje.

BIRADS 5: Hallazgos Malignos. Se sugiere biopsia para confirmar.

2.1.5.3 Resonancia magnética

Este método, en la actualidad, es recomendado, como una modalidad de detección en mujeres jóvenes que tienen un alto riesgo de desarrollar cáncer de mama, definido por sus antecedentes familiares u otros factores que, cuando se combinan, confieren un riesgo de por vida de más del 20%. Es útil para evaluar la respuesta al tratamiento neoadyuvante, pero raramente reduce el número de operaciones o cambios en el plan de tratamiento quirúrgico y su certeza varía con el fenotipo molecular y tipo de tratamiento (Altrudi, 2015).

2.1.5.4 Ultrasonido o sonografía

Este método permite caracterizar las tumoraciones mamarias y esclarece que las masas sean sólidas o de contenido líquido (quistes), también se puede detectar signos de malignidad de una masa, ofrece una primera oportunidad de etapificarla y es indispensable para el estudio mamario en los casos de mujeres con mamas compuestas por tejidos densos o muy densos (Lara & Olmedo Z, 2011).

Para el estudio de ultrasonografía se ha comprobado que debe emplearse un transductor lineal de alta frecuencia de 7.5 MHz o mayores, pues los equipos de ultrasonido de uso abdominal u obstétrico son sectoriales y utilizan transductores de 3.5 MHz que no logran obtener imágenes adecuadas para los estudios mamarios (Sánchez-Ramírez, Herrerías-Canedo, Olaya-Guzmán, & Sequeira-Alvarado, 2012).

Esta modalidad de imagen es complementaria a la mamografía y no la sustituye para la detección temprana del cáncer mamario, de hecho, cuando existen hallazgos mastográficos anómalos es preciso practicar el ultrasonido para aclarar el carácter de tales anomalías, y

un estudio mamario que falte la sonografía es calificado como incompleto y no permite hacer conclusiones diagnósticas.

2.1.5.5. Biopsias

La biopsia es un procedimiento que se utiliza para la toma de tejido o secreción que permite efectuar el estudio histopatológico y/o citológico de las muestras obtenidas por diferentes técnicas se incluyen (Asociación Americana de Cáncer , 2018):

- Biopsia por aspiración con aguja fina (BAAF):

Es la técnica para la extracción de líquido o secreción de un tumor para la realización de un estudio citológico o histopatológico.

- Biopsia con aguja Tru-cut:

Esta técnica se ejecuta con un equipo de extracción especial que cuenta con una aguja de sacabocado; ésta se encuentra cubierta con una camisa externa para realizar la extracción de la muestra.

- Biopsia Incisional:

Este es un procedimiento quirúrgico; se debe realizar en un quirófano que cuente con todo lo necesario para su realización, ya que se incide la piel para obtener un fragmento del tumor, con fines de estudio para receptores de estrógenos y progesterona.

- Biopsia Excisional:

Este procedimiento generalmente se realiza cuando se encuentra un tumor bien definido, con el fin de retirarlo en forma total, éste debe contener una porción de tejido normal, para la realización del estudio histopatológico.

2.1.5.6 Diagnóstico histopatológico

Los factores pronósticos histológicos son (Pérez S, Vela C, & Mora T, 2008) (Maffuz-Aziz, Labastida, & Espejo, 2017):

- Afectación ganglionar: Es el mejor indicador pronóstico en pacientes con cáncer temprano de glándula mamaria es la presencia o ausencia de metástasis en los ganglios linfáticos axilares.
- Tamaño tumoral: se debe medir cuando menos en dos dimensiones y el diámetro mayor es el que se toma como referencia para la estadificación
- Grado histológico en CDI (sistema de nottingham): Este es un factor pronóstico importante ya que ha mostrado tener valor para predecir la sobrevida en pacientes con cáncer de glándula mamaria.
- Permeación vascular: Los émbolos tumorales dentro de los vasos linfáticos predicen recurrencia local y sobrevida global más corta. Este hallazgo en carcinomas ductales sin patrón específico se ha relacionado a mal pronóstico. La caracterización de linfocitos ha mostrado células CD4 y CD8 con predominio de las últimas.
- Afectación de bordes (tumorectomía): Se han observado ciertas características del tumor que se relacionan con el estroma. Los tumores que contienen mínima reacción estromal son bien circunscritos, grado nuclear e histológico alto, reacción linfoplasmocitaria prominente, son receptores de estrógeno negativos.

2.1.6 Estadificación del cáncer de mama

La determinación del estadio es un modo de describir dónde se encuentra el cáncer, cuánto ha crecido, si se ha diseminado y hacia dónde. Los médicos usan pruebas de diagnóstico para averiguar el estadio del cáncer, por lo que tal vez no pueda determinarse el estadio hasta que se hayan realizado todas las pruebas. Conocer el estadio ayuda al médico a decidir cuál es el mejor tratamiento y puede ayudar a predecir el pronóstico de un paciente, es decir, la probabilidad de recuperación. Hay diferentes descripciones de los estadios para los distintos tipos de cáncer (ASCO, 2017).

El estadio suele expresarse con un número entre 0 y IV. El estadio 0 corresponde al cáncer no invasivo que permanece en su ubicación original y el estadio IV al cáncer invasivo que se propaga fuera de la mama hacia otras partes del cuerpo, en resumen según la descripción del cáncer se establecen 7 estadios (breastcancer.org/es, 2015).

- Estadio 0, también conocido como carcinoma in situ. Este es un cáncer que está confinado a los lóbulos o conductos de la mama. No se ha propagado a tejidos circundantes. Los lóbulos son partes de la mama que producen leche. Los conductos transportan la leche al pezón. El cáncer estadio 0 se denomina no invasivo. Esto significa que no se ha propagado. Algunos cánceres estadio 0 se vuelven invasivos más adelante. Sin embargo, los médicos no pueden determinar cuáles lo harán y cuáles no.

- Estadio I. El tumor es pequeño (o puede ser demasiado pequeño como para poder verlo) e invasivo. Puede o no haberse propagado a los ganglios linfáticos cercanos a la mama.

- Estadio II. Es posible que no se encuentre un tumor en la mama, pero se puede encontrar cáncer que se ha propagado a los ganglios linfáticos axilares o los ganglios cercanos a la clavícula. Los ganglios axilares son ganglios que se encuentran en cadena desde la axila hasta más allá de la clavícula. También podría haber un tumor de entre 2 y 5 centímetros en la mama con cánceres pequeños en algunos de los ganglios linfáticos. O el tumor podría ser mayor de 5 centímetros sin cáncer en los ganglios.

- Estadio IIA. No hay evidencia de un tumor en la mama, pero el cáncer se ha diseminado a los ganglios linfáticos axilares, aunque no a zonas distantes del cuerpo. El tumor mide 20 mm o menos y se ha diseminado a los ganglios linfáticos axilares y el tumor mide más de 20 mm, pero menos de 50 mm y no se ha diseminado a los ganglios linfáticos axilares.

- Estadio IIB. Cuando el tumor mide más de 20 mm, pero menos de 50 mm y se ha diseminado a un número de 1 a 3 ganglios linfáticos axilares y/o el tumor mide más de 50 mm, pero no se ha diseminado a los ganglios linfáticos axilares.

- Estadio IIIA. El cáncer se ha propagado a de 4 a 9 ganglios axilares o a ganglios cercanos a la clavícula, pero no se ha propagado a otras partes del cuerpo. O puede haber un tumor de más de 5 centímetros y un cáncer que se haya propagado a 3 ganglios axilares o a ganglios cercanos a la clavícula.

- Estadio IIIB. El tumor se ha propagado a la pared torácica o a la piel de la mama provocando una úlcera o hinchazón. También puede haberse propagado a ganglios axilares, pero no a otras partes del cuerpo.
- Estadio IIIC. Un cáncer de cualquier tamaño se ha propagado a al menos 10 ganglios axilares. También puede haberse propagado a la piel de la mama o a la pared mamaria, pero no a partes alejadas del cuerpo.
- Estadio IV. El cáncer es metastático, lo que significa que se ha propagado a otros órganos como los huesos, los pulmones, el cerebro o el hígado (Neumayer & Viscusi, 2018).

2.1.7 Pronóstico del cáncer de mama según estadificación

El pronóstico para las mujeres con cáncer de seno varía según la etapa (extensión) del cáncer. En general, las tasas de supervivencia son más favorables para las mujeres con cáncer que esté en sus etapas iniciales. Sin embargo, el pronóstico de cada mujer es específico a sus circunstancias.

La sobrevida varía fundamentalmente en función del estadio de la paciente como se describe en el siguiente cuadro (Uribe , 2009).

Estadio	Sobrevida
0	99% a 20 años
IA - IB	90% a 20 años
IC	80% a 20 años
II	60% a 10 años
IIIA	50% a 10 años
IIIB	30% a 10 años
IV	10% a 10 años

Cuadro 1: Sobrevida del paciente con cáncer de seno en función del estadio

Estadio 0: se cura + del 90%

Estadio I: se cura en alrededor del 80% de los casos

Estadio II: grupo heterogéneo, se curan alrededor de 50%-60% de los casos

Estadio III: grupo heterogéneo, tasa media de intervalo libre de enfermedad a largo plazo: 30%-40%

Estadio IV: casi todas las pacientes con cáncer de mama diseminado mueren a los 2 años de seguimiento.

La supervivencia en cáncer de mama varía en todo el mundo, desde un 80% o más en Norteamérica, Suecia y Japón, un 60% en países de medianos ingresos y con cifras menores del 40% en países con ingresos bajos, se justifica un bajo porcentaje en este último debido al diagnóstico tardío en su gran mayoría, aunque también obedecen a factores de riesgo ya conocidos como el tamaño de tumor, el número de ganglios comprometidos, los receptores hormonales y los tratamientos complementarios recibidos en estas pacientes, todo esto como factores pronósticos que determinaran la supervivencia global y libre de enfermedad (Ossa Gómez, Gómez Wolff, Ascuntar Tello, & García García, 2015).

2.1.8 Evaluación del dolor en el cáncer de mama

La percepción del dolor consta de un sistema neuronal sensitivo (nocioceptores) y unas vías nerviosas aferentes que responden a estímulos nociocéptivos tisulares; la nociocépción puede estar influida por otros factores (p.ej. psicológicos). En el momento del diagnóstico de una neoplasia, entre el 30-50% de los pacientes presentan dolor, que en las fases avanzadas de la enfermedad puede llegar al 70-90%. En los pacientes con cáncer avanzado, el 70% de los dolores tienen su origen en la progresión de la propia neoplasia, mientras que el 30% restante se relaciona con los tratamientos y patologías asociadas. En la mayoría de las ocasiones el dolor oncológico es crónico. Para una correcta valoración del dolor es conveniente conocer varias cuestiones como su variación temporal (agudo, crónico), patogenia, intensidad, entre otros (Puebla-Díaz , 2005).

Las manifestaciones del dolor conllevan a realizar una evaluación por medio de un examen médico exhaustivo y se debe tener en cuenta los siguientes criterios, según la Guía de Práctica Clínica del Tratamiento del dolor en paciente oncológico, del Ministerio de Salud Pública del Ecuador(MSP, 2017):

- a) Anamnesis a través del análisis de las características del dolor: inicio, evolución, agravantes, atenuantes, relación con las actividades, localización, irradiación, estado de ánimo, respuesta a las drogas y vías de administración empleadas, síntomas asociados, si antes ha recibido otros tratamientos.

- b) Intensidad del dolor: se evalúa su intensidad a través de la escala del dolor.

Según la intensidad el dolor puede evaluarse en leve, moderado y severo, para lo cual se describe:

Leve: Puede realizar actividades habituales.

Moderado: Interfiere con las actividades habituales. Precisa tratamiento con opioides menores.

Severo: Interfiere con el descanso. Precisa opioides mayores.

De las escalas más utilizadas para la evaluación del dolor se encuentra la escala visual analógica (EVA), la Escala Descriptiva Verbal (EDV), esta última es menos empleada que la visual analógica y requiere de un grado de comprensión menos elevado que la EVA y la ENV, esta consta de 4 puntos, en que el dolor puede estar ausente = 1, ligero = 2, moderado = 3 o intenso = 4. Y la escala numérica verbal (ENV) del (0 a 10) donde el paciente elige un número que refleja el nivel de su dolor, donde 10 representa el peor dolor (Clarett, 2012).

La escala visual analógica (EVA) es la más usada en la que el paciente marca su dolor en una línea que va de 0 cm a 10 cm, donde se marca 0 como no dolor y 10 como máximo dolor. Según esta escala se puede evaluar la graduación del dolor, en el un valor inferior a 4 significa dolor leve o leve-moderado, un valor entre 4 y 6 implica la presencia de dolor moderado-grave, y un valor superior a 6 implica la presencia de un dolor muy intenso (Clarett, 2012).

- c) Examen físico: A más del examen habitual se debe hacer énfasis en:

- Apariencia: obeso, delgado, aplanamiento afectivo.
- Postura: cifosis, escoliosis.
- Marcha: cojera, uso de dispositivos de ayuda.
- Expresión: dolor tensión, ansiedad, respuesta verbal y no verbal.
- Hiperactividad simpática: taquicardia, diaforesis, hipertensión.

Se buscarán los factores que empeoran o disminuyen el dolor, la presencia o ausencia de algún punto percusor, si es apropiada la respuesta para el nivel del dolor, si existe alguna correlación afectiva.

d) Evaluación psicosocial: Dentro de los principios generales para el manejo del dolor, se hace las siguientes recomendaciones (Cherro & Cimerman, 2010):

- El dolor puede y debe tratarse.
- Debe asegurarse del correcto diagnóstico etiológico del dolor y de la enfermedad de base.
- Tratar de precisar los mecanismos fisiopatológicos involucrados en el origen y transmisión del dolor.
- Considerar los aspectos psicosociales del dolor (eventual manejo terapéutico) Motivar a los pacientes a darle un “sentido” a su dolor.
- Usar el método más simple para la administración de analgésicos, de preferencia vía oral o subcutánea en caso necesario.
- Usar racionalmente analgésicos de potencia creciente. Escala analgésica y terapias intervencionales.
- Concepto de “por reloj”. Dolor persistente requiere administración de drogas en forma preventiva, no es necesario que aparezca el síntoma para tratarlo.
- Individualizar los tratamientos para cada paciente en particular.
- Evaluar constantemente el efecto analgésico de los fármacos, así como sus efectos adversos.
- Utilizar drogas adyuvantes, ya sea para mejorar el efecto analgésico o para contrarrestar efectos adversos; recordar que son parte de la escala analgésica.

- Se debe derivar al paciente a un centro que cuente con especialistas en el manejo del dolor en casos de falta de respuesta o como enfrentamiento inicial en ciertos casos más complejos.

2.1.9 Tratamiento

El tratamiento del cáncer de mama depende del tipo de cáncer y del grado de diseminación. Las personas con cáncer de mama frecuentemente reciben más de un tipo de tratamiento (CDC, 2018) (Sociedad Americana del cáncer, 2017).

- Cirugía: Una operación en la que los médicos cortan el tejido con cáncer.
- Terapia hormonal: Impide que las células cancerosas obtengan las hormonas que necesitan para crecer.
- Radioterapia: Se usan rayos de alta energía (similares a los rayos X) para matar las células cancerosas
- Quimioterapia: Se usan medicamentos especiales para reducir o matar las células cancerosas. (sugiero mejorar semántica con términos médicos) Estos medicamentos pueden ser pastillas que se toman o medicamentos que se inyectan en las venas, o a veces ambos.
- Terapia biológica: Trabaja con el sistema inmunitario de su cuerpo para ayudarlo a combatir las células cancerosas o a controlar los efectos secundarios que causan otros tratamientos contra el cáncer. Los efectos secundarios son la manera en que su cuerpo reacciona a los medicamentos u otros tratamientos.
- Terapia dirigida a blancos moleculares: Este tipo de terapia implica la posibilidad de identificar un blanco terapéutico conocido importante en la biología de las células cancerosas y el uso de un agente específico que pueda tratar la enfermedad modificando la expresión o la actividad del blanco en el crecimiento y la progresión del cáncer. Con este enfoque, solo se tratan los pacientes con posibilidad de conseguir un beneficio, de manera que el índice terapéutico esperado sea mejor.

El anticuerpo monoclonal humanizado trastuzumab se desarrolló como un tratamiento dirigido al receptor 2 del factor de crecimiento epidérmico humano (HER2: human epidermal growth factor receptor 2), el cual está sobre expresado en un cuarto de los pacientes con CM invasivo. Los marcadores disponibles de

sobreexpresión y/o amplificación del HER2 en el tejido tumoral predicen la actividad de este agente y excluye a los que no se beneficiarán con el tratamiento. Aparte de la toxicidad cardíaca que produce, la tolerancia de este agente es excelente.

Otros blancos posibles para la terapia dirigida que se han ido conociendo son: otros miembros de la familia HER, las vías proangiogénicas, proliferativas, de regulación del ciclo celular, apoptosis y muchos otros. En la actualidad, se acepta más la interrelación de estas vías, lo que implicaría la necesidad de inhibir blancos múltiples, para optimizar los mecanismos citotóxicos y de resistencia (Papponetti, 2005).

2.1.10 Tratamiento quirúrgico. Mastectomía

Dentro de las mastectomías existen distintas formas, de mayor o menor agresividad, en el tratamiento del cáncer de mama, se han considerado los siguientes tipos:

- Mastectomía radical

Se refiere a la extirpación en un solo bloque operatorio de la glándula mamaria, incluyendo los músculos pectorales así como una linfadenectomía de la región célula adiposa-ganglionar de toda la pirámide axilar y la subescapular, incluyendo el tercio superior de la hoja anterior del músculo recto anterior del abdomen (Vázquez Albadalejo, 2016).

También conocida como mastectomía radical de Halsted y de Meyer, es la clásica mastectomía, y consiste en la extirpación de la glándula mamaria, ambos pectorales y vaciamiento axilar completo.

Halsted comenzaba la intervención por la mama y terminaba en la axila; Meyer empezaba por el vaciamiento axilar y seguía con los pectorales para acabar con la mama. La incisión empleada era vertical, y los resultados estéticos eran pésimos.

Ha sido el tratamiento quirúrgico estándar del cáncer de mama hasta hace 25 años. En la actualidad tiene indicación en los siguientes casos (León, Droppelmann, Rencoret, & et al , 2010):

1. Casos avanzados en su afectación locorregional.
2. Tumores que invaden el pectoral mayor.
3. Determinados casos en estadio III-A tras quimioterapia de inducción.
4. Tumores localmente avanzados que no mejoran con quimioterapia.
5. Cuando existen los ganglios interpectores de Rotter claramente afectados.

- Mastectomía radical ampliada

A la mastectomía radical se asocia la extirpación de los ganglios de la mamaria interna, bien de forma discontinua o en bloque con la pared ósea torácica que se reforzaba con fascia lata o mallas. Prácticamente en desuso en la actualidad, podría tener una remota indicación en tumores grandes, de más de 3 cm en cuadrantes internos (Losada, Fernández, & Iturriaga, 2018).

- Mastectomía superradical

A la mastectomía radical ampliada se le asocia la disección de los ganglios supraclaviculares, bien de forma discontinua o en monobloque extirpando parte de la clavícula y de la primera y segunda costillas (Alvarez H, 2013).

- Mastectomía superradical prudente

Además de todo lo realizado en la superradical, asocia una desarticulación interescapulotorácica del brazo homolateral. Prácticamente no tiene indicaciones en la actualidad (Alvarez H, 2013).

- Mastectomía radical modificada

Esta técnica emplea dos variantes (Casadevall, Villavicencio, Castillo, & et al, 2008):

1. Mastectomía radical modificada de Patey, en la que se extirpa la glándula mamaria con el pectoral menor y la fascia del pectoral mayor, con vaciamiento axilar completo.
2. Mastectomía radical modificada de Madden y Auchincloss, en la que se extirpa la glándula mamaria sin pectorales, con vaciamiento axilar a poder ser completo.

La incisión empleada es horizontal, con lo cual se mejora el resultado cosmético.

De todas las mastectomías, la que más indicaciones y más se realiza en la actualidad, es la mastectomía radical modificada, en cualquiera de sus dos variantes, siendo sus indicaciones fundamentales las siguientes (Casadevall, Villavicencio, Castillo, & et al, 2008):

1. Tumores de más de 3 cm.
2. Tumores multifocales.
3. Algunos sarcomas sin invasión de pectorales.
4. Tumores en estadios I y II.
5. Tumores en estadio III como parte de un tratamiento multimodal.
6. Cáncer de mama durante el embarazo.
7. Recidiva tras cirugía conservadora
8. Cáncer de mama en el varón.

- Mastectomía simple

Consiste en la extirpación de la glándula mamaria, sin vaciamiento axilar, a través de una incisión generalmente horizontal. Este tipo de mastectomía tiene una indicación o finalidad más paliativa que curativa, es decir, de limpieza en la mayoría de las ocasiones. Además, está indicada en los siguientes casos (León, Droppelmann, Rencoret, & et al, 2010):

1. Lesiones multicéntricas de carcinoma canalicular in situ.
2. Cistosarcoma phyllodes y sarcomas invasivos, cuando no están fijados a pared torácica subyacente, fascia o músculo (metastatizan por vía hematológica).
3. Lesiones de mama poco frecuentes: melanoma, dermatofibrosarcoma protuberans, linfoma, actinomicosis, tuberculosis, absceso crónico, etc.
4. Debe ser valorada como profilaxis en pacientes de alto riesgo.

- Mastectomía subcutánea

Se trata de la extirpación de la mayor parte de la glándula mamaria conservando la piel, pezón y areola, sin realizar vaciamiento axilar. Este tipo de mastectomía tiene dos indicaciones fundamentales (Vázquez Albadalejo, 2016):

1. Mujeres de alto riesgo de desarrollar cáncer de mama.
2. Enfermedad mamaria benigna extensa, que pueda hacer confundir por sus hallazgos en la exploración física o mamográfica.

2.1.10.1 Complicaciones de la mastectomía

Las complicaciones en este tipo de cirugía pueden aparecer durante o después de realizar una mastectomía, es decir intraoperatorias y posoperatorias, las más importantes se resumen a continuación:

Complicaciones intraoperatorias (del Val Gil, López Bañeres, & Rebo, 2011):

1. Lesiones vasculares. De las lesiones vasculares que pueden surgir a lo largo de una mastectomía, la más frecuente que es la lesión de la vena axilar, generalmente por tracción o arrancamiento de alguna de sus ramas, debido a que la disección axilar completa obliga a extirpar los ganglios a ese nivel.
2. Neumotórax. Se origina por perforación de la pleura parietal, complicación poco habitual, que se soluciona con la colocación de un tubo de drenaje torácico y sutura.
3. Lesiones nerviosas. Durante la disección axilar se pueden producir lesiones nerviosas del nervio torácico largo o serrato, del toracodorsal o dorsal ancho, o incluso del plexo braquial, aunque es poco frecuente pueden aparecer manifestaciones clínicas sensitivas y motoras que aparecen posteriormente.

Complicaciones postoperatorias

1. Seromas. Es una de las complicaciones más frecuentes, y se produce como consecuencia de un mal funcionamiento de los drenes, mala hemostasia o gran movilización de la grasa axilar.

2. Anemia hemorrágica. Se produce sobre todo en aquellos casos de mamas irradiadas previamente y en las que se realiza una mastectomía radical.
3. Hematomas. Por hemorragia de un vaso y el fracaso del drenaje que hemos colocado, y que en algunos casos nos obliga a reintervenir a la paciente para vaciar el hematoma y realizar hemostasia si encontramos el origen de la hemorragia.
4. Infección de la herida. Es una complicación poco frecuente, pero alguna vez se produce, en cuyo caso se tratará como la de cualquier otro lugar de la economía.
5. Flebitis y tromboflebitis de la vena axilar o subclavia. Es infrecuente.
6. Linfedema: Es un tipo de inflamación que ocurre cuando la linfa se acumula en el tejido blando del cuerpo.

Las complicaciones postoperatorias de tipo tardías son las que están relacionadas con la estética ya que luego de la cicatrización se pueden formar queloides, contracturas y atrofias del pectoral mayor, por lesión del nervio torácico anterior, alteración en la movilidad del hombro y en la columna vertebral como escoliosis, cifosis o contracturas cervicales, sobre todo en pacientes con mamas muy grandes y parestesias en la axila y parte interna del brazo y Alteraciones en la columna vertebral (Jagsi , Jiang , Momoh , Alderman, & Giordano , 2016).

Como consecuencia de una alteración en el vaciado linfático a nivel axilar, producido por vaciamientos axilares completos generalmente asociados a radioterapia. Halsted describió la linfedema por primera vez, denominándolo “elefantiasis quirúrgica”, y ya entonces distinguió dos tipos, vigentes en la actualidad, esta es considerada la complicación tardía más frecuente (Losada, Fernández, & Iturriaga, 2018):

- a) Edema posquirúrgico inmediato, por problemas técnico-quirúrgicos.
- b) Linfedema tardío, que aparece a veces años después, y generalmente tiene como desencadenante una infección, traumatismo, radioterapia de la zona, etc.

2.1.11 Clasificación molecular del cáncer de mama

De acuerdo a los patrones de expresión génica, que se relacionan con el pronóstico o con el riesgo de metástasis, estos autores dividieron el cáncer de mama en 2 grandes grupos, basados en la positividad para el receptor de estrógeno: i) neoplasias de bajo grado, para aquellas que expresan receptores de estrógeno (RE) y progesterona (RP) y ii) neoplasias de alto grado que no presentan RE y RP, pero en las cuales hay sobre-expresión y/o amplificación de HER2

Receptor de Estrógeno Positivo	Luminal A Luminal B Luminal HER2/neu
Receptor de Estrógeno Negativo	Basal HER2/neu Normal Like

Cuadro 2: Clasificación de los subtipos moleculares

Subtipo	Inmunofenotipo	Comportamiento
Luminal A	RE (+) y/o RP (+); HER2/neu (-)	<ul style="list-style-type: none"> • Subtipo más común y menos agresivo. Buen pronóstico. • Bajo grado histológico. Respuesta hormonal. • Asociado a incremento de edad.
Luminal B	RE (+) y/o RP (+); HER2/neu (+)	<ul style="list-style-type: none"> • Similar al Subtipo Luminal A. • Peor resultado que el Subtipo Luminal A. • Más frecuentemente RE (+)/RP (-).
Basal	RE (-); RP (-); HER2/neu (-) CK 5/6 (+) y/o EGFR (+)	<ul style="list-style-type: none"> • Subtipo agresivo. • Alto grado histológico e índice mitótico. • Riesgo en edades menores (<40 años). • Más frecuente en mujeres premenopáusicas afroamericanas.
HER2/neu (+); RE (-)	RE (-); RP (-); HER2/neu (+)	<ul style="list-style-type: none"> • Menos común. Subtipo altamente agresivo. • Alto grado histológico. • Riesgo en mujeres <40 años, mayor que el subtipo luminal. • La etnia afroamericana puede ser un factor de riesgo. • Resultado mejorado por HER2/neu (+).

Cuadro 3: Subtipos de Cáncer de Mama determinados por perfiles de expresión génica. Modificada de Schnitt 2009

La poderosa irrupción de las técnicas moleculares en el estudio del cáncer de mama, ha proporcionado sólidos argumentos para una clasificación del cáncer mamario en grupos

definidos por sus patrones de expresión génica y cuyo comportamiento clínico y biológico sea predecible en los casos individuales, de forma de identificar con certeza aquellos casos que se beneficien de las diferentes terapias disponibles y también de las terapias en desarrollo que contemplan como dianas terapéuticas aquellas relacionadas con diferentes vías de señalización intracelular (Imigo G, Mansilla S, Delama G, & al, 2011).

2.1.12 Cirugía conservadora

El propósito de la cirugía conservadora de la mama es proporcionar el mismo índice de libre de actividad tumoral que la mastectomía radical, pero dejar el seno con la apariencia y la textura lo más parecidas posibles a como era antes del tratamiento. Algunos autores defienden que el aumento de recidivas locales en la cirugía conservadora del cáncer de mama es un marcador de las metástasis que está influido por la biología del tumor y no por el tipo de cirugía que se realiza.

En la cirugía conservadora, los factores que incrementan el riesgo de recidiva son la multimedialidad y la multifocalidad, un grado de diferenciación histológica III, la invasión linfática intratumoral y el que la resección no sea completa, tenga márgenes positivos o el margen libre sea escaso (inferior a 5 mm), por lo que al ampliar este margen se consigue un buen control locorregional, superior a los resultados de la aplicación de una dosis suficiente de radioterapia. (Brito Sosa & Pérez Braojos, 2014)

2.1.13 Ganglio centinela

El ganglio centinela es el primer ganglio linfático que encuentran las células tumorales al intentar diseminarse a través de la linfa. Saber si el cáncer se ha extendido a los ganglios linfáticos ayuda a los médicos a encontrar la mejor manera de tratar el cáncer. La biopsia de ganglio centinela es la forma más común y menos invasiva, pero en algunos casos puede necesitarse una disección de ganglios linfáticos axilares más extensa. A menudo, la cirugía de los ganglios linfáticos se hace como parte de la cirugía principal para extraer el cáncer de seno, aunque en algunos casos se puede hacer como una operación separada. (American Cancer Society, 2017)

2.1.14 Homoterapia

La Sociedad Americana de Oncología Clínica (ASCO) recomienda los medicamentos de hormonoterapia en función del estadio del cáncer y del estado menopáusico. Además, recomienda que las mujeres premenopáusicas o posmenopáusicas diagnosticadas con cáncer de mama positivo para receptores de hormonas en estadio avanzado (metastásico/recurrente) consideren el tratamiento con un inhibidor de la aromatasa después de 2 a 5 años de tamoxifeno, o cuando el cáncer ya no responda al tamoxifeno. Si el cáncer no responde al inhibidor de la aromatasa ni al tamoxifeno, se puede considerar el tratamiento con Faslodex.

Las mujeres que utilizan la hormonoterapia para tratar el cáncer de mama positivo para receptores de hormonas metastásico o recurrente suelen mantener esa terapia mientras surta efecto. Si el cáncer ya no responde a un medicamento de hormonoterapia, por lo general, el médico recomendará otro medicamento de hormonoterapia. (Breastcancer.org , 2016).

2.2 Calidad de vida y cáncer de mama en la mujer sometida a mastectomía

2.2.1 Calidad de vida

Las definiciones de calidad de vida han transitado por diferentes momentos históricos.

Según la OMS se plantea que la calidad de vida es un constructo multidimensional (salud física, estado psicológico, nivel de independencia, relaciones sociales, medio ambiente y preocupaciones espirituales) en el que se tienen en cuenta las percepciones individuales en el contexto cultural y el sistema de valores (OMS, 2018).

Por otra parte, algunos autores la definen como que la calidad de vida representa la capacidad del paciente para resolver los problemas que se relacionan con el hecho de estar gravemente enfermo y como el grado de satisfacción percibida con las circunstancias vitales actuales (Sánchez P, Ballesteros , & Anzola, 2010).

En salud, la calidad de vida se define como la valoración subjetiva del paciente sobre su bienestar global, tanto en relación a su salud como a las consecuencias de su enfermedad y tratamiento (Robles-Espinoza, Rubio-Jurado, De la Rosa-Galván, & Nava-Zavala, 2016).

La calidad de vida en la actualidad ha ganado en importancia al punto que es considerado el segundo desenlace más importante después de la supervivencia en pacientes con cáncer, esto guarda relación con dos factores: el reconocimiento de que las intervenciones en salud buscan prolongar la vida y la calidad y la aceptación de la importancia de las consecuencias sociales de la enfermedad (Urzúa & Caqueo-Urizar, 2012). La creciente importancia que ha venido ocupando este desenlace se ha relacionado con el aumento en la expectativa de vida, lo que supone una mayor cantidad de pacientes padeciendo enfermedades crónicas y terminales y con una mayor participación de los pacientes en la toma de decisiones sobre su enfermedad y tratamiento (Sánchez P, Ballesteros , & Anzola, 2010).

Adicionalmente, la calidad de vida se constituye en un indicador de la calidad del cuidado que un paciente recibe en salud. Dentro de los diferentes tipos de neoplasias el cáncer de mama es el que tiene mayor cantidad de ensayos clínicos en los que se ha medido la calidad de vida con instrumentos estandarizados (Sánchez, Ballesteros , & Gómez , 2009). A pesar de la incorporación cada vez más frecuente de este constructo dentro de los desenlaces médicos, no existe un acuerdo unánime en cuanto a su conceptualización y definición.

2.2.2 Calidad de vida en la mujer sometida a mastectomía

Son múltiples los estudios recientes que evalúan la calidad de vida en los pacientes con cáncer de mama haciendo hincapié en las mujeres sometidas a mastectomías, las investigaciones tienen alcances de tipo internacional, regional y nacional.

El autor Sánchez-Pedraza en su estudio en el año 2015 evalúa el concepto de calidad de vida desde la perspectiva del paciente con cáncer, estos conceptos varían según el tipo de cáncer en la muestra analizada. El análisis en el estudio sugiere tres dimensiones: cuidado, bienestar y aspectos sociofamiliares y alimentarios. Los resultados muestran que hubo asociación entre la dimensión cuidado y pacientes pediátricos, entre cáncer de mama y la dimensión de bienestar, y dimensión 3 con cáncer de próstata (Sánchez - Pedraza , 2015). Del estudio se deduce la necesidad de medir la calidad de vida en los pacientes con cáncer de mama ya que son pacientes susceptibles a sentirse afectados por el daño o secuelas de la enfermedad.

De forma similar Aguirre y colaboradores estudiaron la calidad de vida, pero en relación a los estadios del cáncer de mama, a partir de un estudio relacional, no experimental en una muestra no probabilística de 39 mujeres diagnosticadas con cáncer de mama, analizaron la calidad de vida y posibles diferencias según el estadio de cáncer. Los resultados describen que, en estadios avanzados, los puntajes de calidad de vida son bajos en comparación a los iniciales; sin embargo, las diferencias no alcanzan la significancia estadística. Los instrumentos se relacionaron positivamente entre sí (Aguirre-Loaiza, Núñez, & Navarro, 2017). Se concluye que la calidad de vida no difiere según los estadios oncológicos y que ambos instrumentos correlacionaron positiva y significativamente, dado los resultados evidenciados incitan a nuevos trabajos en esta línea.

Por otra parte, un grupo de cirujanos liderados por Medina en el 2015 estudiaron la calidad de vida del paciente con cáncer de mama en donde se analiza tanto el enfoque clínico postratamiento como las repercusiones físicas y los cambios relacionados con el comportamiento y estado de ánimo, lo que permite destacar el estado funcional de la paciente que refleje su salud física, mental y social. El estudio incluyó a pacientes con cáncer de mama con tratamiento quirúrgico, incluyendo mastectomía o cirugía conservadora, en etapas clínicas I a III. Los resultados mostraron que la calidad de vida global de las pacientes fue de 45.5 para mastectomía y 42.7 para cirugía conservadora, con un estado global de salud de 44.1. Se concluye que las pacientes con cáncer de mama de presentan una menor calidad de vida con respecto a lo descrito en la literatura mundial, lo que requiere de la implementación de programas enfocados en la valoración de estos aspectos durante el abordaje y seguimiento de las pacientes, y no sólo en el tratamiento oncológico (Medina , Angeles , Delgado , & et al , 2015).

Aunque existen diversas investigaciones científicas que estudian la relación entre Cáncer de Mama y Calidad de Vida, el estudio realizado en Uruguay fue incipiente, la mayoría de las participantes recibieron Quimioterapia (73,5%), Radioterapia (64,7%) o la combinación de ambos (58,8%). El tipo de cirugía más frecuente en el estudio fue la Mastectomía Radical Modificada (53%). Los resultados muestran que existe relación estadísticamente significativa entre variables clínicas, sociodemográficas y la calidad de vida. Se concluyó que el tipo de cirugía, así como el tratamiento recibido tienen una importante incidencia en la calidad de vida relacionada con la salud de estas mujeres (Reich, 2011).

Los resultados evidenciados en el anterior estudio permiten ultimar que la Mastectomía Radical Modificada con reconstrucción mamaria es la cirugía que tiene un menor impacto en detrimento de las funciones sociales de las participantes, frente a otros tipos de cirugía, por lo que se hace necesario continuar los estudios sobre el efecto de la mastectomía en la Calidad de Vida de estos pacientes.

Algo diferente evaluó en su estudio Soto-Cáceres al comparar el nivel de percepción de calidad de vida en pacientes con y sin intervención quirúrgica radical de cáncer de mama. Los casos fueron 38 pacientes con neoplasia confirmada en estadio operable intervenidas con cirugía radical (mastectomizadas). Se aplicaron los cuestionarios de calidad de vida EORTC QLQ C-30 y QLQ BR-23 y los resultados muestran que la calidad de vida global valorada por el cuestionario QLQ-C30 de parte de los casos fue de 77.4, por otro lado, la percepción de estado de salud general es de 76.7+ 15.7 puntos en los casos y de 79.3+15.1 puntos en los controles, existe diferencia significativa entre ambos grupos ($p < 0.024$). La proporción de casos que tuvieron percepción de mala calidad de vida (< 60 puntos) fue de 21.1% sin existir diferencia estadística significativa con los controles que respondieron 15.7% ($p < 0.553$), por tanto, se concluye que la calidad de vida en pacientes con cáncer de mama con la intervención quirúrgica radical se afecta solo en 5,27% más respecto a las pacientes que no tuvieron mastectomía (Soto-Cáceres & Soto-Cáceres , 2013).

Teniendo en cuenta los estudios revisados en relación al tema sea hace necesario que la medición de la calidad en los servicios de salud se incluya como proceso de rutina, ya que este aporta información valiosa para que el personal de salud realice intervenciones en relación a la calidad de vida en los pacientes oncológicos, sobre todo en las pacientes con cáncer de mamas mastectomizadas las cuales según estudios recientes se ve afectada su calidad de vida, sobre todo por las secuelas psicológicas y físicas que trae como consecuencia la enfermedad y el tratamiento quirúrgico.

Capítulo III

2.2 Metodología

La presente investigación es un estudio descriptivo correlacional, que tiene como finalidad determinar la influencia que tiene la mastectomía radical, en la calidad de vida de las pacientes con diagnóstico de cáncer de mama en estadio II y III, tratadas en el Hospital de la Sociedad de Lucha Contra el Cáncer - Núcleo Quito, en el período enero de 2014 a diciembre de 2016.

Variable dependiente: Calidad de vida

Variable independiente: Pacientes con cáncer de mama en estadio II y III sometidas a mastectomía radical

Variables intervinientes: Sociodemográficas (Edad, Estado civil, Grado de instrucción, Situación laboral) y Clínicas (Estadio del cáncer, etapa de la enfermedad, Tiempo de evolución)

2.3 Muestra

2.3.11 Unidad espacial

Pacientes del Hospital de la Sociedad de Lucha Contra el Cáncer - Núcleo Quito

2.4 Unidad de estudio

Pacientes con diagnóstico de cáncer de mama en estadio II y III, sometidas a mastectomía radical en el Hospital de la Sociedad de Lucha Contra el Cáncer - Núcleo Quito, en el período enero de 2014 a diciembre de 2016.

2.5 Criterios de inclusión

- Pacientes mayores de edad con diagnóstico de cáncer de mama atendidas de la Sociedad de Lucha Contra el Cáncer - Núcleo Quito en el Hospital en el período enero de 2014 a diciembre de 2016
- Pacientes con diagnóstico de cáncer de mama en estadio II y III sometidas a mastectomía radical.
- Todas las pacientes que firmen y estén de acuerdo con lo escrito en el consentimiento informado.

- Todas las pacientes que cumplimenten la totalidad de los instrumentos de recolección de datos.

2.6 Criterios de exclusión

- Pacientes que rechazan participar en el estudio
- Pacientes diagnosticadas con otro tipo de cáncer
- Pacientes con metástasis
- Pacientes con cirugía conservadora de mama

2.7 Muestreo

El universo total de este estudio son 130 pacientes con diagnóstico de cáncer de mama en estadio II y III, sometidas a mastectomía radical en el Hospital de la Sociedad de Lucha Contra el Cáncer - Núcleo Quito.

2.8 Tipo de estudio

Estudio correlacional de corte transversal

2.9 Procedimiento de recolección de información

Se utilizaron las historias clínicas para efectuar la recolección de las variables clínico - epidemiológicas pertinentes y su posterior descripción, así como para identificar los síntomas y signos clínicos que repercuten en la esfera física y psicológica de las pacientes tras ser mastectomizadas radicalmente.

La recolección de la información sobre la calidad de vida se realizó aplicando la encuesta EUROQOL 5D, mediante entrevistas directas, conversaciones telefónicas o de la comunicación a través del correo electrónico, todo lo cual permitió identificar y evaluar la repercusión de los síntomas y signos clínicos relacionados con la realización de la mastectomía radical, en la calidad de vida de las pacientes.

El Departamento de Trabajo Social del Hospital de la Sociedad de Lucha Contra el Cáncer - Núcleo Quito, facilitó a los investigadores, una base de datos que aportó los números telefónicos y correos electrónicos en caso de poseer, de cada paciente y de al menos un familiar allegado. A partir de la comunicación generada a través de estos datos de contacto,

se logró convocar a las pacientes para la fecha, lugar y hora convenida para efectuar la entrevista directamente o para contestar a la encuesta vía telefónica o mediante correo electrónico.

2.10 Aspectos bioéticos

El presente estudio no interfiere en ninguna medida en los tratamientos administrados a las pacientes, en su seguimiento de control médico evolutivo ni en el pronóstico de la enfermedad.

Tampoco tendrá influencia en el normal desenvolvimiento de la actividad médica asistencial del Hospital de la Sociedad de Lucha Contra el Cáncer - Núcleo Quito.

El manejo de los datos recolectados será siempre confidencial, y contará con el uso de códigos que reemplazarán a los nombres. El manejo de la base de datos será únicamente por el investigador.

Previo a la ejecución del estudio, el protocolo fue revisado y aprobado por el Comité de Ética de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador.

Una vez aprobada la investigación y seleccionadas las pacientes, se le solicitó a cada paciente el llenado del respectivo del consentimiento informado.

La investigadora del presente estudio realizó una declaración de no existencia de conflictos de interés con las pacientes participantes en el estudio ni con algún miembro del colectivo de trabajadores del Hospital de la Sociedad de Lucha Contra el Cáncer - Núcleo Quito u otra Institución pública o privada.

2.11 Aspectos administrativos

Para desarrollar la presente investigación se requirió material de impresión para la aplicación de las encuestas, una línea telefónica habilitada y un correo electrónico. Además, se utilizó material audiovisual que ayudó a difundir el estudio investigativo; su justificación, factibilidad, objetivos y resultados esperados.

2.11.11 Recursos necesarios

- Director de Tesis del Proyecto de Investigación: Dr. Jimmy Casares.
- Tutor Metodológico del Proyecto de Investigación: Dr. Hugo Pereira.
- 2 médicas encuestadoras del Postgrado de Ginecología y Obstetricia.
- 130 pacientes con diagnóstico de cáncer de mama en estadio II y III, sometidas a mastectomía radical en el Hospital de la Sociedad de Lucha Contra el Cáncer - Núcleo Quito, en el período enero de 2014 a diciembre de 2016.

2.12 Recursos y materiales utilizados en el estudio

N.º	Descripción	Cantidad	Valor unitario USD	Valor total USD
Material Tecnológico	Computador	1	900.00	200.00
	Impresora	1	250.00	45.00
Material de Oficina	Esferográficos	130	0.30	39.00
	Lápices HB	130	0.30	39.00
	Resma de Papel Bond A4	3	6.00	18.00
Encuestas	Copias	5.0	0.05.	50.00
Imprevistos	Programa SPSS	1	200.00	200.00
	Movilización	15	2.00	30.00
TOTAL				621.00

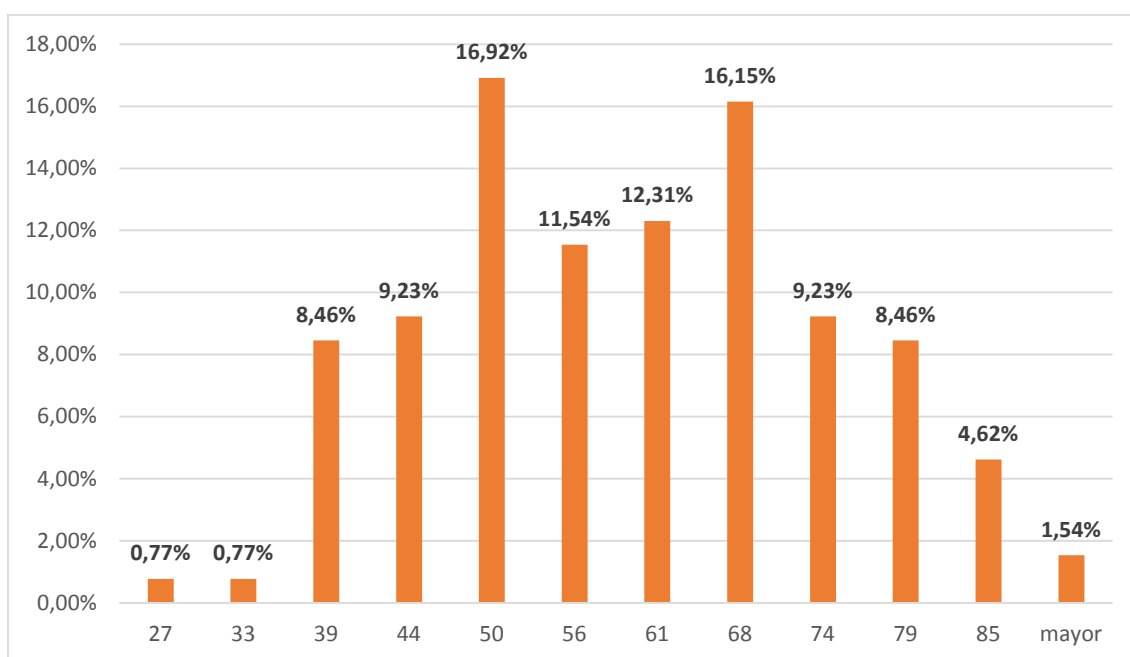
CAPITULO IV

ANÁLISIS DE RESULTADOS IV

4 Encuestas

4.1.1 Edad

Gráfico 1 Distribución de datos según la edad

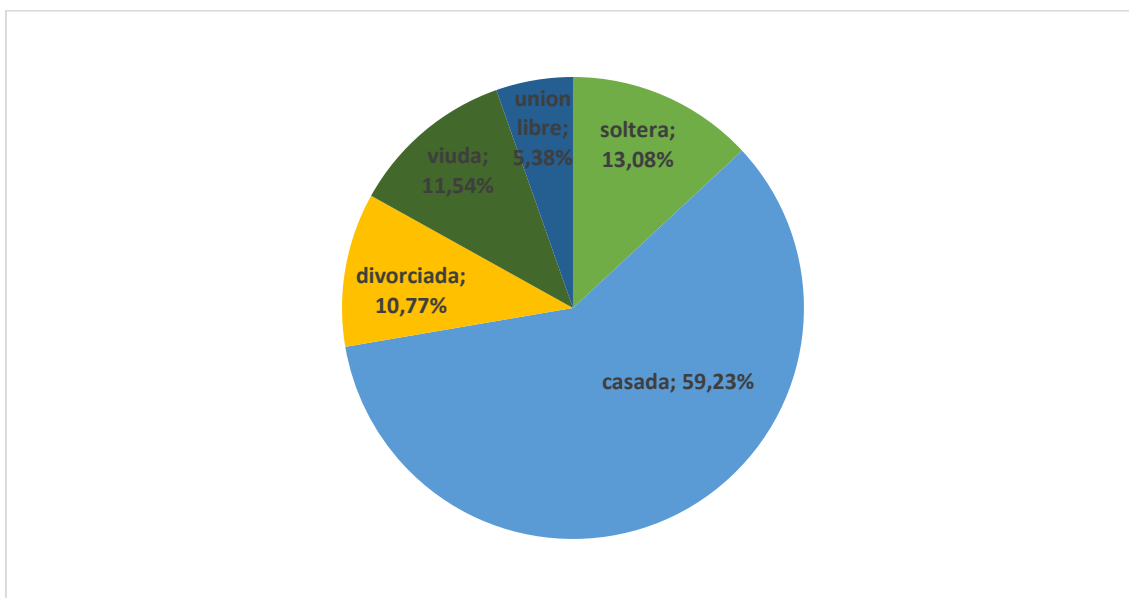


Fuente: Base de datos encuesta
Elaborado por: S. Núñez y C. Ramón

Como se observa en la distribución de datos según la edad se presentan un 16,92% (22) pacientes en edad de 50 años, seguido de un 16,15% (21) de mujeres que tienen 68 años, así también se observa que para las de edades de 27 y 33 años se presenta una paciente en cada rango 0,77% (1) y mujeres mayores a 85 años para un 4,62% (2).

4.1.2 Estado Civil

Gráfico 2 Distribución de los datos según el estado civil

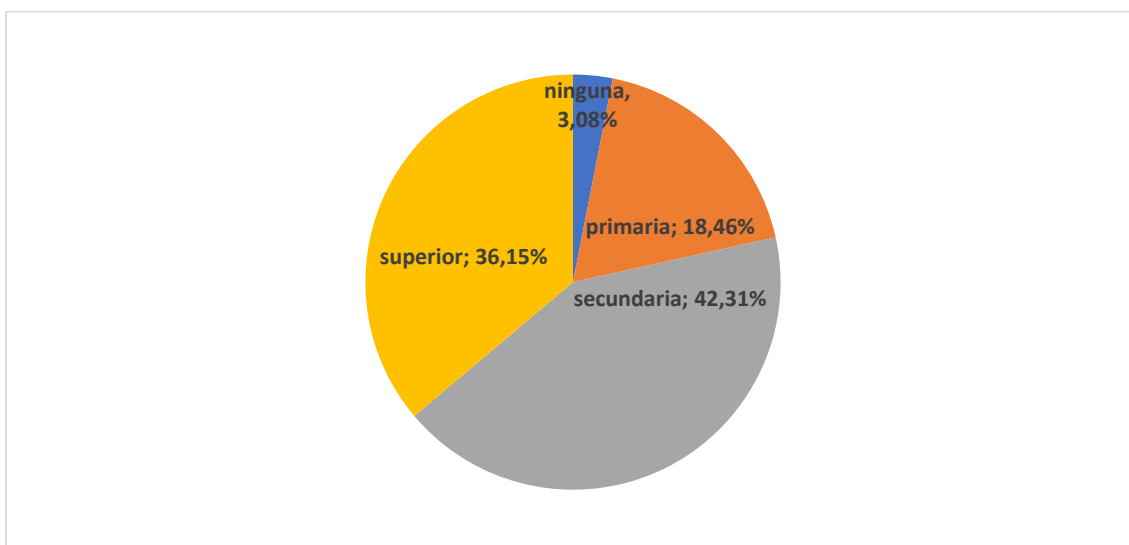


Fuente: Registro Nacional de Tumores de Solca.
Elaborado por: S. Núñez y C. Ramadán

En cuanto al estado civil de la población de estudio, se presenta con mayor porcentaje las mujeres casadas con un 59,23% (77), seguida de mujeres solteras con un 13,08 % (17) y en menor porcentaje con 5,38 % (7) mujeres que se encuentran en unión libre. Lo que nos representa que a pesar de la condición que padecen las mujeres continúan con o sin matrimonio.

4.1.3 Grado de instrucción

Gráfico 3 Distribución de datos según instrucción

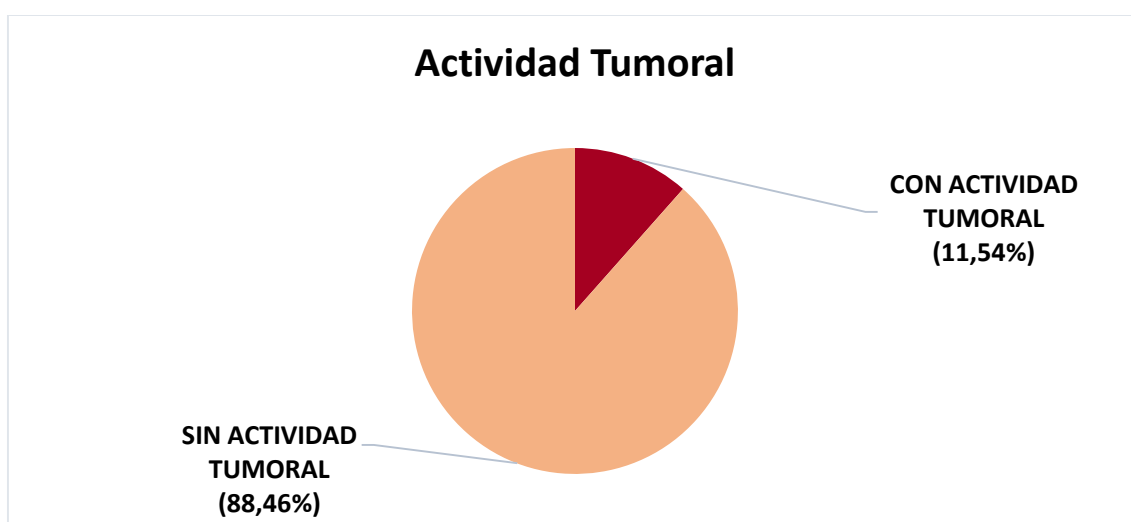


Fuente: Registro Nacional de Tumores de Solca.
Elaborado por: S. Núñez y C. Ramadán

La población de estudio presenta en su mayoría un nivel de instrucción de secundaria mujeres 42,31% (55), mientras un 36,15% (47) tienen un nivel académico superior y solo 8,46% (24) han pasado por la escuela y 3,08% (4) no tiene instrucción. Lo que nos indica que el cáncer de mama no está asociado con el nivel de instrucción que posee una mujer.

4.1.4 Actividad tumoral

Gráfico 4 Distribución de datos según la etapa de la Actividad Tumoral

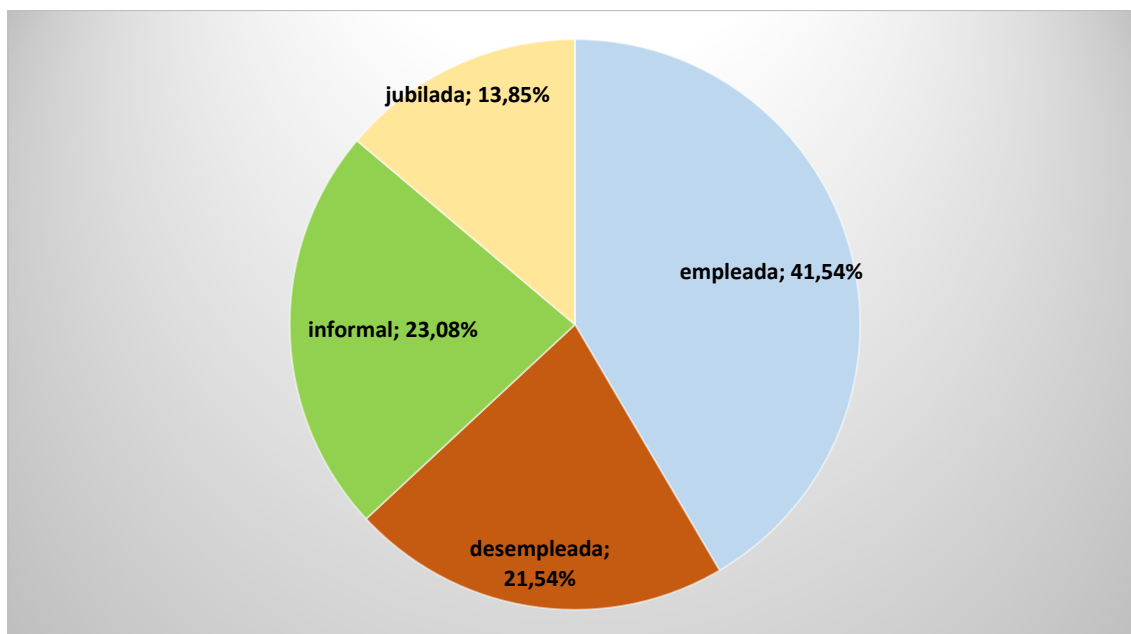


Fuente: Registro Nacional de Tumores de Solca.
Elaborado por: S. Núñez y C. Ramadán

En cuanto a la actividad tumoral, se obtuvo que un 88,46% (115) pacientes se encuentran en la etapa sin actividad tumoral, mientras que un 11,54% (15) pacientes se encuentran aún en tratamiento de segunda o tercera línea por recaída o progresión.

4.1.5 Situación Laboral

Gráfico 5 Distribución de datos según Situación laboral



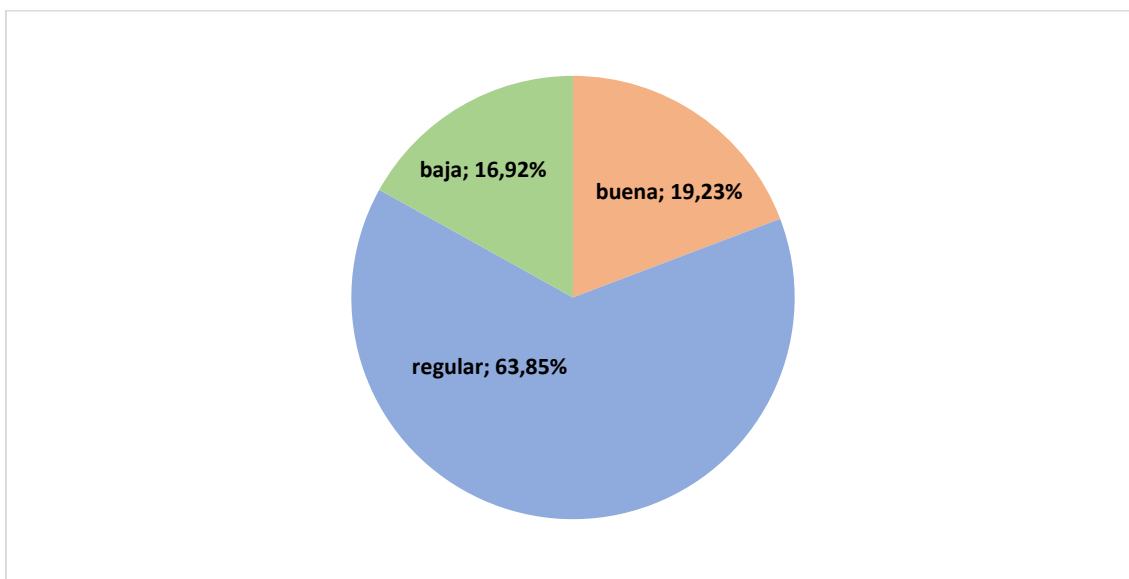
Fuente: Registro Nacional de Tumores de Solca.

Elaborado por: S. Núñez y C. Ramadán

En la población de estudio se presentan un 41,54% (54) mujeres que cuenta con empleo seguro, 23,08% (30) de ellas se mantienen con trabajo informal, 21,54% (28) son desempleadas y 13,85% (18) son mujeres jubiladas. Lo que nos indica en general que la mayoría de mujeres tienen una situación laboral estable que les permite seguir con los tratamientos indicados por el médico de control.

4.1.6 Situación Económica

Gráfico 6 Distribución de datos según situación económica

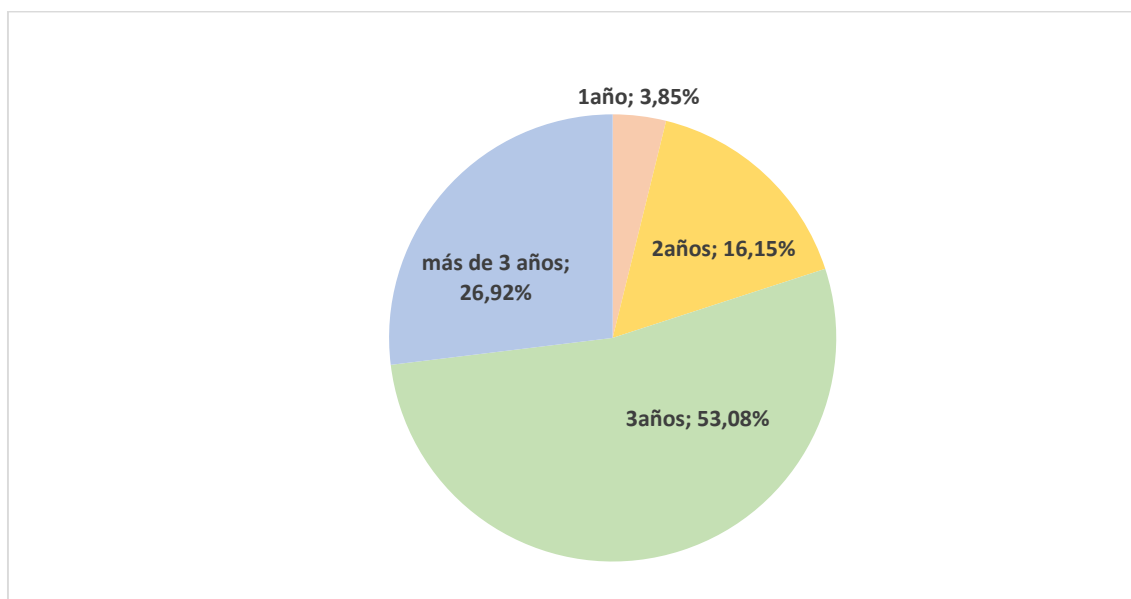


Fuente: Registro Nacional de Tumores de Solca.
Elaborado por: S. Núñez y C. Ramadán

La distribución socioeconómica de la población de estudio indica que 63,85% (83) mujeres consideran que tienen una economía regular, aseverando los resultados obtenidos en la situación laboral, le sigue una situación buena con 19,23% (25) pacientes y finalmente 16,92% (22) de ellas indican que se encuentran en un nivel socioeconómico Bajo.

4.1.7 Sobrevida de la enfermedad

Gráfico 7 Sobrevida libre de enfermedad



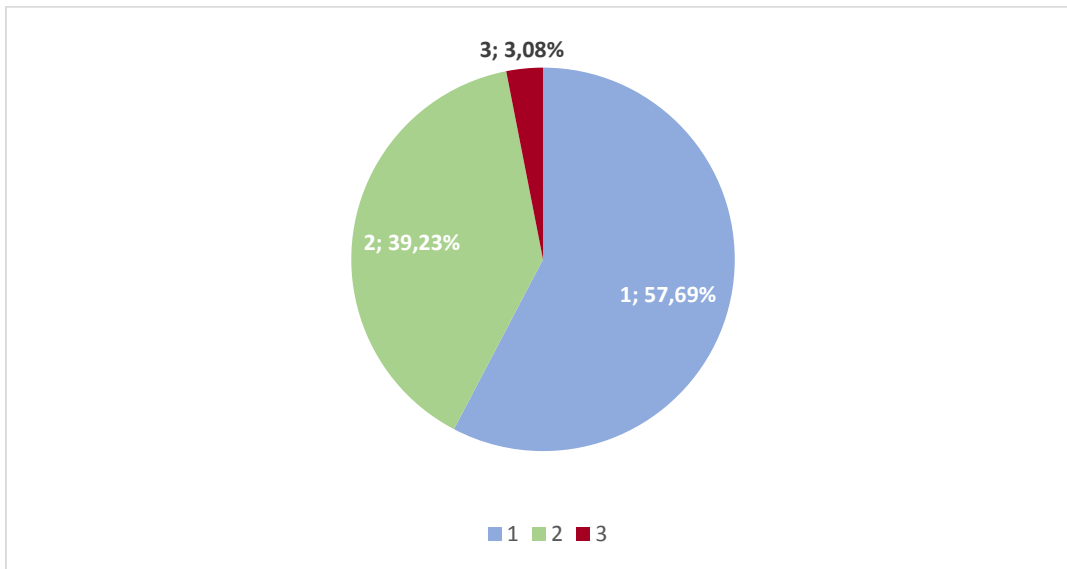
Fuente: Registro Nacional de Tumores de Solca.
Elaborado por: S. Núñez y C. Ramadán

En cuanto a la sobrevida de las pacientes con Estadios II y III identificamos que fue de 3 años en los que se pudo observar mejoras en el tratamiento aplicado para el periodo libre de enfermedad, mientras que 16,15% (21) de ellas este tiempo fue de 2 años y en 26,92% (35) pacientes el tiempo señalado es mayor a 3 años.

Estos resultados guardan relación con el gráfico 20 en el que se muestra la relación entre sobrevida y actividad tumoral en la que los pacientes que llevan un año de tratamiento presentan actividad tumoral en estadios II y III, mientras que a partir de los años 2 y 3 los pacientes se encuentran sin actividad tumoral, lo que nos indica que la sobrevida es mayor con posibilidades de cura de la enfermedad.

4.1.8 Movilidad

Gráfico 8 Distribución de los datos según la movilidad del paciente



Fuente: Registro Nacional de Tumores de Solca.

Elaborado por: S. Núñez y C. Ramadán

Leyenda:

1 = no tengo problemas para caminar

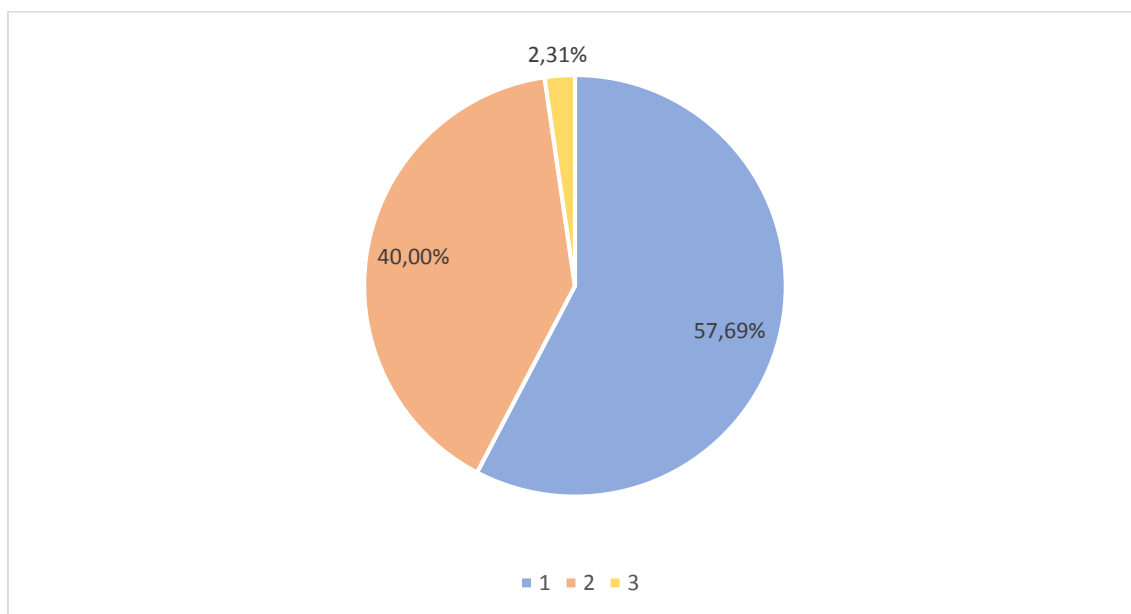
2= tengo algunos problemas para caminar

3= tengo que estar en la cama

Los resultados obtenidos de acuerdo a la movilidad fueron que el 57,69% (75) de las mujeres indicaron que no tienen problemas para trasladarse de un lugar a otro caminando, mientras que 39,23% (51) expusieron que en algunas ocasiones presentan dificultades para caminar y solo un 3,08% (4) de ellas manifestaron que se movilizan en ocasiones muy necesarias y el resto del tiempo permanecen en cama.

4.1.9 Cuidado Personal

Gráfico 9 Distribución de los datos según el Cuidado Personal



Fuente: Registro Nacional de Tumores de Solca.
Elaborado por: S. Núñez y C. Ramadán

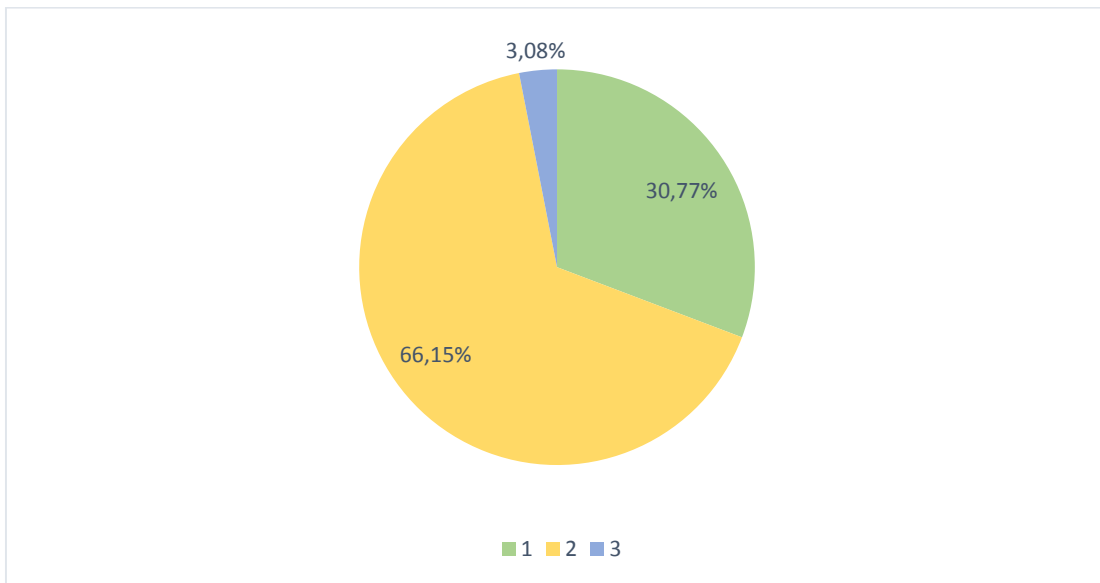
Leyenda:

- 1= no tengo problemas con mi cuidado personal
- 2= tengo algunos problemas para lavarme o vestirme
- 3= soy incapaz de lavarme o vestirme

La clase que predomina según el cuidado personal es el número 1 siendo en la que 57,69% (75) de las mujeres se identifican al no necesitar ayuda y no presentar problemas para realizar su aseo personal, mientras que para la clase 2 se observa que 40 % (52) de las mujeres tienen algún problema para vestirse o asearse, y solo 2,3% (3) de ellas necesitan ayuda para su aseo y cuidado personal.

4.1.10 Actividad Cotidiana

Gráfico 10 Distribución de los datos según la actividad Cotidiana



Fuente: Registro Nacional de Tumores de Solca.
Elaborado por: S. Núñez y C. Ramadán

Leyenda:

1= no tengo problemas para realizar mis actividades cotidianas

2= tengo algunos problemas para realizar mis actividades cotidianas

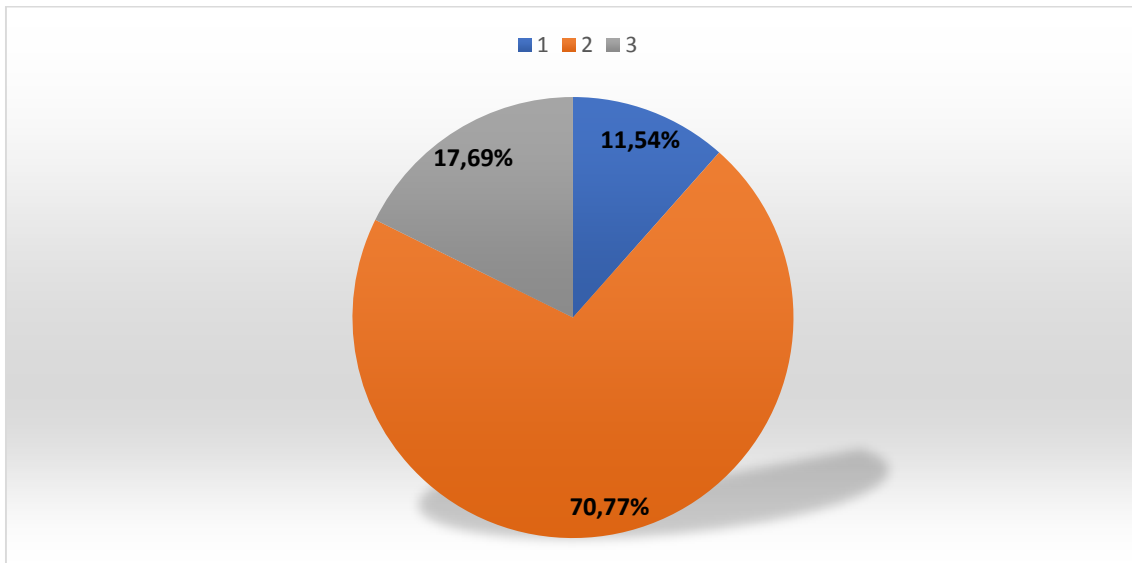
3= soy incapaz de realizar mis actividades cotidianas

Los resultados obtenidos según las actividades cotidianas presentan que el 66,15% (86) de las mujeres tienen problemas para realizar su vida con normalidad en cuanto a las actividades que desempeñan, mientras que el 30,77% (40) de ellas dicen no tener problemas para realizar las actividades normales en su hogar o centro de trabajo y finalmente 3,08% (4) de mujeres indicaron que son incapaces de realizar por sí solas las actividades de su diario vivir.

Pero es importante poder mencionar que los pacientes a los cuales se realizó la investigación el 79,23% (61) fueron realizados a personas adultas de un rango entre 50 y 85 años de edad.

4.1.11 Dolor

Gráfico 11 Distribución de los datos según Dolor o mal estar en los pacientes



Fuente: Registro Nacional de Tumores de Solca.
Elaborado por: S. Núñez y C. Ramadán

Leyenda:

1= no tengo dolor

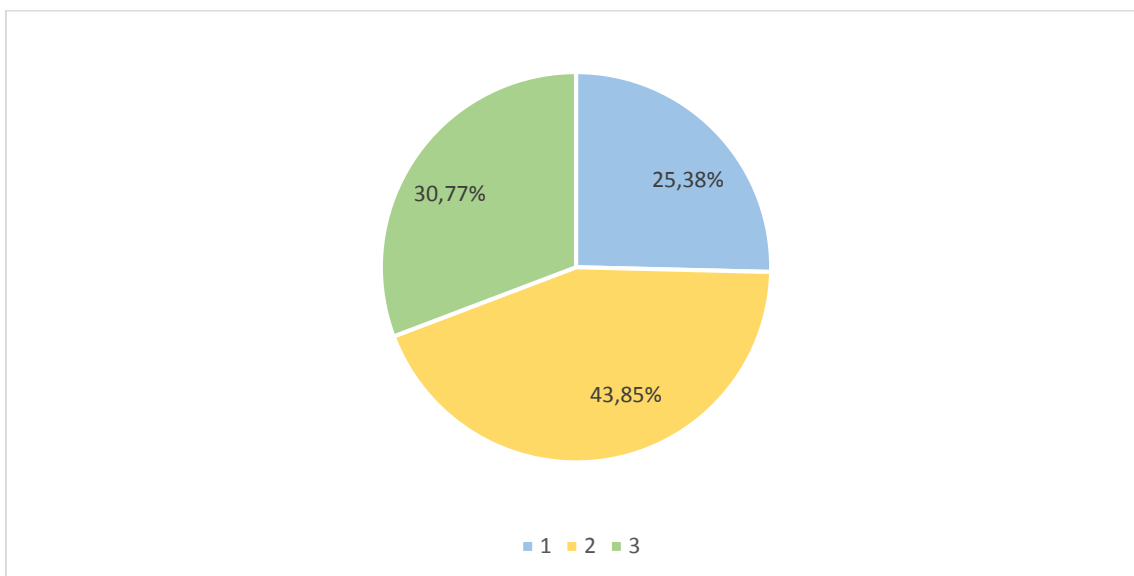
2= tengo moderado dolor

3= tengo mucho dolor

En cuanto a los resultados de la presencia de dolor en las pacientes, se hallaron que 70,77% (92) de las mujeres manifiestan que sufren de dolores moderados que pueden soportar, por lo contrario, el 17,69% (23) de las mujeres que indican que presentan un dolor excesivo que no logran controlarlo y solo 11,54% (15) de ellas señalan que no han manifestado dolores en la enfermedad.

4.1.12 Ansiedad o Depresión

Gráfico 12 Distribución de datos según Ansiedad o depresión en los pacientes



Fuente: Registro Nacional de Tumores de Solca.
Elaborado por: S. Núñez y C. Ramadán

Leyenda:

1= no estoy ansioso ni deprimido

2= estoy moderadamente ansioso o deprimido

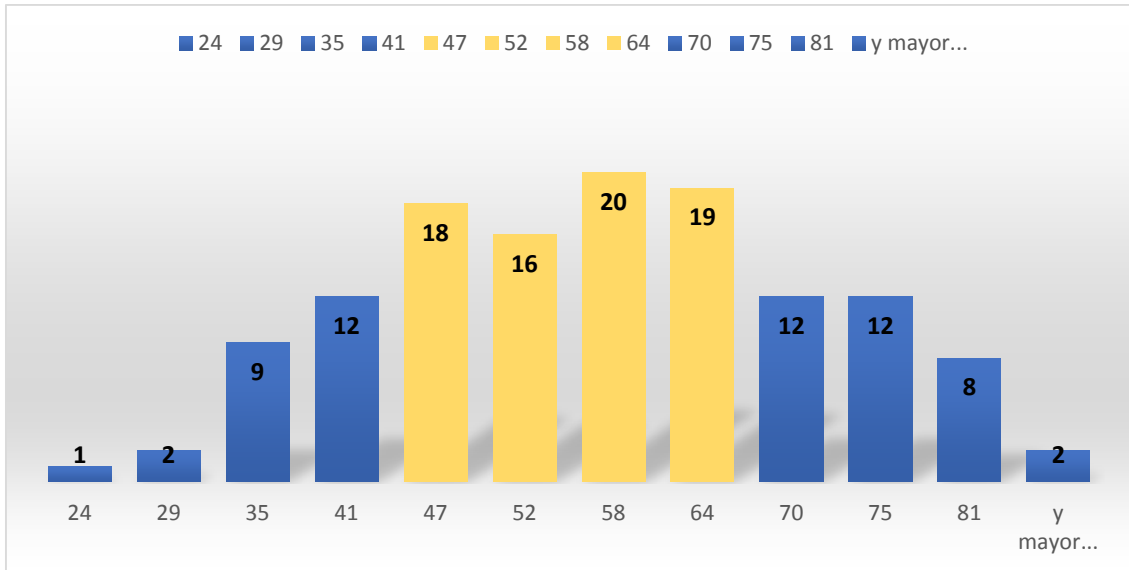
3= estoy muy ansioso o deprimido

La mayoría de la población de estudio para un 43,85% (57) indican que en algunas ocasiones se han sentido deprimidas o ansiosas por la situación en la que se encuentran por padecer el cáncer de mama, seguido un 30,77% (40) de mujeres que manifiestan sentirse muy deprimidas y presentan cuadros de ansiedad, por otra parte, un 25,38% (33) de ellas dicen no sentirse afectadas emocionalmente por la presencia de la enfermedad y la han asimilado de la mejor manera con el apoyo de sus seres queridos. Por tanto, es recomendable realizar un seguimiento de las pacientes con depresión para evitar malas decisiones que lleguen a pasar por la mente de las pacientes.

4.1 Base de Datos Solca

4.2.1 Edad

Gráfico 13 Frecuencia de Edades

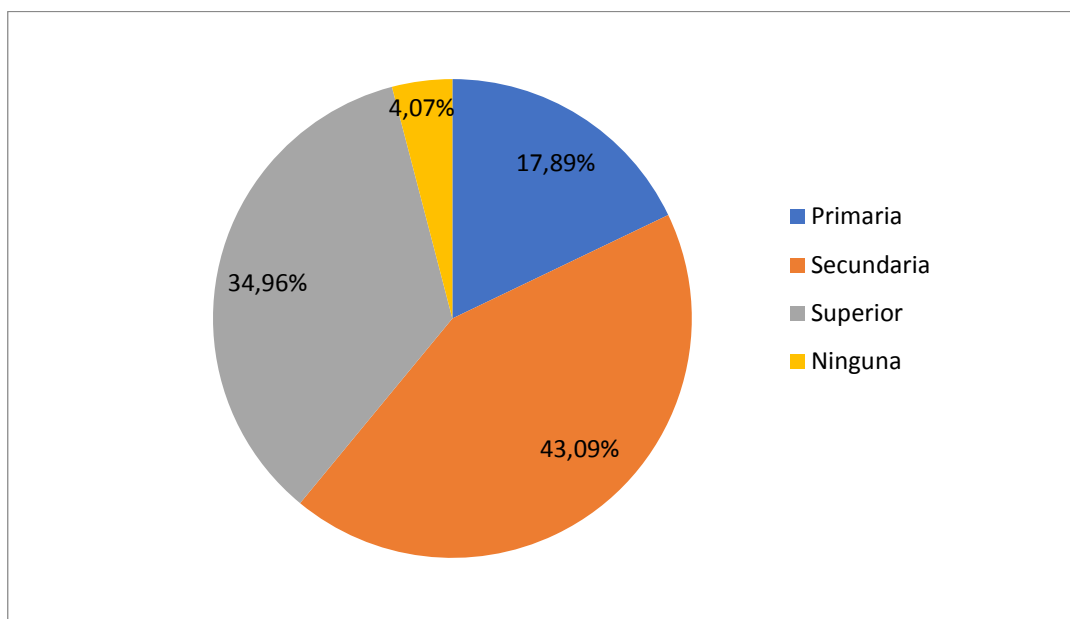


Fuente: Registro Nacional de Tumores de Solca
Elaborado por: S. Núñez y C. Ramadán

En la gráfica 13 se observa que existe una mayor población de personas de 58 y 64 años que asisten a recibir tratamiento oncológico constituyendo un total de 39 pacientes, mientras que de 24 y más de 80 años asisten tan solo 2 personas.

4.2.2 Instrucción

Gráfico 14 Frecuencias por grado de instrucción

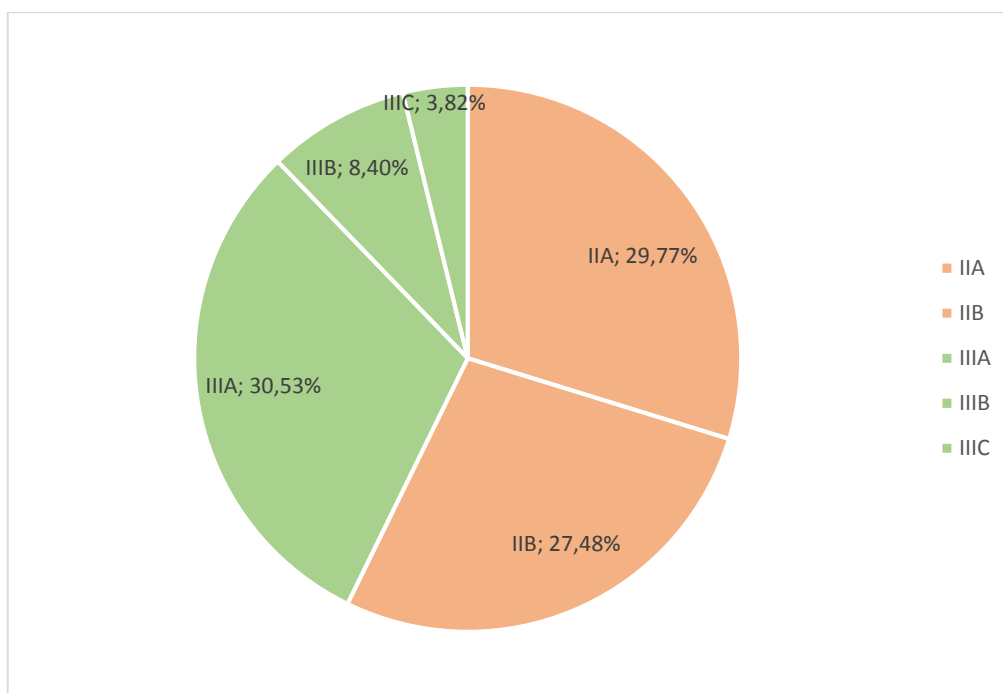


Fuente: Registro Nacional de Tumores de Solca
Elaborado por: S. Núñez y C. Ramadán

En la gráfica 14 se observa que la mayoría de población para un 43,9% (52) tiene una instrucción secundaria, también se observa que existen profesionales en un 34,96% (36) que acuden a recibir tratamientos y muy pocas personas no han culminado sus estudios ni los han tenido.

4.2.3 Estadío

Gráfico 15 Número de pacientes según Estadío



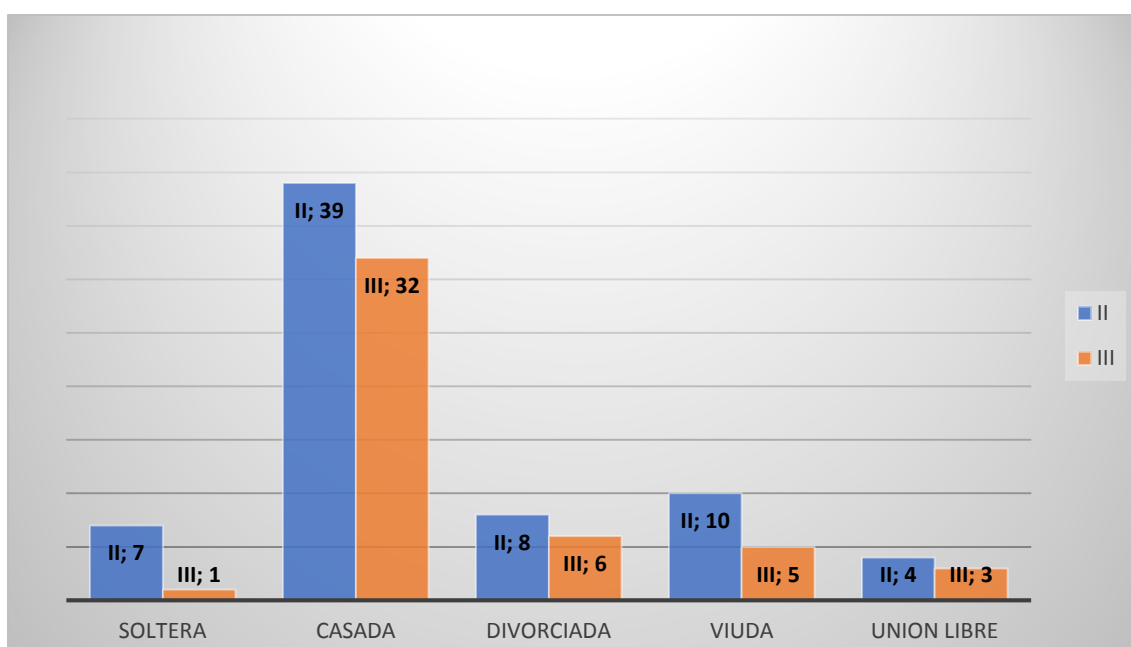
Fuente: Registro Nacional de Tumores de Solca
Elaborado por: S. Núñez y C. Ramadán

En la gráfica 15 se observa que el estadio II tienen mayor incidencia de pacientes en un 58% (75) en total, mientras que el estadio III se presentan en un 42% (66) en total. En conclusión, prevalecen los pacientes con estadio II de la enfermedad.

4.2 Relación entre variables

4.2.1 Estadio vs estado civil

Gráfico 16 Relación Estadio vs Estado Civil



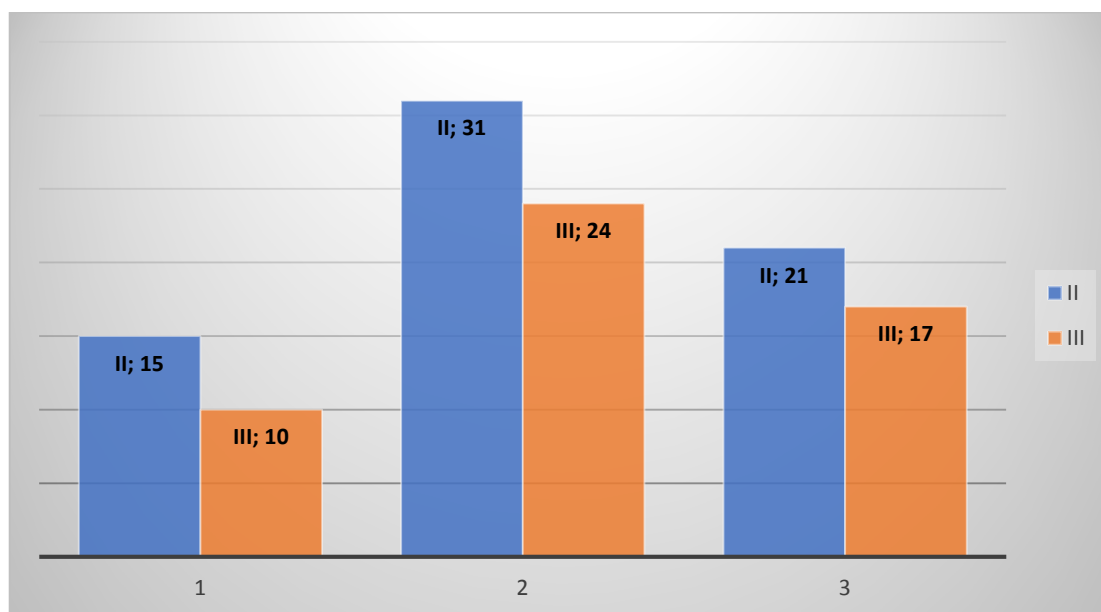
Fuente: Registro Nacional de Tumores de Solca
Elaborado por: S. Núñez y C. Ramadán

En la gráfica 16 se muestra la relación entre la variable estadio de la enfermedad y estado civil de las pacientes que formaron parte del estudio, se observa que prevalece el estado civil casada para pacientes en estadio II (39) y estadio III (32), seguido del estado viuda para (8) pacientes en estadio II y divorciadas en (8) pacientes igualmente en estadio II. En resumen, la mayor relación entre ambas variables es en mujeres casadas en estadio II de la enfermedad.

4.2.2 Estadio Vs Ansiedad o Depresión

En la gráfica 16 se muestra en todos los tipos de estado civil se presentan pacientes en los dos estadios principales de la enfermedad, siendo las mujeres casadas las que predominan con el estadio II de la enfermedad, seguida de las mujeres viudas, sin embargo, resulta importante resaltar que en todos los estados civiles predomina el estadio II de la enfermedad.

Gráfico 17 Relación Estadio vs Depresión



Fuente: Registro Nacional de Tumores de Solca
Elaborado por: S. Núñez y C. Ramadán

Leyenda:

- 1= no estoy ansioso ni deprimido
- 2= estoy moderadamente ansioso o deprimido
- 3= estoy muy ansioso o deprimido

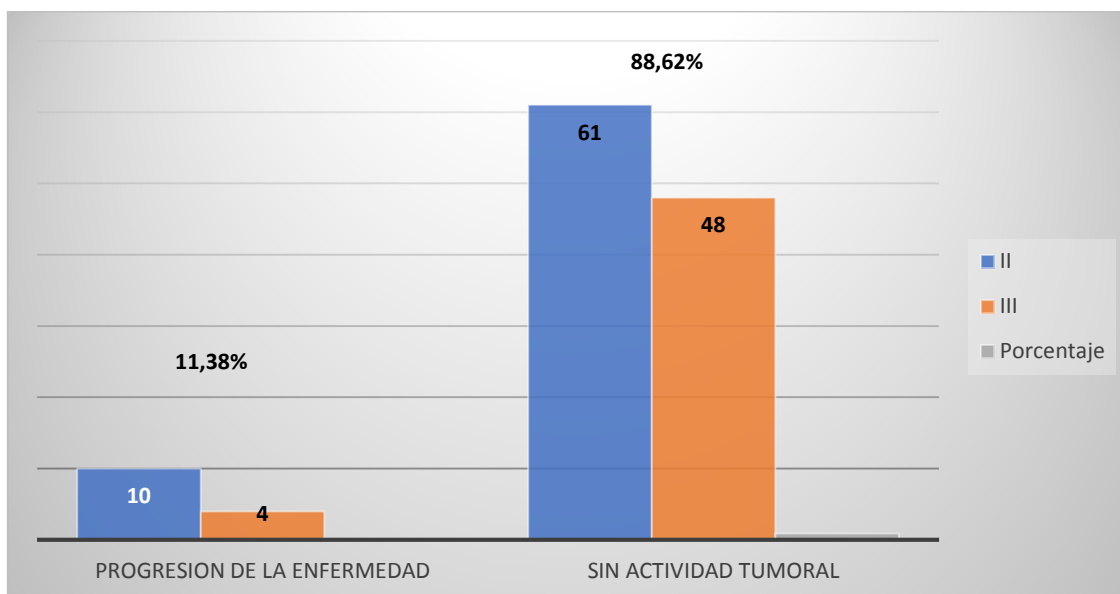
En la gráfica 17 se observa la relación entre la variable estadios y la variable ansiedad o depresión de lo que se concluye que las personas que pertenecen a un estadio II presentan mayormente estados en los que se encuentran moderadamente ansioso o deprimido con 31 pacientes, así como estados en los que no presentan depresión ni ansiedad 21 pacientes, y presentan estados de ansiedad y depresión apenas en 15.

De la misma manera se observa que para el estadio III no presentan estados de depresión ni de ansiedad en 10 pacientes, así como presentan estados de ansiedad y depresión moderados en 24 pacientes, finalmente presentando estados de ansiedad y depresión en 17 pacientes.

En resumen, si sumamos los pacientes con estado moderado y severo de ansiedad y depresión que se encuentran en el estadio II (52 pacientes) y en el estadio III (41pacientes), se concluye que la mayoría presentan afectación psicológica que influye en la calidad de vida de dichos pacientes, por tanto, existe una relación entre los pacientes afectados con manifestaciones de ansiedad y depresión y el grado del cáncer. Prevalen los pacientes afectados psicológicamente en el estadio II de la enfermedad, sin embargo, la cifra no difiere mucho en los pacientes afectados psicológicamente y el grado III de la enfermedad, siendo esta etapa más agresiva y grave en los pacientes con cáncer de mama.

4.2.3 Estadio Vs Etapa de Enfermedad

Gráfico 18 Relación Estadio vs Etapa de Enfermedad



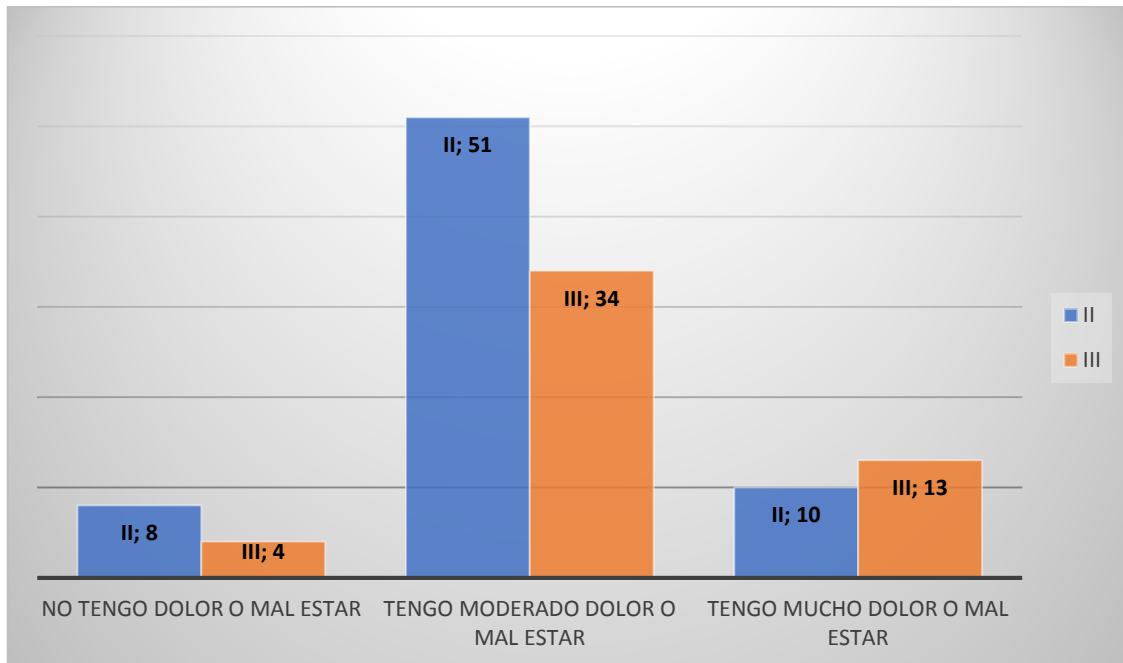
Fuente: Registro Nacional de Tumores de Solca
Elaborado por: S. Núñez y C. Ramadán

En la gráfica 18 se observa que la mayoría de los pacientes se encuentra sin actividad tumoral presentando valores en los diferentes estadios 61 pacientes para el estadio II y 48 para el estadio III, para el caso de progresión de la enfermedad se presenta en 10 del estadio II y 4 del estadio III.

II y 4 en el estadio III. En resumen, predominan el estadio II en los pacientes sin actividad tumoral.

4.2.4 Estadio Vs Dolor

Gráfico 19 Relación Estadio Vs Dolor



Fuente: Registro Nacional de Tumores de Solca
Elaborado por: S. Núñez y C. Ramadán

En la gráfica 19 se presenta la relación entre estadio y dolor que presentan los pacientes en por el tratamiento con lo que se determina que no presentan dolor en 8 pacientes en el estadio II, y 4 pacientes en el estadio III

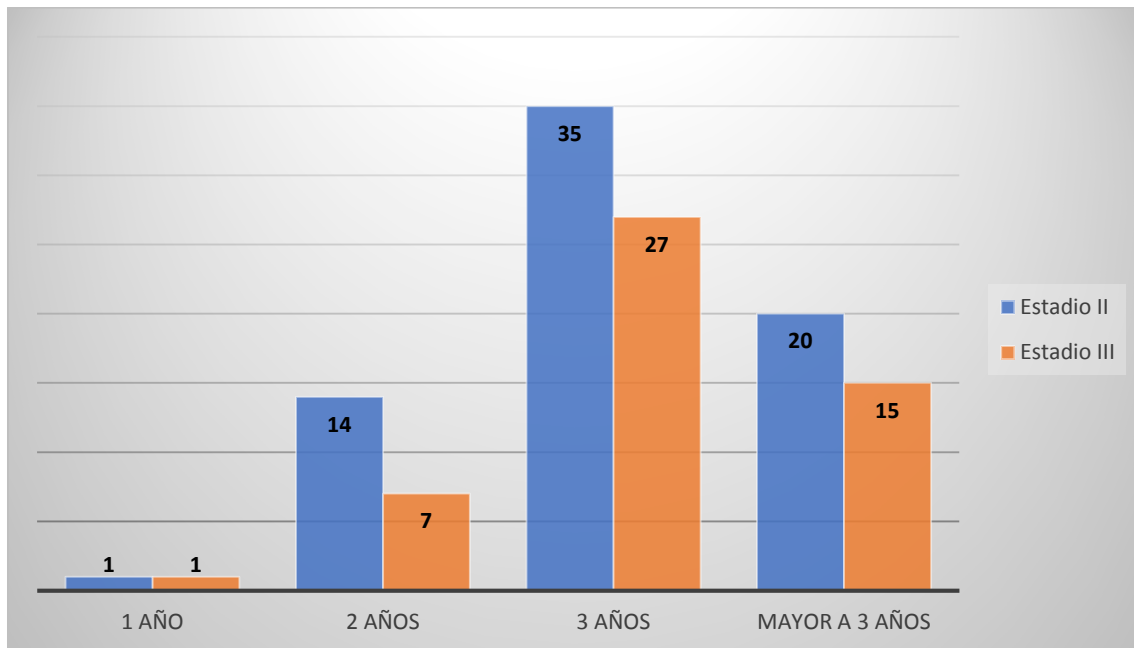
En cuanto a presentar dolor y malestar moderado presentan 51 pacientes en estadio II y 34 en estadio III.

En cuanto a la presencia de dolor y malestar se presentan valores correspondientes a 10 pacientes en estadio II y 13 pacientes en estadio III

En resumen, prevalece el estadio II en los pacientes con dolor y malestar moderado.

4.2.5 Estadio vs actividad tumoral.

Gráfico 20 Relación Estadio Vs Tiempo de Evolución



Fuente: Registro Nacional de Tumores de Solca
Elaborado por: S. Núñez y C. Ramadán

En la gráfica 20 se observa la relación entre las variables Estadio vs periodo libre de enfermedad con lo que se determina que en 1 año se desarrollan las enfermedades correspondientes a los estadios II y III con la presencia de un paciente.

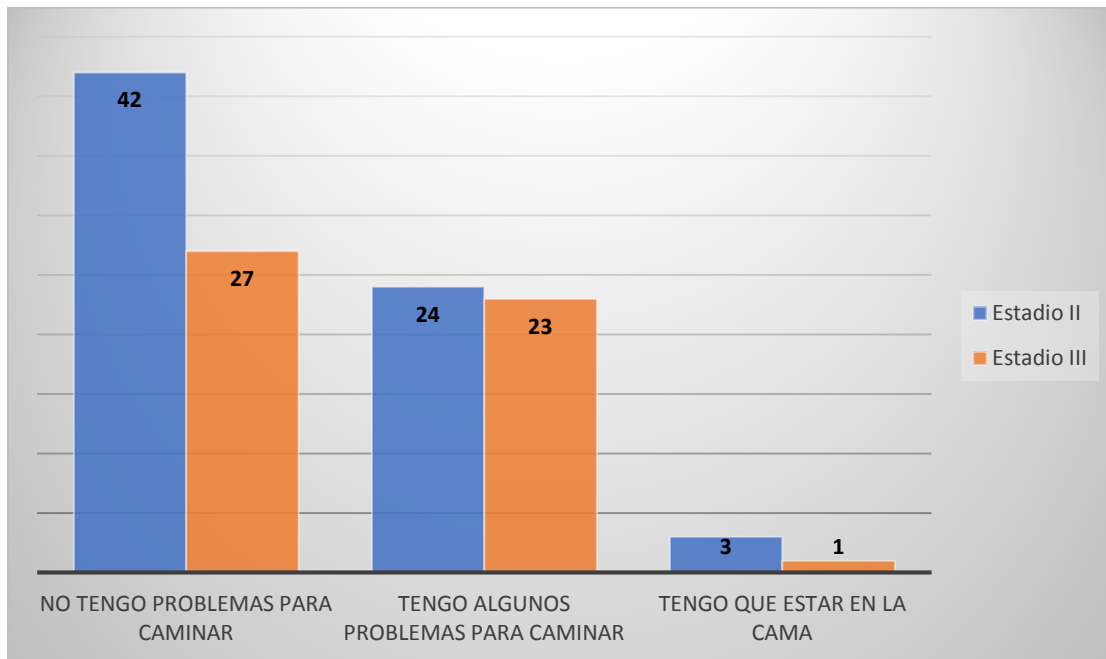
Para el tiempo de 2 años se desarrolla sin signos tumorales para las enfermedades correspondientes a los estadios II en 4 pacientes y estadio III en 7 pacientes.

Para el tiempo de 3 años se desarrolla sin signos tumorales para las enfermedades correspondientes a los estadios II en 35 pacientes y estadio III 27 pacientes, siendo este el periodo óptimo en el que se controla el cáncer y es el que prevalece en el estudio.

Para el tiempo mayor a 3 años se desarrolla sin signos tumorales para las enfermedades correspondientes a los estadios II en 20 pacientes y estadio III 15 pacientes.

4.2.6 Estadio Vs Movilidad

Gráfico 21 Relación Estadio Vs Movilidad



Fuente: Registro Nacional de Tumores de Solca
Elaborado por: S. Núñez y C. Ramadán

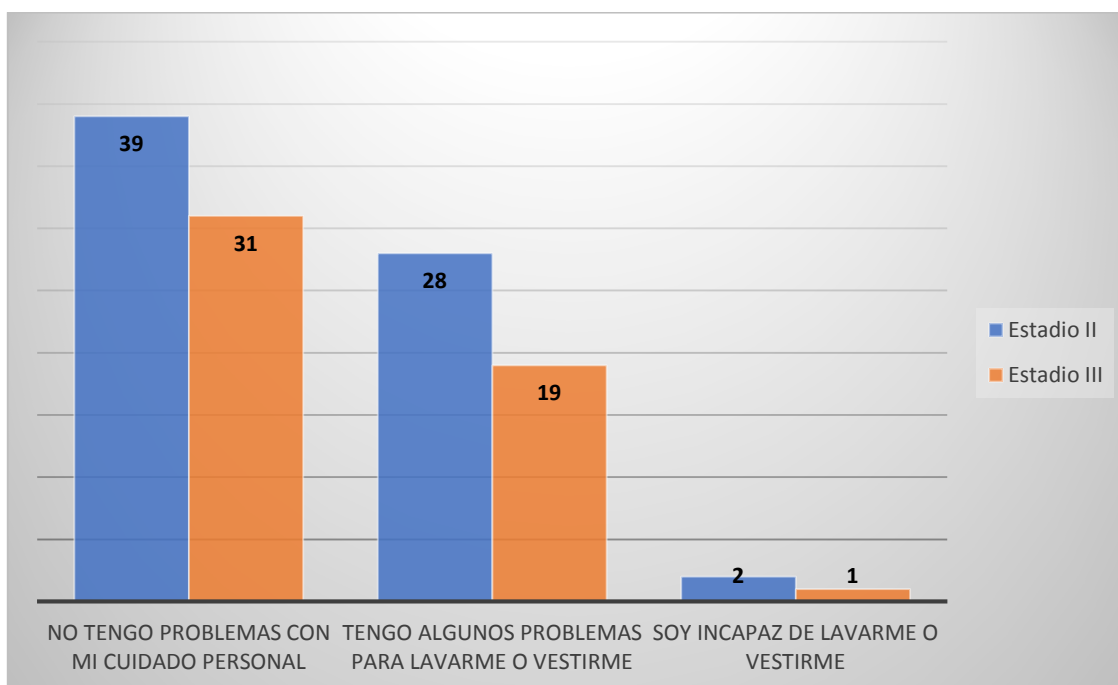
En la gráfica 21 podemos apreciar la relación entre la variable estadio y movilidad, con lo que se determina que los pacientes que no presentan problema para caminar corresponden a los estadios II en 42 pacientes y 27 en estadio III.

Para los pacientes que presentan algunos problemas para caminar se tiene 24 pacientes en estadio II y 23 en estadio III. Siendo este grupo el que prevalece.

Y para los pacientes que tienen que estar en cama se presentan los siguientes resultados: 3 pacientes en estadio II y 1 en estadio III.

4.2.7 Estadio Vs Cuidado Personal.

Gráfico 22 Relación Estadio Vs Cuidado Personal



Fuente: Registro Nacional de Tumores de Solca
Elaborado por: S. Núñez y C. Ramadán

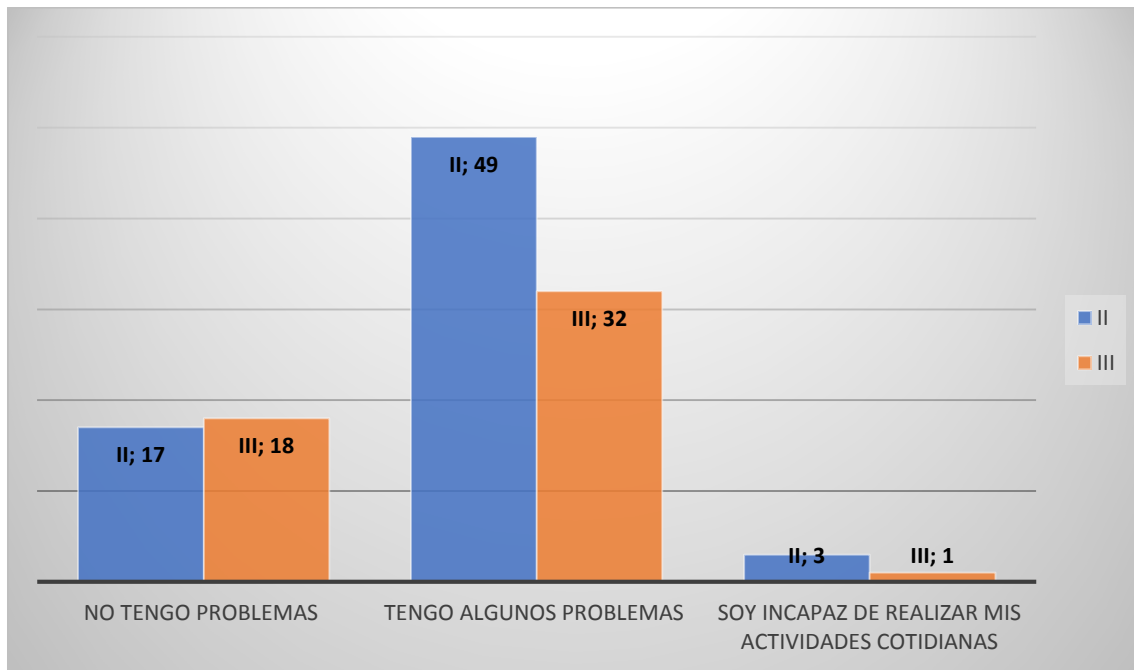
En la gráfica 22 se puede apreciar la relación entre la variable estadio y cuidado personal, con lo que se determina que los pacientes que no presentan problema con su cuidado personal corresponden a los estadios II en 39 pacientes y 31 en el estadio III. Siendo este grupo el que prevalece.

Para los pacientes que presentan algunos problemas para lavarse y vestirse se tiene que 28 pacientes están en el estadio II y 9 en el estadio III de la enfermedad.

Y para los pacientes que tienen que estar en cama se presentan los siguientes resultados de 2 pacientes en el estadio II y en el estadio III de la enfermedad.

4.2.8 Estadio Vs Actividades Cotidianas

Gráfico 23 Relación Estadio Vs Actividades Cotidianas



Fuente: Registro Nacional de Tumores de Solca
Elaborado por: S. Núñez y C. Ramadán

Leyenda:

- 1= no tengo problemas para realizar mis actividades cotidianas
- 2= tengo algunos problemas para realizar mis actividades cotidianas
- 3= soy incapaz de realizar mis actividades cotidianas

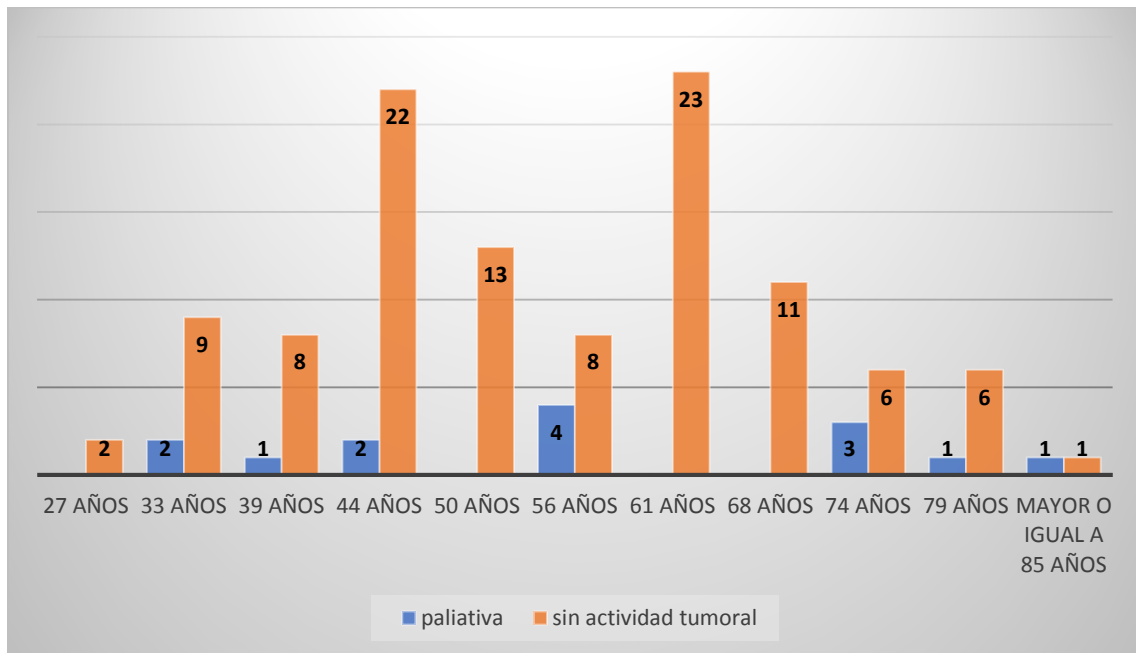
En la gráfica 23 se puede apreciar la relación entre la variable estadio y actividades cotidianas, con lo que se determina que los pacientes que no presentan problema para realizar actividades cotidianas corresponden a los estadios II en 17 pacientes y 18 en el estadio III de la enfermedad.

Para los pacientes que presentan algunos problemas para realizar actividades cotidianas se tiene 49 pacientes en el estadio II y 32 en el estadio III, siendo este grupo el que prevalece.

Y para los pacientes que son incapaces de realizar actividades cotidianas se presentan los siguientes resultados de 3 pacientes en el estadio II y 1 pacientes en el estadio III de la enfermedad.

4.2.9 Edad vs Actividad tumoral

Gráfico 24 Edad vs Actividad tumoral

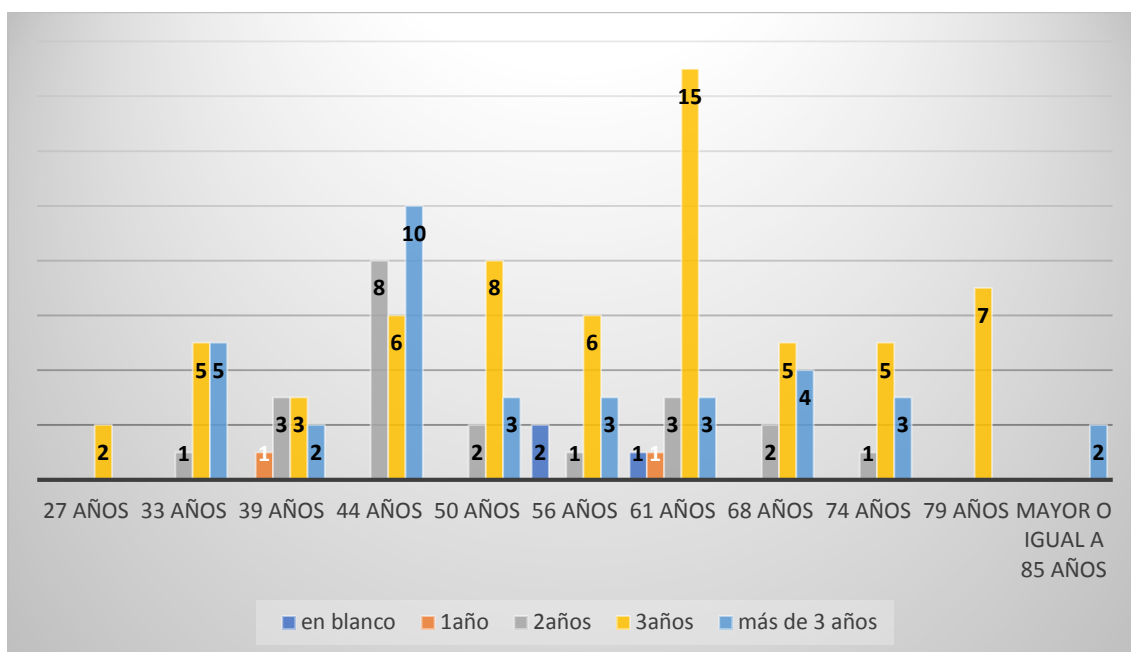


Fuente: Registro Nacional de Tumores de Solca
Elaborado por: S. Núñez y C. Ramadán

El gráfico 24 muestra que existe una incidencia entre las pacientes sin actividad tumoral y la edad comprendida entre los 44 y 61 años edad, sin una relación estadísticamente significativa. En relación a la edad existe una mayor distribución y predominio en el grupo etario de 24 a 61 años de edad.

4.2.10 Edad vs Periodo libre de enfermedad

Gráfico 25 Relación Edad vs Periodo libre de enfermedad

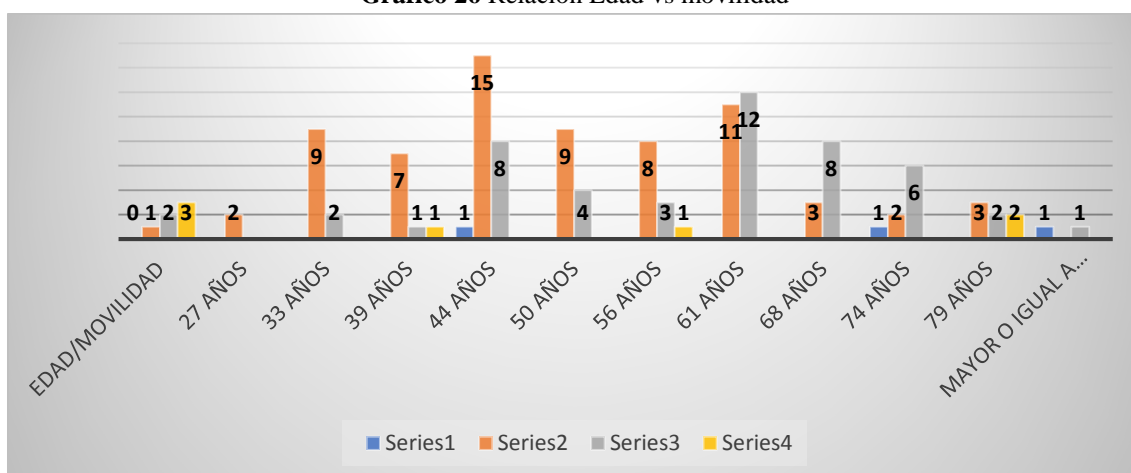


Fuente: Registro Nacional de Tumores de Solca
Elaborado por: S. Núñez y C. Ramadán

Como se observa en la gráfica 25 la mayoría de los pacientes de 61 años de edad llevan un tiempo de evolución de 3 años, seguido de los pacientes de 44 años que llevan más de 3 años de evolución de la enfermedad.

4.2.14 Edad vs movilidad

Gráfico 26 Relación Edad vs movilidad



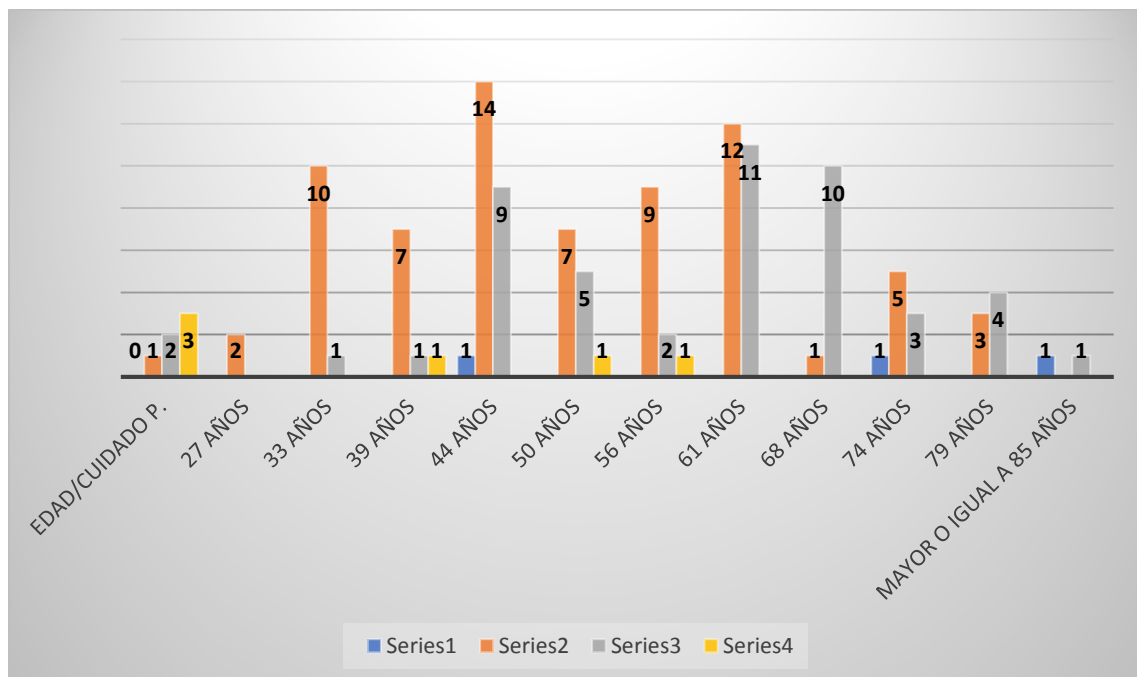
Fuente: Registro Nacional de Tumores de Solca
Elaborado por: S. Núñez y C. Ramadán
Leyenda:

- 1 = no tengo problemas para caminar
- 2= tengo algunos problemas para caminar
- 3= tengo que estar en la cama

El gráfico 26 muestra que la mayoría de los pacientes con edad de 44 años tienen una buena movilidad y los de 61 tienen problemas para caminar y los que se encuentran inmobilizados se enmarcan en los 79 años hasta 85, lo que quiere decir que a medida que aumenta la edad se incrementa el riesgo de falta de movilidad.

4.2.15 Edad vs cuidado personal

Gráfico 27 Relación Edad vs cuidado personal



Fuente: Registro Nacional de Tumores de Solca
 Elaborado por: S. Núñez y C. Ramadán

Leyenda:

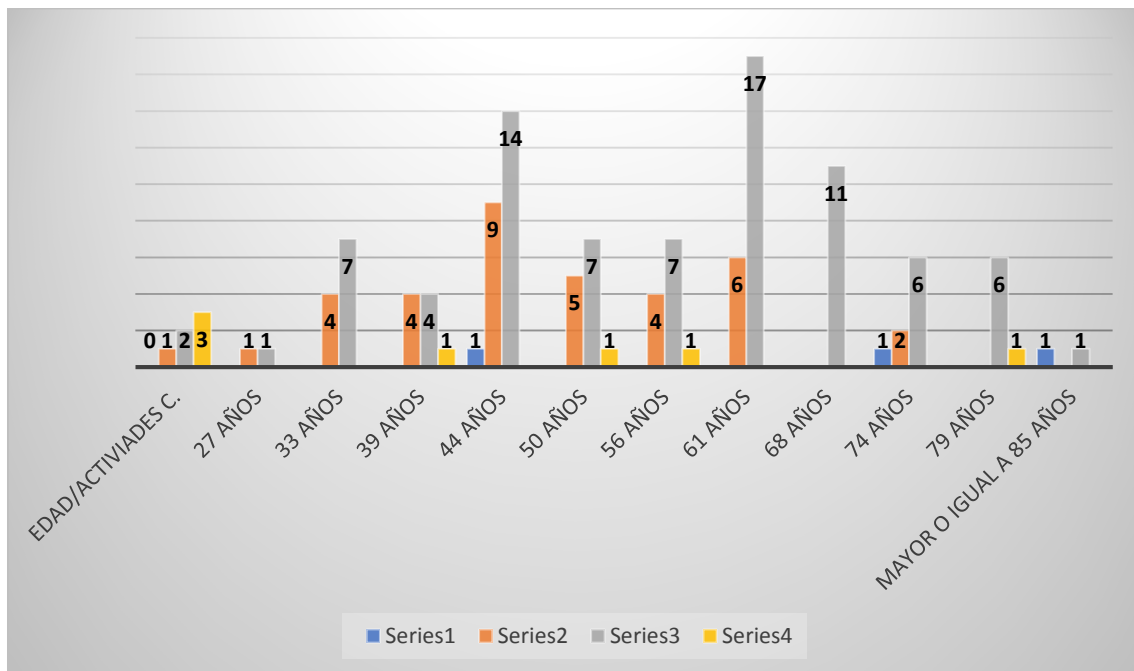
- 1= no tengo problemas con mi cuidado personal
- 2= tengo algunos problemas para lavarme o vestirme
- 3= soy incapaz de lavarme o vestirme.

En la gráfica 27 se observa que la mayoría de los pacientes entre 33 y 44 años no tienen problemas con el cuidado personal, en los de 61 años se presentan dificultades sobre todo

para vestirse y el aseo, sin embargo, los pacientes incapacitados en los aspectos del cuidado personal son los de edades entre 39 y 56 años, lo que se traduce en que no existe una relación estadísticamente significativa y directa en relación a la edad y el cuidado personal.

4.2.16 Edad vs Actividades cotidianas

Gráfico 28 Relación Edad vs actividades cotidianas



Fuente: Registro Nacional de Tumores de Solca
Elaborado por: S. Núñez y C. Ramadán

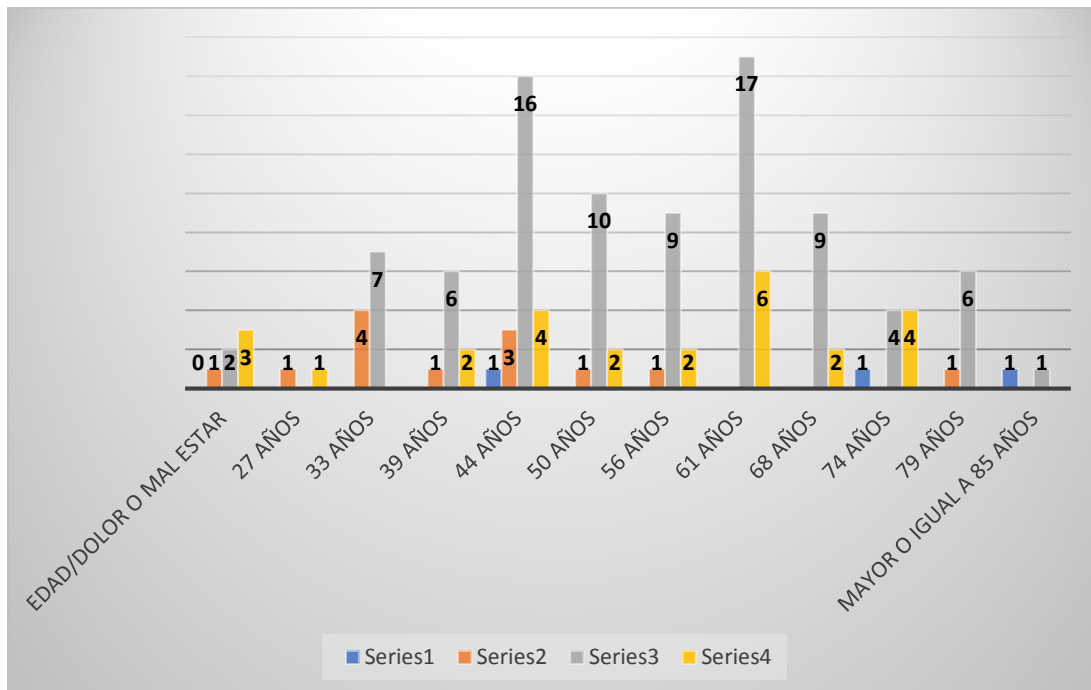
Leyenda:

- 1= no tengo problemas para realizar mis actividades cotidianas
- 2= tengo algunos problemas para realizar mis actividades cotidianas
- 3= soy incapaz de realizar mis actividades cotidianas

En la gráfica 28 se observa un comportamiento similar a la variable del cuidado personal, la mayoría de los pacientes entre 44 y 50 años no tienen problemas para realizar las actividades cotidianas, en los de 61 años se presentan dificultades y los pacientes incapacitados son los de edades entre 39 y 56 años, lo que se traduce en que no existe una relación estadísticamente significativa y directa en relación a la edad y las actividades cotidianas.

4.2. 17 Edad vs dolor

Gráfico 29 Relación Edad vs dolor



Fuente: Registro Nacional de Tumores de Solca
Elaborado por: S. Núñez y C. Ramadán

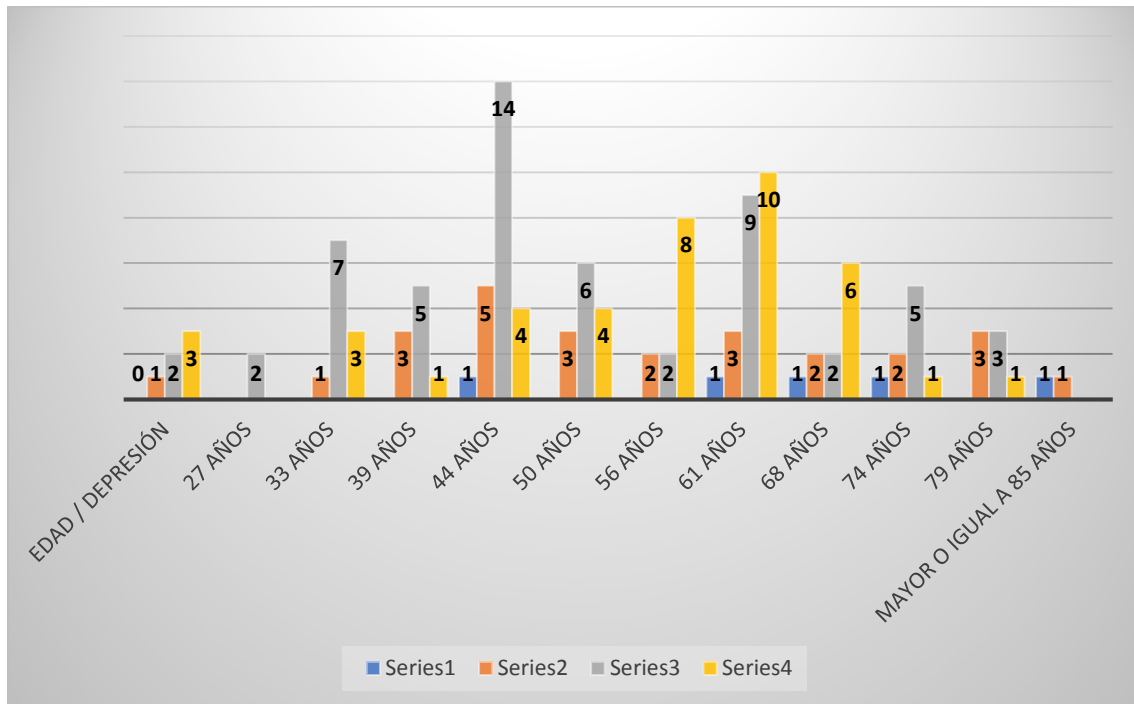
Leyenda:

- 1= no tengo dolor o malestar
- 2= tengo moderado dolor o malestar
- 3= tengo mucho dolor o malestar

El gráfico 29 evidencia que prevalece el dolor moderado y este está relacionado con las edades de las pacientes entre 44 y 61 años de edad.

4.2. 18 Edad vs ansiedad o depresión

Gráfico 30 Relación Edad vs ansiedad y depresión



Fuente: Registro Nacional de Tumores de Solca
Elaborado por: S. Núñez y C. Ramadán

Leyenda:

- 1= no estoy ansioso ni deprimido
- 2= estoy moderadamente ansioso o deprimido
- 3= estoy muy ansioso o deprimido

Como se muestra en el gráfico 30 prevalecen los pacientes moderadamente ansiosos y deprimidos y estos se enmarcan en las edades de 44 a 61 años, lo que pudiera estar relacionado con los pacientes que presentan dolor moderado y según el estudio de variables coincide con estos rangos de edades.

4.3. Razón de Prevalencia u OR.

Etapa de la enfermedad / Estadio	II	III	Total general
Paliativa	10	4	14
Sin actividad tumoral	61	48	109
Total general	71	52	123

Fuente: Registro Nacional de Tumores de Solca
Elaborado por: S. Núñez y C. Ramadan

OR = 1.97

La razón entre los estadios II y III es 1,97 veces mayor en pacientes que están en etapa paliativa en comparación a pacientes que se encuentran sin actividad tumoral. Esta asociación es estadísticamente significativa. Lo que nos indica que existe una prevalencia de pacientes sin actividad tumoral.

Intervalo de confianza para la edad (años)

media	55.34
desviación estándar	14.03

Intervalo de confianza: (52.86; 57.81)

Significa que, con una probabilidad del 95%, la media de la edad de las pacientes se encuentra entre $52.86 \approx 53$ años y $57.81 \approx 58$ años. Estos resultados corroboran los datos presentados en los cruces de variables en los que existe un predominio de pacientes con edades entre 44 y 56 años.

4.4. Discusión de los resultados

Una de las neoplasias malignas más frecuente en la mujer es el cáncer de mama, a nivel mundial es considerado el tipo de cáncer más prevalente y en Ecuador ocupa la tercera causa de muerte por cáncer en las mujeres (ASCO, 2017). Entre las opciones terapéuticas que existen en la actualidad se encuentra la cirugía mamaria, esta tiene un papel primordial en el control local de la enfermedad, sin embargo, estos procedimientos no están libres de complicaciones. Es por ello que los resultados que se reportan de estudios relacionados con el tema, tal como es la presente investigación tendrán una utilidad sustancial e inmediata en el manejo de las pacientes afectadas por este cáncer.

La presentación de los resultados de esta investigación establece uno de los primeros intentos en el Hospital de la Sociedad de lucha contra el cáncer (SOLCA) en Quito para aportar aspectos relacionados a la calidad de vida en los en pacientes con diagnóstico de cáncer de mama en estadio II y III sometidas a mastectomía radical.

A pesar de los valiosos resultados encontrados en el estudio se hace necesario resaltar las limitaciones que se presentaron, una de ellas es derivada del sesgo de la selección para la muestra ya que la participación es totalmente voluntaria y por tanto el grado de interés o

motivación que tienen los pacientes puede diferir entre ellos. También por tratarse de un estudio unicéntrico, es decir realizado únicamente en el Hospital de la Sociedad de lucha contra el cáncer (SOLCA) en Quito durante un periodo determinado, la población de estudio es limitada, por lo que para una aplicabilidad futura sería conveniente un estudio multicéntrico para poder comparar y generalizar los resultados con el objetivo de mejorar el conocimiento de la calidad de vida de las mujeres con cáncer de seno sometidas a mastectomía radical.

Se ha reportado en varios estudios que la calidad de vida de las mujeres con cáncer de mama mastectomizadas se ve afectada por un conjunto de factores sociodemográficos, psicológicos, clínicos, físicos que influyen en la gravedad, complicaciones y evolución de la enfermedad (Aguirre-Loaiza, Núñez, & Navarro, 2017) (Araya Aburto & Yáñez Yáñez, 2006).

Este estudio pone de manifiesto que los problemas relacionados a la calidad de vida más comúnmente identificados se engloban en el ámbito físico y psicológico, afectándose las dimensiones relacionadas con la funcionalidad emocional, la ansiedad, la depresión, estos resultados se encuentran en concordancia con los reportados por Rey, Pita, Cerejio et al 2017 en el que la función física, la imagen corporal, la ansiedad y el insomnio caracterizó al 48% de la población estudiada (Rey- Villar, Pita-Fernández, Cerejio Garea, & al, 2017).

Según la literatura, casi un 50% de los pacientes con cáncer sufren desórdenes psiquiátricos. La ansiedad y la depresión son, generalmente, considerados como la comorbilidad psicopatológica más importante. En el cáncer de mama, más de un tercio de las pacientes podrían experimentar desórdenes psicopatológicos. La morbilidad psicológica se ve influenciada por múltiples antecedentes y factores concomitantes los cuales afectan a la función psíquica y la calidad de vida (Knobf, 2011).

Con respecto a las características sociodemográficas, la población estudiada enmarca a las mujeres con diagnóstico de cáncer de mama en estadio II y III sometidas a mastectomía radical con prevalencia en cuanto a edades entre 58 y 64 años, casadas en su mayoría, con estudios de nivel secundario, empleadas y con una situación económica regular.

En relación a la edad de la mujer sometida a mastectomía radical y la variable calidad de vida, se muestra que es más tolerada este tipo de cirugía y la no importancia a una imagen corporal en mujeres mayores de 70 años, resultados reportados por (Cohen, 2000), estos guardan relación con los obtenidos en el presente estudio en el que las mujeres de 44 años a 58 muestran las principales inconformidades físicas y psicológicas, mientras que las mujeres mayores de 74 años evidencian porcentajes bajos.

Es conocido que el cáncer de mama tiene un origen multifactorial como reporta la literatura (OMS, 2018), a través de la relación de variables los resultados obtenidos muestran que la edad, el estado socioeconómico, el nivel de estudio, los factores ambientales son factores de riesgos asociados a la enfermedad en estadios avanzados y se relacionan con la calidad de vida de las pacientes con cáncer de mama sometidas a mastectomía radical.

En cuanto a movilidad y cuidado personal el 58% de las pacientes no presentan problemas, sin embargo, el resto presenta dificultades, situación que se presenta de forma inversa en la variable actividades cotidianas en la que el 66% no realiza sus actividades y presenta dificultades, lo que se traduce en incapacidades por parte de los pacientes afectando su calidad de vida desde el punto de vista físico.

En relación al dolor la mayoría de los pacientes presentan dolor moderado y excesivo acompañado de ansiedad y depresión, solo una minoría refirió no tener dolor ni ansiedad, lo que se traduce en daño psicológico afectando la calidad de vida de las pacientes.

Los estadios que prevalecen en el estudio son los IIA y IIIA, siendo el primero el que guarda relación con las pacientes que refieren dolor y ansiedad moderada, resultados reportados por Aguirre y colaboradores en el 2017 arrojaron que el estadio IV es el que se relaciona con las dimensiones de funcionamiento social y físico del dolor.

En relación al cruce de variables se evidencia que en los estadios IIA y IIIA y IIB predominan una situación económica baja, el estadio IIA se relaciona con la variable moderadamente ansioso y con el dolor moderado respectivamente, sin embargo, no existe relación significativa entre el estadio IIA y IIB y las actividades cotidianas y cuidado personal, criterios que muestran que no hay relación entre la calidad de vida del paciente

y el estadio de la enfermedad. Estudio similar fue el encontrado por Aguirre y col. (2017), en el que la calidad de vida no difiere según los estadios oncológicos, pero coincide con los puntajes bajos en cuanto a dolor, aspectos emocionales, físico en los que muestran una percepción baja en la calidad de vida de las pacientes.

En relación a la edad y la variable sin actividad tumoral prevalecen las edades entre 44 y 61 años, la situación económica regular predomina en este rango de edades y en cuanto a movilidad, ansiedad y capacidad para realizar las actividades cotidianas se corresponde con las edades de 44 años para realizar dichas actividades y con 61 se presenta incapacidad, lo que muestra relación directa y significativa entre dichas variables, en la que a medida que aumenta la edad aumentan las dificultades en realizar las mencionadas actividades.

El estudio del cáncer de mama por años sólo se ha enfocado en el tratamiento, olvidando el aspecto psicológico de la enfermedad, motivo por el cual se ha tratado de integrar éste en el estudio de la calidad de vida relacionada con la salud, donde se analiza tanto el enfoque clínico postratamiento como las repercusiones físicas y los cambios relacionados con el comportamiento y estado de ánimo, lo que permite destacar el estado funcional de la paciente que refleje su salud física, mental y social y permitan los resultados obtenidos el abordaje y seguimiento de las pacientes, no sólo en el tratamiento oncológico sino en los aspectos psicológicos y sociales.

En resumen, se hace importante evaluar en los hospitales y centros de salud la calidad de vida como proceso de rutina en los servicios de salud, teniendo en cuenta que aporta información importante y valiosa para poder conocer la percepción que tienen las pacientes sometidas a estas intervenciones como la radical de mama que afectan a la evolución de la enfermedad, por tanto, esto permitirá trazar estrategias de intervención y la monitorización de estos pacientes que en la mayoría de los casos sufren complicaciones y recaídas.

Capítulo V

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

CONCLUSIONES

- En relación a la edad existe una mayor distribución y predominio de la enfermedad en el grupo etario de 24 a 61 años de edad.
- La población estudiada enmarca a las mujeres con diagnóstico de cáncer de mama en estadio II y III sometidas a mastectomía radical con prevalencia en cuanto a edades entre 58 y 64 años, casadas en su mayoría, con estudios de nivel secundario, empleadas y con una situación económica regular.
- La etapa de la enfermedad que predomina es sin actividad tumoral y tiempo de evolución de 3 años y más, lo que se observa mejoría en el tratamiento.
- En cuanto a movilidad y cuidado personal el 58% de las pacientes no presentan problemas, sin embargo, el resto presenta dificultades, situación que se presenta de forma inversa en la variable actividades cotidianas en la que el 66% no realiza sus actividades y presenta dificultades, lo que se traduce en incapacidades por parte de los pacientes afectando su calidad de vida desde el punto de vista físico.
- En relación al dolor la mayoría de los pacientes presentan dolor moderado y excesivo acompañado de ansiedad y depresión, solo una minoría refirió no tener dolor ni ansiedad, lo que se traduce en daño psicológico afectando la calidad de vida de las pacientes.
- El estadio del cáncer que tiene mayor incidencia es el IIA y IIIA con el tipo de cáncer C504 y C509, el estadio IIIC es el de menor cuantía.
- En relación a las variables se evidencia que en los estadios IIA y IIIA y IIB predominan una situación económica baja, el estadio IIA se relaciona con la variable moderadamente ansioso y con el dolor moderado respectivamente, sin embargo, no existe relación significativa entre el estadio IIA y IIB y las actividades cotidianas y cuidado personal.
- En relación a la edad y la variable sin actividad tumoral prevalecen las edades entre 44 y 61 años, la situación económica regular predomina en este rango de

edades y en cuanto a movilidad, ansiedad y capacidad para realizar las actividades cotidianas se corresponde con las edades de 44 años para realizar dichas actividades y con 61 se presenta incapacidad, lo que muestra relación directa y significativa entre dichas variables, en la que a medida que aumenta la edad aumentan las dificultades en realizar las mencionadas actividades.

- Se concluye que la mayoría de las pacientes presentan afectación psicológica que influye en la calidad de vida de dichos pacientes, por tanto, existe una relación entre los pacientes afectados con manifestaciones de ansiedad y depresión y el grado del cáncer. Prevalcen los pacientes afectados psicológicamente en el estadio II de la enfermedad, sin embargo, la cifra no difiere mucho en los pacientes afectados psicológicamente y el grado III de la enfermedad, siendo esta etapa más agresiva y grave en los pacientes con cáncer de mama.
- La calidad de vida de las mujeres con cáncer de mama sometidas a mastectomía radical tratadas en el Hospital de la Sociedad de Lucha Contra el Cáncer (SOLCA) núcleo Quito durante enero de 2014 diciembre de 2016, se ve afectada tanto por secuelas de tipo físico como de tipo psicológico.
- Las secuelas físicas están relacionadas con las incapacidades para moverse por sí solas y realizar las actividades cotidianas, los aspectos psicológicos abarca la ansiedad, la depresión dado por el dolor moderado y excesivo que presentan las pacientes.
- En resumen, son los factores sociodemográficos, clínicos y psicológicos los que condicionan la calidad de vida de las mujeres con cáncer de mama sometidas a mastectomía radical tratadas en el Hospital de la Sociedad de Lucha Contra el Cáncer (SOLCA) núcleo Quito durante enero de 2014 diciembre de 2016.

RECOMENDACIONES

- Realizar este estudio, en años posteriores, ya que, debido a las campañas de prevención, se encontrará mayor casuística de pacientes con cáncer de mama en estadio temprano.
- Se recomienda evaluar la satisfacción del paciente en relación al tratamiento y su relación con los estadios de la enfermedad.
- Aplicar instrumentos para medir la percepción que tienen las pacientes en relación a la calidad de vida.
- Se recomienda reforzar los cuidados, el apoyo y la información en dimensiones psicológica como la emocional debido a que la depresión y la ansiedad caracteriza a la mayoría de las mujeres con cáncer de mama sometidas a mastectomía radical.
- Se recomienda dar seguimiento y hacer estudios posteriores en las pacientes evaluadas ya que la literatura mundial refiere que la calidad de vida se eleva un año después de terminar el tratamiento.
- Consideramos importante que las investigaciones futuras tomen las limitaciones del presente estudio, a fin de optimizar la calidad metodológica y obtener resultados que pueden generalizarse.
- Resulta relevante la profundización del tema investigado a fin de contribuir al desarrollo científico con el objetivo primordial de favorecer conductas de protección y mejoramiento de la calidad de vida en las pacientes con cáncer de mama.
- Promover la creación de grupos de apoyo con acompañamiento psicológico y familiar con el fin de que las mujeres puedan expresar de manera adecuada sus

sentimientos y compartan experiencias posteriores al proceso y de esta forma garantizar un mejor afrontamiento de la situación generadora de estrés.

BIBLIOGRAFÍA

- Casso, D., & Cols. (18 de may. de 2004). Calidad de vida de los sobrevivientes de cáncer de mama de 5-10 años diagnosticados entre los 40 y 49 años de edad. *Health Qual Life Outcomes*, 2(25). Recuperado el 14 de ene. de 2018, de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC437638/>
- del Val Gil, J. M., López Bañeres, M. F., & Rebo, F. J. (2011). Cáncer de mama y mastectomía. Estado actual. *Cirugía especializada*, 69, 56-64. Recuperado el 9 de julio de 2018, de <file:///K:/Datos%20recuperados/caap/cristina/ARTICULOS/ARTI%20CALIDAD%20DE%20VIDA%20Y%20CANCER.pdf>
- Pérez Acosta, R. D., & Pozo Medina, J. F. (2015). *IDEACION SUICIDA EN MUJERES CON CANCER DE MAMA SOMETIDAS Y NO SOMETIDAS A MASTECTOMÍA EN EL SERVICIO DE ONCOLOGIA DEL HOSPITAL DE "ESPECIALIDADES EUGENIO ESPEJO" 2012-2013. Universidad Católica de Ecuador. 2015. Tesis de pregrado*. Recuperado el 15 de ene. de 2018, de <http://repositorio.puce.edu.ec/bitstream/handle/22000/11966/Tesis%20Ideacion%20Suicida%20y%20Cancer%20de%20mama.pdf?sequence=4>
- Robles-Espinoza, A., Rubio-Jurado, B., De la Rosa-Galván, E., & Nava-Zavala, H. (Septiembre-Diciembre de 2016). *Generalidades y conceptos de calidad de vida en relación con los cuidados de salud*. Recuperado el 9 de julio de 2018, de El Residente. Vol 1, No.3 : <http://www.medigraphic.com/pdfs/residente/rr-2016/rr163d.pdf>
- Soto-Cáceres, R., & Soto-Cáceres, V. (2013). Nivel de percepción de calidad de vida en las pacientes con y sin intervención quirúrgica radical de cáncer de mama. Hospital Nacional Almanzor Aguinaga. Chiclayo. *Rev. cuerpo méd. HNAAA*, 6.
- Urzúa, A., & Caqueo-Urizar, A. (2012). Calidad de vida: Una revisión teórica del concepto. *Terapia Psicológica*, 3(1), 61-71. Recuperado el 9 de julio de 2018, de <file:///K:/Datos%20recuperados/caap/cristina/ARTICULOS/calida%20de%20vida.pdf>
- ACS. (2016). *American Cancer Society. Cancer Facts and Figures. 2016*. Recuperado el 14 de Ene. de 2018, de <https://www.cancer.org/content/dam/cancer-org/research/cancer->

facts-and-statistics/annual-cancer-facts-and-figures/2016/cancer-facts-and-figures-2016.pdf

- AECC. (2016). Recuperado el 13 de ene. de 2018, de Asociación Española Contra el Cancer. Datos Cáncer de mama: <https://www.aecc.es/SobreElCancer/CancerPorLocalizacion/CancerMama/Documents/Datos-mama2017.pdf>
- AECC. (2017). Recuperado el 14 de ene. de 2018, de Asociación Española Contra el Cancer, Cáncer de mama : <https://www.aecc.es/SobreElCancer/CancerPorLocalizacion/CancerMama/Paginas/cancerdemama.aspx>
- Aguilar Cordero , M. J., & Cols. (2012). *Factores de riesgo en el desarrollo de cáncer de mama, Estado de México*. doi:doi: 10.3305 / nh.2012.27.5.5997
- Aguilar Cordero, M. J., & Cols. (2013). Influencia del contexto social en la percepción de la imagen corporal de las mujeres intervenidas de cáncer de mama. *Nutr Hosp.*, 28(5), 1453-1457. Recuperado el 12 de ene. de 2018, de <http://www.redalyc.org/html/3092/309230208012/>
- Aguirre-Loaiza, H., Núñez, C., & Navarro, A. (Junio-Julio de 2017). Calidad de vida según el estadio del cáncer de seno en mujeres: análisis desde el fact-b y sf-361. *Psicología*, 11(1), 109-120. Recuperado el 9 de julio de 2018, de <file:///K:/Datos%20recuperados/caap/cristina/ARTICULOS/CALIDAD%20DE%20VIDA%20SEGUN%20ESTADIO.pdf>
- Altrudi, R. (octubre de 2015). *Cáncer de mama. Medicina General*. Recuperado el 9 de julio de 2018, de <https://www.intramed.net/contenidover.asp?contenidoID=82003>
- Alvarez H, E. (2013). *Estudio comparativo de pacientes con cáncer de mama, sometidas a mastectomía radical modificada versus manejo quirúrgico basado en la técnica de ganglio centinela, en el hospital Edgardo Rebagliati Martins, período 2007-2012*". Tesis para médico cirujano, Universidad de Ricardo Palma, Facultad de medicina Humana, Perú.
- American Cancer Society. (2017). *Cirugía de ganglios linfáticos en el cáncer de seno*. <https://www.cancer.org/es/cancer/cancer-de-seno/tratamiento/cirugia-del-cancer-de-seno/cirugia-de-ganglios-linfaticos-para-el-cancer-de-seno.html>: Last Medical Review.
- Araya Aburto, P. A., & Yáñez Yáñez , A. L. (2006). *EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DE VIDA DE PACIENTES MASTECTOMIZADAS, TRATADAS EN EL INSTITUTO NACIONAL DEL CÁNCER ENTRE LOS AÑOS 2003 Y 2005*. *universidad de Chile*. Recuperado el 12 de ene de 2018, de http://www.tesis.uchile.cl/tesis/uchile/2006/araya_p/sources/araya_p.pdf

- Ardañaz, E. (Enero-febrero de 2011). Cáncer de mama: Epidemiología y factores de riesgo. *REvista de Oncología*. ISSN: 2253-9034, <https://www.zonahospitalaria.com/cancer-de-mama-epidemiologia-y-factores-de-riesgo/>.
- ASCO. (abril de 2017). Cáncer de mama: Estadios. *Asociación Americana de Oncología Clínica*, <https://www.cancer.net/es/tipos-de-cancer/cancer-de-mama/estadios>.
- ASCO. (abril de 2017). *Cáncer de mama: Estadísticas*. Obtenido de Sociedad Americana de Clínica Oncológico: <https://www.cancer.net/es/tipos-de-cancer/cancer-de-mama/estadisticas>
- Asociación Americana de Cáncer . (2018). *Biopsia del seno*. Obtenido de <https://www.cancer.org/es/cancer/cancer-de-seno/pruebas-de-deteccion-y-deteccion-temprana-del-cancer-de-seno/biopsia-del-seno.html>
- Asociación Española contra el cáncer. (2016). *Cáncer de mama*. Obtenido de <https://www.aecc.es/es/todo-sobre-cancer/tipos-cancer/cancer-mama/que-es-cancer-mama>
- Asociación Española contra el cáncer. (2017). *¿Qué es el cáncer?* Obtenido de <https://www.aecc.es/es/todo-sobre-cancer/que-es-cancer>
- Breastcancer.org . (diciembre de 2016). *La hormonoterapia para tratar el cáncer de mama metastásico o recurrente*. Recuperado el 13 de agosto de 2018, de https://www.breastcancer.org/es/sintomas/tipos/recur_metast/trata_metast/opciones/hormonal
- breastcancer.org/es. (diciembre de 2015). *Estadios del cáncer de mama*. Recuperado el 9 de julio de 2018, de <https://www.breastcancer.org/es/sintomas/diagnostico/estadios>
- Brito Sosa, G., & Pérez Braojos, I. (abr.-jun de 2014). Cirugía conservadora en el cáncer de mama. *Rev Cubana Cir*, 23(2), http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-74932014000200011.
- Burckhardt, C., & Jones, K. (2005). Efectos del dolor crónico generalizado sobre el estado de salud y la calidad de vida de las mujeres después de la cirugía de cáncer de mama. *Resultado de salud y calidad de vida*, 3(30). Recuperado el 14 de ene. de 2018, de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15860132>
- Cancela-Ramos, M. A., Contreras-Hernández, J. M., Phinder-Puente, M., & al, e. (enero-junio de 2016). Nivel de conocimiento sobre autoexploración mamaria en mujeres de 20 a 59 años de edad. *Rev Med Inv*, 4(1), <http://www.elsevier.es/es-revista-revista-medicina-e-investigacion-353-articulo-nivel-conocimiento-sobre-autoexploracion-mamaria-S221431061600008X>.
- Casadevall, I., Villavicencio, P., Castillo, I., & et al. (abr.-jun de 2008). Cirugía conservadora y mastectomía radical modificada en el cáncer de mama de etapas I y II. *Rev Cubana Cir v.47 n.2 Ciudad de la Habana. versión On-line ISSN 1561-2945*. Recuperado el 9 de julio

de 2018, de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-74932008000200004

- CDC. (2018). *¿Cómo se trata el cáncer de mama?. Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades.*
https://www.cdc.gov/spanish/cancer/breast/basic_info/treatment.htm.
- Cherro, A., & Cimerman, J. (2010). *Manejo del Dolor por Cáncer. Guía práctica clínica.* Sociedad Argentina de Medicina.
- Clarett, M. (2012). *Escalas de evaluación de dolor y protocolo de analgesia.* Instituto Argentino de Diagnóstico y Tratamiento.
- Coello Gomezjurado, M. (2016). *Imagen corporal en mujeres con Cáncer de Mama. sometidas a mastectomía o cuadrantomía, según diferentes distorsiones cognitivas. Universidad del Azuay, 2016. Tesis de pregrado.* Recuperado el 15 de ene. de 2018, de <http://dspace.uazuay.edu.ec/bitstream/datos/5269/1/11649.pdf>
- Cohen, L. y. (2000). Los efectos del tipo de cirugía y el tiempo en el ajuste psicológico en las mujeres después del tratamiento del cáncer de mama. *Ann Surg Oncol.*, 427-34. Recuperado el 12 de ene. de 2018, de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10894138?dopt=Abstract>
- Díaz Vásquez , C. F., & Pacherras Ochoa, C. E. (2016). *CALIDAD DE VIDA EN MUJERES CON MASTECTOMÍA, DEL SERVICIO DE CIRUGÍA DEL HOSPITAL REGIONAL DOCENTE LAS MERCEDES CHICLAYO 2016. Universidad Señor de Sipán, 2016. Tesis de grado.* Pimentel, Perú. Recuperado el 13 de ene de 2018, de <http://repositorio.uss.edu.pe/bitstream/uss/2998/1/TESIS%20PACHERRES%20OCHOA.pdf>
- Donoso S, E., & Cuello F, M. (2016). MORTALIDAD POR CÁNCER EN LA MUJER CHILENA. ANÁLISIS COMPARATIVO ENTRE LOS AÑOS 1997 y 2003. *Rev. chil. obstet. ginecol*, 71(1). doi:<http://dx.doi.org/10.4067/S0717-75262006000100003>
- Dornelles Prolla, C. M., Santos da Silva, P., Oliveira Netto, C., & et al. (enero-febrero de 2015). Conocimiento del cáncer de mama y cáncer de mama hereditario en el. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, 23(1), 90-7. Recuperado el 9 de julio de 2018, de http://www.scielo.br/pdf/rlae/v23n1/es_0104-1169-rlae-23-01-00090.pdf
- Feinstein, A. R. (ago de 1994). A critical appraisal of the quality of quality of life measurement. *JAMA*, 24(31), 619-26. Recuperado el 28 de ene. de 2018, de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/7726894>
- Herdaman, M., Badia, X., & Berra, S. (2001). El EuroQol-5D: una alternativa sencilla para la medición de la calidad de vida relacionada con la salud en atención primaria. *Aten Primaria*, 28(6), 425-30. Recuperado el 27 de ene de 2018, de <http://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-articulo-el-euroqol-5d-una-alternativa-sencilla-13020211>

- Herdman, M., Badia, X., & Berra, S. (2001). El EuroQol-5D: una alternativa para la calidad de la vida con la salud en la primaria. *Atención Primaria*, 28(6), 425-429.
doi:[https://doi.org/10.1016/S0212-6567\(01\)70406-4](https://doi.org/10.1016/S0212-6567(01)70406-4)
- Imigo G, F., Mansilla S, E., Delama G, I., & al, e. (2011). Clasificación molecular del cáncer de mama. *Cuad. Cir. ISSN 0718-2864 versión on-line*, 25(1-10), 67-74.
- INEC. (octubre de 2017). *El cáncer de mama en Ecuador*. Obtenido de <http://www.ecuadorencifras.gob.ec/el-cancer-de-mama-en-ecuador/>
- INEGI. (2017). Recuperado el 14 de ene. de 2018, de Instituto Nacional de Estadística y Geografía. ESTADÍSTICAS A PROPÓSITO DEL DÍA MUNDIAL DE LA LUCHA CONTRA EL CÁNCER DE MAMA:
http://www.inegi.org.mx/saladeprensa/aproposito/2016/mama2016_0.pdf
- Instituto Nacional de Cáncer . (marzo de 2018). *Estadísticas del cáncer*. Obtenido de <https://www.cancer.gov/espanol/cancer/naturaleza/estadisticas>
- Jagsi , R., Jiang , J., Momoh , A. O., Alderman, A., & Giordano , S. (2016). Complicaciones después de mastectomía y reconstrucción mamaria inmediata para el cáncer de mama. *Intramet. Medicina General* , 263(2), 219-227. Recuperado el 9 de julio de 2018, de <http://www.intramed.net/contenidover.asp?contenidoID=88677>
- Knobf, M. T. (2011). Clinical update: psychosocial responses in breast cancer survivors. *Semin Oncol Nurs*. doi: 10.1016/j.soncn.2011.05.00, 27(3), 1-14.
- Lara, M. C., & Olmedo Z, A. (ene./feb de 2011). Detección temprana y diagnóstico del cáncer mamario. *Rev. Fac. Med. ISSN 2448-4865*, 51(1). Recuperado el 9 de julio de 2018, de http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0026-17422011000100002
- León, A., Droppelmann, N., Rencoret, C., & et al . (enero de 2010). Manejo Quirúrgico del Cáncer de Mama en Etapas I, II y IIIa: Aspectos Generales y. *Medwave. Año X, No. 1*. Recuperado el 9 de julio de 2018, de http://www.mastologia.cl/sitio/documentos/consenso2009/8cx_ca_tmprn.pdf
- Losada, J., Fernández, V., & Iturriaga, J. M. (julio de 2018). Cirugía del cáncer de mama. *Servicio de Cirugía General y del Aparato Digestivo. Hospital de Cruces*. Recuperado el 9 de julio de 2018, de file:///C:/Users/Omiza/Downloads/S0304485800743332_S300_es.pdf
- Maffuz-Aziz, A., Labastida, S., & Espejo, A. (May–June de 2017). Características clinicopatológicas del cáncer de mama en una población de mujeres en México. 85(3), 201-20.
- Medina , J., Angeles , W., Delgado , J. A., & et al . (2015). Calidad de vida de las pacientes con cáncer de mama: cirugía radical versus cirugía conservadora. *Cirujano General* , 37(1-2), 15-24 . Recuperado el 9 de julio de 2018, de file:///K:/Datos%20recuperados/caap/cristina/ARTICULOS/CALIDA%20DE%20VIDA%20EN%20CANCER%20DE%20MAMA.pdf

- Monserate C, J. O., Maggi Garcés, B., & Monserate G, J. (2016). Prevalencia y medidas preventivas en cáncer de mama en la provincia de Santa Elena periodo 2000 – 2006. *Revista de Ciencias Pedagógicas e Innovación*, <https://www.upse.edu.ec/rcpi/index.php/revistaupse/article/viewFile/183/169>.
- MSP. (2012). Recuperado el 13 de ene. de 2018, de Ministerio de Salud Pública. El Ministerio de Salud comprometido en la lucha contra el cáncer de mama,: <http://www.salud.gob.ec/el-ministerio-de-salud-comprometido-en-la-lucha-contr-el-cancer-de-mama/>
- MSP. (2017). *Tratamiento del dolor oncológico en adultos. Guía de Práctica Clínica*. Ministerio de Salud Pública del Ecuador .
- MSP. (2018). *Cáncer de mama. prevención*. Ministerio de Salud Pública del Ecuador . Obtenido de <https://www.salud.gob.ec/cancer-de-mama/>
- Neumayer, L., & Viscusi, R. K. (2018). *Evaluación y designación de la etapa de cáncer de mama*. En: Bland KI, Copeland EM, Klimberg VS, Gradishar WJ, eds. *La mama: manejo integral de enfermedades benignas y malignas*. . 5th ed. Philadelphia, PA: Elsevier; cap 37.
- OMS. (2013). Recuperado el 13 de ene. de 2018, de Organización Mundial de la Salud. ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD, EL CÁNCER DE MAMA: PREVENCIÓN Y CONTROL: <http://www.who.int/topics/cancer/breastcancer/es/index2.html>.
- OMS. (2014). *Calidad de Vida. Organización Mundial de la Salud*. Obtenido de <http://www.who.int/es/>: <http://www.who.int/es/>
- OMS. (2017). Recuperado el 14 de ene. de 2018, de Organización Mundial de la Salud. Estadísticas del Cáncer: www.who.int/topics/cancer/breastcancer/es/index1.html
- OMS. (2017). *Cáncer de mama: prevención y control*. Recuperado el 11 de ene. de 2018, de <http://www.who.int/topics/cancer/breastcancer/es/index1.html>
- OMS. (2018). *Cáncer de mama: prevención y control*. Obtenido de <http://www.who.int/topics/cancer/breastcancer/es/>
- OMS. (febrero de 2018). *Cáncer y calidad de vida*. Recuperado el 9 de julio de 2018, de <http://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/cancer>
- OMS/OPS. (2017). Recuperado el 14 de ene. de 2018, de Organización Mundial de la Salud. Cáncer de mama: Hojas informativas para los profesionales de salud: http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=11242%3Abreast-cancer-summaries-health-professionals&catid=1872%3Acancer&Itemid=41581&lang=es
- Ossa Gómez, C. A., Gómez Wolff, L. A., Ascuntar Tello, J., & García García, H. I. (septiembre de 2015). Supervivencia global y libre de enfermedad según subtipo molecular intrínseco en una cohorte de 2.200 pacientes con cáncer de mama. Experiencia de un Centro Colombiano. *Rev.Medica.Sanitas* , 18(3). Recuperado el 17 de agosto de 2018, de

[https://www.researchgate.net/publication/282385443_SUPERVIVENCIA_GLOBAL_Y_LI
BRE_DE_ENFERMEDAD_SEGUN_SUBTIPO_MOLECULAR_INTRINSECO_EN_UNA_COHO
RTE_DE_2200_PACIENTES_CON_CANCER_DE_MAMA_EXPERIENCIA_DE_UN_CENTRO_
COLOMBIANO](https://www.researchgate.net/publication/282385443_SUPERVIVENCIA_GLOBAL_Y_LI
BRE_DE_ENFERMEDAD_SEGUN_SUBTIPO_MOLECULAR_INTRINSECO_EN_UNA_COHO
RTE_DE_2200_PACIENTES_CON_CANCER_DE_MAMA_EXPERIENCIA_DE_UN_CENTRO_
COLOMBIANO)

Papponetti, M. (abril de 2005). Cáncer de mama: Terapias dirigidas a blancos moleculares.

IntraMed. Cáncer Control, 12(2), 73-85

<http://www.intramed.net/contenidover.asp?contenidoID=37044>.

Pérez S, V. M., Vela C, T., & Mora T, A. (2008). Diagnóstico Histopatológico y Factores

Pronóstico en Cáncer Infiltrante de Glándula Mamaria. *Cancerología*, 3, 7-17.

<http://incan->

[mexico.org/revistainvestiga/elementos/documentosPortada/1215565831.pdf](http://incan-mexico.org/revistainvestiga/elementos/documentosPortada/1215565831.pdf).

PubMed Health. (2015). *PubMed Health. Cáncer (neoplasia maligna)*. Recuperado el 13 de ene.

de 2018, de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmedhealth/PMHT0015630/>

Puebla-Díaz, F. (marzo de 2005). Tipos de dolor y escala terapéutica de la O.M.S. Dolor

iatrogénico. *Oncología (Barc.) versión impresa ISSN 0378-4835*, 28(3). Recuperado el

23 de julio de 2018, de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0378-

[48352005000300006](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0378-48352005000300006)

Registro nacional de tumores Solca. (ener. de 2013). CÁNCER DE SENO LA PRINCIPAL CAUSA DE

MUERTE DE LAS ECUATORIANAS. *CÁNCER DE SENO LA PRINCIPAL CAUSA DE MUERTE*

DE LAS ECUATORIANAS. Recuperado el 13 de ener de 2018, de

[http://www.telegrafo.com.ec/sociedad/item/cancer-de-seno-principal-causa-de-](http://www.telegrafo.com.ec/sociedad/item/cancer-de-seno-principal-causa-de)

[muerte-de-las-ecuatorianas.html](http://www.telegrafo.com.ec/sociedad/item/cancer-de-seno-principal-causa-de-muerte-de-las-ecuatorianas.html).

Reich, M. (mayo de 2011). calidad de vida relacionada con la salud en mujeres uruguayas con

cáncer de mama. *Cienc. Psicol*, 5.

Rendón, K. (octubre de 2017). *Factores de riesgos para el cáncer de mama*. Obtenido de

[http://espectaculos.televisa.com/tu-vida/tips/factores-de-riesgo-para-el-cancer-de-](http://espectaculos.televisa.com/tu-vida/tips/factores-de-riesgo-para-el-cancer-de)

[mama/](http://espectaculos.televisa.com/tu-vida/tips/factores-de-riesgo-para-el-cancer-de-mama/)

Revelles Paniza, L. (2015). *ACTUALIZACIÓN DEL TRATAMIENTO QUIRÚRGICO*. Recuperado el 12

de ene. de 2018, de

http://www.hvn.es/servicios_asistenciales/ginecologia_y_obstetricia/ficheros/activida

[d_docente_e_investigadora/clases_residentes/2015/clase2015_actualizacion_tto_quir](http://www.hvn.es/servicios_asistenciales/ginecologia_y_obstetricia/ficheros/actividad_docente_e_investigadora/clases_residentes/2015/clase2015_actualizacion_tto_quir)

[urgico_cancer_mama.pdf](http://www.hvn.es/servicios_asistenciales/ginecologia_y_obstetricia/ficheros/actividad_docente_e_investigadora/clases_residentes/2015/clase2015_actualizacion_tto_quirurgico_cancer_mama.pdf)

Rey- Villar, R., Pita-Fernández, S., Cerejio Garea, C., & al, e. (2017). Calidad de vida, ansiedad

antes y después del tratamiento en mujeres con cáncer de mama. *Rev. Latino-Am.*

Enfermagem;25:e2958.

Robles, S., & Galanis, E. (2012). El cáncer de mama en América latina y el Caribe. *Revista*

Panamericana de Salud Pública. ISBN 92 75 32384 4,

<https://www.scielosp.org/article/rpsp/2002.v12n2/141-143/>.

- Ruiz Carreño, P. (2015). *Estudio sobre la Calidad de Vida en Mujeres Supervivientes al Cáncer de Mama. Universidad de Murcia, 2015, Tesis de pregrado*. Recuperado el 13 de ene de 2018, de <https://digitum.um.es/xmlui/bitstream/10201/45520/1/TESIS%20COMPLETA-Paula.pdf>
- Sánchez - Pedraza , R. (2015). ¿Qué es calidad de vida para un paciente con cáncer? *Avances en Psicología Latinoamericana*. ISSN: 1794-4724 , 33(3). Recuperado el 8 de julio de 2018, de revistas.urosario.edu.co/index.php/apl/article/view/3215
- Sánchez P, R., Ballesteros , M., & Anzola, J. (2010). Concepto de calidad de vida en mujeres con cáncer. *Rev. salud pública*, 12 (6), 889-902. Recuperado el 9 de julio de 2018, de <http://www.scielo.org.co/pdf/rsap/v12n6/v12n6a02.pdf>
- Sánchez, R., Ballesteros , M., & Gómez , A. (2009). Medición de la calidad de vida en ensayos clínicos de pacientes con cáncer. Un estudio bibliométrico. *Rev Col Cancerología*, 13(1), 29-34.
- Sánchez-Ramírez, B., Herrerías-Canedo, T., Olaya-Guzmán, E., & Sequeira-Alvarado, K. (junio de 2012). Abordaje diagnóstico del cáncer de mama en el Instituto Nacional de Perinatología. *Perinatol. Reprod. Hum*. ISSN 0187-5337, 26(2). Recuperado el 9 de julio de 2018, de http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0187-53372012000200005
- Savin, M., & Cols. (2003). Microcalcificación y patología mamaria: diagnóstico diferencial y evaluación de riesgo oncogénico. *Clin Ter*, 255-7. Recuperado el 14 de ene. de 2018, de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/14618943>
- SEOM. (2015). *¿Qué es el cáncer y como se desarrolla?. Sociedad Española de Oncología Médica*. Obtenido de <https://www.seom.org/es/informacion-sobre-el-cancer/que-es-el-cancer-y-como-se-desarrolla?showall=1>
- Silverstein , M. J., & Cols. (1989). Lesiones mamarias no palpables: diagnóstico con mamografía de película de pantalla ligeramente sobrepenetrada y biopsia de gancho con alambre en 1.014 casos. *Radiología*, 633-8. Recuperado el 14 de ene. de 2018, de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/2717734>
- Singhal, H., Lai , L. M., Teh , W., Lewin, J. M., Coombs , B. D., & et al . (Apr de 2010). Breast, stereotactic core biopsy/fine needle aspiration. . *Updated* . Recuperado el 9 de julio de 2018, de <http://www.emedicine.com/radio/topic768.htm>
- Sociedad Americana del cáncer. (2017). *Tratamiento del cáncer de seno. ¿Qué tratamientos se utilizan para el cáncer de seno?* <https://www.cancer.org/es/cancer/cancer-de-seno/tratamiento.html>.
- Sociedad Americana del Cáncer. (2018). *Signos y síntomas del cáncer de seno*. Obtenido de <https://www.cancer.org/es/cancer/cancer-de-seno/acerca/signos-y-sintomas-del-cancer-de-seno.html>

- Torres-Roman, S., Arce-Huamani, M., Ruiz, E., & Mejía, C. (abril de 2017). Actitudes frente a la autoexploración de mama en dos facultades de ciencias de la salud de Ica, Perú: un estudio piloto. *Salud pública Méx*, 59(2), http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342017000200117.
- Uribe , A. (2009). Cáncer de mama. *Rev. Obstet. Ginecol.- Hosp. Santiago Oriente* , 4(3), 223-232. Recuperado el 15 de agosto de 2018, de <http://www.revistaobgin.cl/articulos/ver/547>
- Vallejos Sologuren, C., & Cols. (2010). Características pronósticas clinicopatológicas, de subtipo molecular y de supervivencia en pacientes con cáncer de mama premenopáusico por edad al momento del diagnóstico. *Journal of Clinical Oncology* , 28(Supl-15), 653-653. doi:DOI: 10.1200 / jco.2010.28.15_suppl.653
- Vázquez Albadalejo, C. (2016). Cirugía del cáncer de mama. Técnicas quirúrgicas de tratamiento y de reconstrucción, momento y tiempos de recuperación. *Med. segur. trab supl.extra Madrid. versión On-line ISSN 1989-7790*, 62. Recuperado el 9 de julio de 2018, de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0465-546X2016000400013
- Velarde-Jurado, E., & Avila-Figueroa, C. (2002). Evaluación de la calidad de vida. *Salud pública Méx*, 44(4). Recuperado el 28 de ene. de 2018

ANEXOS

ANEXO 1: GLOSARIO DE TÉRMINOS ONCOLÓGICOS

Antígeno Prostático Específico: La prueba del antígeno prostático específico se usa como marcador tumoral para ayudar a detectar el cáncer de la próstata, así como para supervisar los resultados del tratamiento.

Antimetabolitos: Fármacos (Sustancias, medicamentos) que impiden el crecimiento y reproducción celular. En el tratamiento del cáncer, estos medicamentos interrumpen la producción del ADN, lo que a su vez evita la división celular y el crecimiento de los tumores.

Biopsia: Procedimiento diagnóstico que consiste en la extracción de una muestra de tejido para examinarla al microscopio y determinar la presencia de células cancerosas.

Bomba de Cobalto: Aparato empleado para la administración de radioterapia externa que, mediante la radiación gamma emitida por el cobalto 60, permite un tratamiento localizado y en zonas profundas.

Cancerígeno: Que puede provocar cáncer.

Carcinoma Transicional: Tumor maligno que surge de las células que recubren la vejiga. Es el más común de los cánceres de vejiga.

Cuidados Paliativos: Atención específica, activa e integral que deben recibir los pacientes con una enfermedad avanzada, progresiva e incurable y sus familias, atendiendo a todas sus necesidades.

Estadio: Cada una de las fases.

Fibroma. Tumor Benigno: frecuente en la mama, compuesto por tejido fibroso o conectivo.

Linfoma: Conjunto de enfermedades cancerosas desarrolladas en el sistema linfático, que también forman parte del sistema inmunológico. A los linfomas también se les llama los tumores sólidos hematológicos para diferenciarlos de las leucemias.

Recurrencia: es el cáncer que reaparece después del tratamiento y puede describirse como local, regional o distante. Si el cáncer regresa, se realizará otra serie de pruebas para obtener información sobre el alcance de la recurrencia. Esas pruebas y exploraciones a menudo son similares a aquellas que se realizan al momento del diagnóstico original.

Progresión: El término progresión significa que el cáncer se propagó o empeoró. Si el cáncer crece, el estado del cáncer cambia y podría decirse que el cáncer ha progresado. La mayoría de los estudios clínicos definen un tumor como progresivo, cuando hay un crecimiento detectado en el tumor de 25%.

Coadyuvante: Es el tratamiento que se administra después de la cirugía, puede incluir radioterapia, quimioterapia, terapia dirigida o terapia hormonal.

Maligno. Dicho de una lesión o de una enfermedad, y especialmente de un tumor canceroso. Que evoluciona de modo desfavorable.

Neoadyuvante: Una estrategia de tratamiento en el cáncer de mama temprano, es decir en los primeros estadios, implica que antes de realizar una cirugía, se administre tratamiento con uno o varios fármacos. Este tratamiento previo a la cirugía ayudará a reducir el tamaño del tumor y facilitará su eliminación posterior en la cirugía.

Periodo libre de enfermedad: Cuando los pacientes no presentan signos de cáncer durante un período determinado de tiempo después del tratamiento. Esta estadística también recibe los siguientes nombres: supervivencia sin recidiva o supervivencia sin evolución.

Sobrevida libre de la enfermedad: La sobrevida libre de enfermedad es la tasa de pacientes vivos sin enfermedad; ésta refleja mucho mejor el éxito del tratamiento.

Sobrevida Global: La tasa global de sobrevida corresponde al número de pacientes vivos al término del período de observación, con enfermedad o sin ella.

Tratamiento completo: conjunto de medios (higiénicos, farmacológicos, quirúrgicos u otros) cuya finalidad es la libre de actividad tumoral o el alivio (paliación) de las enfermedades o síntomas, el cual incluye todas las etapas o estadios del cáncer.

Tratamiento parcial: Es la opción en el tratamiento oncológico que depende del tipo de cáncer, etapa, edad, estado general de salud y las necesidades personales, este se realiza de forma parcial (o solo tratamiento quirúrgico, quimioterapia, radiaciones o farmacológico).

Abandono de tratamiento: El abandono del tratamiento, también llamado no adherencia, abarca varias posibilidades, desde no tomar la medicación en su totalidad, la interrupción prematura, la toma irregular y la dosis no optima; retirarse de una terapia, entre otros factores.

ANEXO 2: CONSENTIMIENTO INFORMADO

Título del estudio

VALORACION DE LA CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES CON DIAGNOSTICO DE CANCER DE MAMA EN ESTADIO II Y III SOMETIDAS A MASTECTOMIA RADICAL TRATADAS EN EL HOSPITAL DE LA SOCIEDAD DE LUCHA CONTRA EL CANCER (SOLCA) NUCLEO QUITO DURANTE ENERO DE 2014 DICIEMBRE DE 2016

Investigadores:

Sylvia Núñez Arroba CI: 1803417862 Correo Electrónico: mdsylvia.nunez@gmail.com
Teléfono: 0982446948

Cristina Ramadán Cornejo CI: 1716173505 Correo Electrónico: ramadancristina86@gmail.com Teléfono: 0958872599

Médicas Residentes del Cuarto Año de postgrado de Ginecología y Obstetricia de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador

Nombre del participante:

A usted se le está invitando a participar en este estudio de investigación médica ya que presenta las características necesarias para estar en el mismo. Su participación es completamente voluntaria.

Lea toda la información que se le ofrece en este documento y siéntase con absoluta libertad para preguntar sobre cualquier aspecto que le ayude a aclarar sus dudas al respecto.

Una vez que haya comprendido el estudio y si usted desea participar, entonces se le pedirá que firme esta forma de consentimiento.

1. Justificación:

La investigación está enfocada en la detección mediante cuestionarios que se le entregará el mismo que valorara la calidad de vida que usted presenta posterior al diagnóstico de su patología y de la intervención quirúrgica a la que fue sometida.

2. Objetivos:

Esta investigación tiene como objetivo evaluar la calidad de vida de la población en estudio posterior al diagnóstico y tratamiento de su patología.

3. Beneficios del estudio:

Con este estudio se conocerá de manera clara si usted lleva un estilo de vida aceptable en contexto con su patología o si está siendo afectado en su desempeño diario personal, profesional y familiar.

4. Procedimiento:

En caso de aceptar participar en el estudio se le realizarán algunas preguntas sobre usted y se le entregará las encuestas correspondientes al presente estudio.

5. Riesgos asociados con el estudio:

Este estudio no presenta ningún tipo de riesgo físico ni económico para usted.

ANEXO 3: CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, _____ he leído y comprendido la información anterior y mis preguntas han sido respondidas de manera satisfactoria. He sido informado y entiendo que los datos obtenidos en el estudio pueden ser publicados o difundidos con fines científicos. Convengo en participar en este estudio de investigación

Firma del participante

Fecha

He explicado la naturaleza y los propósitos de la investigación; se les ha explicado acerca de los riesgos y beneficios que implica su participación. He contestado a las preguntas en la medida de lo posible. Acepto que he leído y conozco la normatividad correspondiente para realizar investigación con seres humanos y me apego a ella. Una vez concluida la sesión de preguntas y respuestas, se procedió a firmar el presente documento.

Firma del investigador

Fecha

ANEXO 4: INSTRUMENTO DE RECOLECCION DE DATOS.

POR FAVOR MARQUE CON UNA X EN EL CASILLERO QUE CORRESPONDA

1. EDAD

.....

2. ESTADO CIVIL

Soltero Divorciado Viudo
Casado Unión Libre

3. INSTRUCCIÓN

Ninguna Primaria Secundaria
Superior Posgrado

4. ETAPA DE LA ENFERMEDAD

Paliativa Curativa

5. COMORBILIDAD

Diabetes Hipertensión Dislipidemia
Cardiopatía Neuropatía Otro

6. SITUACION LABORAL

QQDD Desempleada Empleada
Jubilada Reposo Médico

7. SITUACION ECONOMICA

Buena Regular Mala

8. TERAPIA COADYUDANTE

Quimioterapia Radioterapia Ambas Ninguna

9. TIEMPO DE EVOLUCION desde el diagnostico

1 AÑO 2 AÑOS 3 AÑOS MAS 3 AÑOS

ANEXO 5: CUESTIONARIO DE SALUD EUROQOL 5D

FAVOR MARQUE CON UNA X EN EL CASILLERO QUE DESCRIBA SU ESTADO DE SALUD EN EL DIA DE HOY

1. MOVILIDAD

- No tengo problemas para caminar
- Tengo algunos problemas para caminar
- Tengo que estar en la cama

2. CUIDADO PERSONAL

- No tengo problemas con mi cuidado personal
- Tengo algunos problemas para lavarme o vestirme
- Soy incapaz de lavarme o vestirme

3. ACTIVIDADES COTIDIANAS (Trabajar, aseo del domicilio, actividades familiares)

- No tengo problemas para realizar mis actividades cotidianas
- Tengo algunos problemas para realizar mis actividades cotidianas
- Soy incapaz de realizar mis actividades cotidianas

4. DOLOR O MALESTAR

- No tengo dolor o malestar
- Tengo moderado dolor o malestar
- Tengo mucho dolor o malestar

5. ANSIEDAD O DEPRESION

- No estoy ansioso ni deprimido
- Estoy moderadamente ansioso o deprimido
- Estoy muy ansioso o deprimido