

Universidad de Ciencias Médicas

Dr. Faustino Pérez Hernández.



Hospital General Universitario “Camilo Cienfuegos”

Departamento de Cirugía General.

Jornada Científica Estudiantil Provincial.

Evaluación del impacto físico, psicológico y social del cáncer de mamas.
Hospital General Universitario “Camilo Cienfuegos” de (Enero-octubre 2018)

Autora: Lianna Sotomayor Ibarra ¹

Darío Pérez Alonso ²

Alejandro Gutiérrez Albalat ³

Tutor: Msc. Tatiana Hernández González ⁴

1. Estudiante de 3er Año de Medicina, Alumno Ayudante de Cirugía Plástica y Caumatología.
2. Estudiante de 3er Año de Medicina, Alumno Ayudante de Cirugía General.
3. Estudiante de 3er Año de Medicina, Alumno Ayudante de Medicina Interna.
4. Especialista II Grado en Cirugía Plástica y Caumatología. Profesora Auxiliar

“ Año 61 de la Revolución” Curso: 2018-2019 Sancti Spíritus.

Resumen:

Se presenta un tema libre sobre los problemas físicos, psicológicos y sociales que enfrentan las pacientes con cáncer mamario y su relación con las técnicas quirúrgicas.

Objetivo: Describir el impacto físico, psicológico y social de las pacientes con cáncer de mama y su relación con el tipo de técnica quirúrgica empleada. **Material y método:** se realizó un estudio descriptivo prospectivo de corte longitudinal que tuvo como objetivo describir el impacto físico, psicológico y social de las pacientes con cáncer de mama intervenidas quirúrgicamente en el HGP Camilo Cienfuegos a través de técnicas oncoplásticas, en el período de Marzo a octubre del 2018. La muestra fue totalitaria constituida por aquellas que recibieron diferentes intervenciones quirúrgicas durante este periodo. **Resultados:** la investigación permitió corroborar cómo estos problemas inciden de forma significativa en la vida de estas pacientes, confiriéndose gran importancia al empleo de técnicas quirúrgicas oncoplásticas así como la función predominante que tiene la sociedad y el estado cubano en la búsqueda de una mejor calidad de vida de estas enfermas. **Conclusiones:** La Cirugía Oncoplástica, permite restituciones de la integridad corporal, estética que favorece el estado psíquico y la integración social resultando técnicas quirúrgicas muy satisfactorias.

Palabras Clave: cáncer de mamas/ cirugía oncoplástica/ calidad de vida.

Introducción:

Las mamas son sin duda uno de los elementos más importantes de la belleza femenina, símbolo de la sexualidad humana, emblema de la maternidad y zona erógena por excelencia. Estas han desempeñado un papel predominante en las diferentes culturas, en el arte e incluso en la filosofía y en la religión de los grupos étnicos y pueblos.(1)

La pérdida de una o ambas mamas traen para la mujer sufrimientos de todo tipo, los cuales pueden ser variables en cada caso. A pesar de los grandes esfuerzos realizados por la ciencia, la industria y las instituciones públicas y privadas de los países desarrollados del planeta, la guerra contra el cáncer se considera todavía un capítulo oscuro en la historia de la medicina científica.

Sobre los problemas psicológicos al revisar la literatura se encontraron criterios autorizados como el del profesor Jorge Psillakis que plantea que la pérdida de una o ambas mamas trae para la mujer sufrimientos psicológicos. Estos dependerán de su edad, sus hijos, su esposo, sus amores, su trabajo y del grado de importancia que ella le atribuya a las mamas antes de la mastectomía, y se pueden manifestar con una serie de síntomas como ansiedad, insomnio, vergüenza, sentimientos de inutilidad, autodesvaloración; para la mayoría de las mujeres representa una crisis personal y de interrelación difícil de superar. (6)

En relación con este aspecto los autores Francisco Perera y Mirtha Suárez, plantean como la pérdida del órgano (mama), requiere adaptación psicológica y social de la paciente y sus familiares los cuales influyen en la actitud de esta frente a su problema.(7) La terapéutica psicológica es diversa y va desde la psicoterapia individual hasta las terapias de grupo, las que ayudan a compartir problemas, sentimientos y soluciones. Participan además, pacientes con mastectomía recuperadas y adaptadas las que exponen sus experiencias, se discuten las formas en que se deben cuidar la mama afectada, el uso de prótesis, etcétera.

Por otra parte, el doctor José M. Suárez Fernández afirma que la mujer a la que se le realiza una mastectomía se afecta por un choque de proporciones inauditas: distorsión de un perfil somático-sexual, las contingencias naturales de una gran afectación psicológica y la incapacidad potencial de sus compromisos sociales. Se produce una inestabilidad

impredecible y de consecuencias muy disímiles; pero a pesar de esos fenómenos concurrentes, la experiencia indica el gran umbral de compensación y recuperación que pueden desarrollar ayudadas por la solidaridad y cooperación social. (3)

En esta experiencia personal se comparten los criterios expresados anteriormente, pues las pacientes con mastectomía que acuden a la consulta se presentan con un deterioro importante de su estado mental y físico, de ahí la enorme importancia que se le confiere al logro de una adecuada y eficaz relación médico-paciente, por lo que se debe tener presente los parámetros establecidos por Lain Entralgo quien plantea 3 aspectos: a) saber ponerse en el lugar del otro, b) sentir como ella, y c) disponerse a ayudarle cuando enfrenten dificultades.(8)

El libro de Ética y Deontología Médica refrenda como un elemento de elevada importancia en la atención médica, la relación médico-paciente que constituye una modalidad de relaciones interpersonales y está predeterminada por la necesidad que tiene el enfermo de ser atendido y la atención obligada del médico. Varios factores intervienen en dicha relación: la enfermedad del individuo que lo convierte en paciente, la técnica del médico, la personalidad de ambos y los papeles que desempeñan.(9)

En cuanto a los Problemas familiares, la paciente y la familia reaccionan al diagnóstico con miedo, hostilidad, ansiedad y sentimientos de culpa. Todas estas reacciones usualmente se manifiestan bien sea por un proceso de separación y/o aislamiento en general o bien por una ocultación de la afectividad y por una alteración de las respuestas emocionales.

Es de especial interés el apoyo y la comprensión que estas pacientes necesitan de las personas más importantes en sus vidas y sobre todo la de su esposo, ya que él representa un estímulo y aliento constante e imprescindible para sobreponerse a este dilema. Se debe tener presente además que la aparición de la enfermedad y su tratamiento puede afectar el status social de la paciente por la incidencia o repercusión que pudiera tener en su economía. Téngase en cuenta además que la enfermedad es vista como un presagio, no solo de la muerte y de un proceso doloroso hacia ella, sino también de mutilación tanto natural como posterapéutica. (10)

Los Problemas socio-Laborales es la incapacidad para volver al trabajo, la pérdida de la seguridad en el empleo, una eventual pérdida del progreso en su carrera profesional son hechos especialmente dolorosos para el ego de las pacientes. Lo anterior se corrobora por Bonadonna y Robustelli, los que al discutir los problemas socio-económicos de estas enfermas plantean el posible rechazo por parte de la persona para quien trabajan, así como la falta de asistencia por parte de la seguridad social para la adquisición de prótesis y del reconocimiento de la necesidad de tratamientos rehabilitadores.(11)

En esta sociedad los problemas planteados por los autores no se presentan, y existe un programa de asistencia y seguridad social equitativa y con particular atención a las personas con pérdida de la integridad física. De ahí que el estado cubano cumple con uno de los principios éticos, el principio de la justicia, donde a una persona se le ofrece un trato justo, debido o merecido. Cualquier negativa a ofrecer un bien, un servicio o información a quien tiene derecho a ello, sería algo injusto. De la misma manera sería injusto imponer una carga u obligación indebida a una persona o exigirle más de lo requerido.

En la literatura consultada el licenciado Ubaldo González Pérez y otros, explican que el termino calidad de vida es de reciente aparición y ha sido divulgado principalmente dentro de las ciencias médicas. Pero el concepto donde está contenido refleja una antigua preocupación del hombre como medio para alcanzar el bienestar y la salud. (12)

Puede deducirse que este término es la expresión de un concepto mucho más amplio que el de su acepción puramente médica, el cual recoge las inquietudes del hombre acerca de cómo alcanzar una vida con mayor calidad y cuando esta no es idónea ni racional, puede dañar tanto la salud como el ecosistema.

Cirugía oncoplástica:

La simultaneidad de procedimientos oncológicos y reconstructivos se conoce como la cirugía oncoplástica, que integra los principios oncológicos de la cirugía con los principios estéticos y reconstructivos de la mama con el objetivo de lograr procedimientos que preserven la forma de la mama lo más cercana a una mama normal y, de esta manera, no aumentar preocupaciones adicionales a la enfermedad y elevar la calidad de vida de las pacientes. Con los objetivos de:

- Realizar una cirugía que cumpla los criterios oncológicos.
- Reconstruir mediante diferentes técnicas los defectos producidos en la mama.
- Realizar una reconstrucción inmediata, es decir, en el mismo acto quirúrgico.
- Corregir la asimetría.

Uno de los elementos básicos a criterio de los autores, para garantizar la calidad de vida necesaria de las pacientes con cáncer de mamas lo es sin duda la rehabilitación integral de estas.

Según expresa Vittorio Ventafridda en el Manual de Oncología Médica, la medicina física y rehabilitadora es aquella cuyo objeto es la prevención, diagnóstico y tratamiento de las secuelas de los procesos patológicos, así como de los defectos congénitos y de las minusvalías adquiridas, utilizando para ello agentes físicos y medios rehabilitadores a fin de conseguir la obtención por parte del individuo de sus capacidades físicas, psíquicas, laborales, económicas y sociales óptimas, según la entidad de la minusvalía. Se define como el tercer tiempo de la medicina, esto es, el tercer aspecto de la lucha contra la enfermedad. (12)

El significado de la medicina rehabilitadora se encuentra en la recuperación de la capacidad potencial que existe en un paciente inválido, incapacitado o inadaptado, mediante el estudio y aplicación de los diversos principios médico-quirúrgico, ortopédicos, fisioquinesiterápicos y de recalificación o calificación profesional que sean necesarios para que, independientemente del grado y la duración del déficit incapacitador o invalidante, el sujeto pueda utilizar al máximo sus capacidades.

La asistencia rehabilitadora debe ser multidisciplinaria, compuesta por su médico de familia, oncólogos, cirujanos plásticos, fisiatras, personal de enfermería, asistentes sociales y por un psicólogo. Es también importante la presencia de una persona cuidadosamente preparada y seleccionada que tenga la misma deficiencia física y que sirva de modelo positivo (identificación positiva).

Los mayores problemas de rehabilitación pueden clasificarse como físicos, psicológicos y sociales. Con la ayuda y el aliento apropiado la mayor parte de las pacientes aceptan y aprenden a adaptarse a los efectos invalidantes potenciales o reales de la neoplasia. Los déficits funcionales, las complicaciones y los posibles efectos locales de los tratamientos

constituyen con frecuencia el objetivo principal de los esfuerzos del equipo rehabilitador. Estos déficits no influyen solo sobre las funciones motoras y sensoriales, sino también, alteran la percepción de su imagen corporal. (13)

Para lograr este objetivo, es vital la capacitación de todos los profesionales de la salud, y muy especialmente de los especialistas de medicina general integral (MGI). Los cuales tienen una vinculación con la comunidad que les permite abordar de manera directa su entorno poblacional, y pueden influir en los cambios de modos y estilos de vida.

El diagnóstico constituye una noticia chocante para cualquier mujer. Aceptar la idea de un cáncer, los tratamientos agresivos, los cambios psicosociales a los que pudiera estar expuesta, son situaciones, difíciles de asimilar y de manejar, tanto para la paciente como para los familiares. La atención primaria de salud y sus actores, debe rectorar la rehabilitación comunitaria de la paciente con cáncer de mamas, porque este nivel es la puerta de entrada del Sistema Nacional de Salud, es de donde parte un paciente hacia la atención secundaria y terciaria y a donde finalmente regresa a incorporarse de nuevo a su vida familiar y social, donde existe la oportunidad de un especialista de MGI, en constante interacción con las mujeres de facilitarles el camino hacia la meta final que es una adecuada calidad de vida.

El aprovechamiento de los recursos existentes sostenidos por los conocimientos adquiridos y la voluntad cada vez más creciente por erradicar o mejorar las expectativas de vida de estas pacientes, ha llevado a muchos científicos del mundo a no descansar en la solución de tan grave mal. Los recursos terapéuticos han ido desde la cirugía, radiaciones, ionizaciones, quimioterapia (hormonas y drogas antitumorales), la inmunoterapia y más recientemente, en la década de los 90 del siglo pasado se produjo una verdadera revolución en la cirugía del cáncer de mamas con la introducción de técnicas oncoplásticas que en un mismo tiempo quirúrgico proporcionan la excéresis tumoral y la reconstrucción de la mama con técnicas de cirugía plástica. A través de estas técnicas que son seguras es decir garantizan igual cantidad de vida se las pacientes obtienen mayor calidad de vida ya que no experimentan la mutilación y una vez superado el periodo de la enfermedad no tienen que someterse a largos tratamientos reconstructivos.

La rehabilitación ha surgido como ciertamente expresa el doctor Clark, del Anderson Hospital de Houston (3), como una nueva dimensión en el tratamiento del cáncer. Es una

extraordinaria compensación con múltiples oportunidades refrendada por los ensayos clínicos. Se construye una nueva silueta donde la psiquis y el cuerpo de la paciente armoniosamente adquieren una capacitación integral.

Según el planteamiento de la profesora Vidal Casero (2), el cáncer constituye uno de los problemas de salud más importantes en la comunidad. Actualmente es la segunda causa de muerte después de las enfermedades cardiovasculares, pero pasa a ser la primera en las personas menores de 65 años de edad.

En la sociedad la palabra cáncer es profundamente impresionante y estigmatizante. Al decir del registro nacional del cáncer, su ubicación en la mama de la mujer tiene una tasa de incidencia de 23,5 por cada 100 000. Con una población femenina de 4 millones de mujeres en la edad proclive a la enfermedad (entre 20 y 59 años), son de esperar 1 040 nuevos casos cada año. Este registro señala igualmente que cada 3 años habrá morbilidad de 1058 casos, por lo que se deduce una mortalidad de 352 enfermas por año. Con este ritmo es fácil admitir el diagnóstico de 3 nuevos casos de cáncer femenino cada 24 h y una muerte en el mismo tiempo, lo que representa alta prevalencia en Cuba. Estadísticamente está demostrado que la localización en la mama de esta enfermedad es la primera causa de muerte en la mujer. (3)

Las estadísticas del Centro Provincial de Higiene dan cuenta de que en Sancti Spíritus la tasa de mortalidad por tumores malignos supera la media nacional y el territorio se ha convertido en la tercera provincia con mayor número de muertes por cáncer en Cuba, donde por cierto también se reporta una cantidad creciente de pacientes con este mal, pero no como una epidemia, sino como resultado del envejecimiento poblacional y de que los enfermos con tumoraciones viven cada vez más tiempo. Desde el 2012 el cáncer pasó a ser la primera causa de muerte en la provincia. El 2014 cerró con una tasa de 215.5 fallecidos por cada 100 000 habitantes con 16.6 años de vida potencialmente perdidos. Está en todas las edades. Según la dispensarización al cierre del pasado año, viven con esta enfermedad 4 564 pacientes, incluidos 80 niños. El cáncer de la mama se ha caracterizado por mantener una incidencia alta en la provincia sin embargo llama la atención la disminución de la edad de aparición presentándose en mujeres cada vez más jóvenes incluso en el grupo de edad de 20 a 30 años.

Justificación:

El número de mujeres que padecen cáncer mamario y que a su vez se les realiza tratamiento conservador o radical en Cuba, es elevado y gran parte de ellas se encuentran sin un tratamiento definitivo desde el punto de vista reconstructivo que tendría como objetivo reponer la mama perdida por la enfermedad ya que se necesitan una serie de recursos materiales y tecnológicos que son altamente costosos en su adquisición, lo que limita de forma sustancial la aplicación de los métodos terapéuticos y quirúrgicos más avanzados. No obstante el disponer o no de los recursos materiales para la reconstrucción mamaria, se considera de vital importancia la capacidad que tienen las pacientes para elegir o decidir el o los métodos de tratamientos. Esto forma parte de uno de los elementos básicos de la ética médica actual, que se define como el principio de la Autonomía. Independientemente de la actividad quirúrgica restauradora y la rehabilitación, estas pacientes necesitan un programa más integral e interdisciplinario que ayude a dar solución a los problemas físicos, psicológicos y sociales que presentan todas las mujeres que enfrentan esta enfermedad en el que estén incluidos cirujanos generales, cirujanos plásticos, psicólogos, fisioterapeutas, y por sobre todos: su médico de familia; además de contar con un alto nivel de comprensión de la familia y de la sociedad.

Objetivos:

General:

Describir el impacto físico, psicológico y social de las pacientes con cáncer de mama y su relación con el tipo de técnica quirúrgica empleada.

Específicos:

1. Caracterizar a las pacientes según el grupo etario a que pertenecen y relacionarlos con el tipo de técnica quirúrgica empleada.
2. Relacionar los problemas físicos, psicológicos, sociales que influyen en las pacientes portadoras de esta entidad con las técnicas quirúrgicas oncoplásticas o no, en función de elevar la calidad de vida de las mismas.

Diseño Metodológico:

Metodología:

Se realizó un estudio observacional descriptivo prospectivo y longitudinal con el objetivo de describir el impacto físico, psicológico y social de las pacientes con cáncer de mama intervenidas quirúrgicamente a través de la consulta multidisciplinaria del HGPCC en el período comprendido entre marzo y octubre de 2018.

Población

La población de estudio estuvo compuesta por todas las pacientes con diagnóstico de cáncer de mamas intervenidas quirúrgicamente a través de la consulta multidisciplinaria del HGPCC en 8 meses, 48 en total.

Muestra:

La muestra de estudio fue totalitaria y estuvo compuesta por todas las pacientes con diagnóstico de cáncer de mamas intervenidas quirúrgicamente a través de la consulta multidisciplinaria del HGPCC en 8 meses, 48 en total

Criterios de inclusión:

Pacientes con diagnóstico de cáncer de mamas por BAAF, Trucut o biopsia abierta que se tratan en consulta multidisciplinaria y se les planifica cirugía conservadora o radical con técnicas oncoplásticas o no.

Criterios de exclusión:

Pacientes que no continúen su tratamiento en la provincia.

Criterio de salida:

Pacientes que a los que no se les complete la recogida de datos.

Fuente de recolección de datos: Observación documental: Revisión de las historias clínicas, e informes operatorios datos que se plasmarán en una hoja de recolección

Breast Q: Instrumento Validado para medir calidad de vida en función de la satisfacción

Análisis Estadístico:

Método matemático-estadístico: se utilizó la medida de la distribución de frecuencias absolutas y relativas para resumir la información y destacar los principales resultados encontrados en el estudio y se presentaron en tablas estadísticas y gráficos.

Variables utilizadas: socio-demográficas, epidemiológicas y clínicas.

Operacionalización de las variables

Variable	Clasificación	Tipo	Definición Operacional	Escala	Indicador
Edad	Socio-demográfica	Cuantitativa Discreta	Años completos cumplidos	Entre 20-30 años Entre 31-60 años Mayor de 60 años	Número y Porcentaje
Tipo de técnica quirúrgicas	Clínicas	Cualitativa Nominal Politómica	Se refirió al tipo de técnica empleada para la extirpación del tumor	Radical Conservadora Oncoplástica	Número y Porcentaje
Problemas físicos	Clínicas	Cualitativa Nominal Politómica	Se refirió a los problemas sistémicos o locales que se presentan asociados al tratamiento	Pérdida parcial de la mama Pérdida total de la mama Asimetría Deformidad	Número y Porcentaje

			quirúrgico y al adyuvante Puede ser más de uno y se consideran después de terminar el tratamiento.	Pérdida del CAP Síntomas asociados a la quimioterapia Síntomas asociados a la radioterapia.	
Problemas Psicológicos	Clínicas	Cualitativa Nominal Dicotómica	Se refirió a la evaluación del estado psicológico según los resultados del Breast- Q Test aplicado después de terminar el tratamiento.	Dominios: -Autoimagen corporal -Autoestima -Sexualidad	Ítems: -Muy satisfecho -Satisfecho -Poco satisfecho -Nada satisfecho
Problemas sociales	Socio-demográficas	Cualitativa Nominal Dicotómica	Se refirió a la evaluación de la incorporación social de la paciente después del tratamiento	-Actividad laboral -Actividades familiares -Actividades sociales	-Integrado -No integrado
Técnicas quirúrgicas oncoplásticas	Clínica	Cualitativa Nominal Dicotómica	Se refirió a la simultaneidad de procedimientos quirúrgicos de excéresis tumoral y reconstrucción en el mismo acto quirúrgico	Si No	Número y Porcentaje

Técnicas y Procedimientos:

De Procesamiento de Datos.

Obtenido el dato primario se confeccionó una base de datos para su procesamiento, lo que se hizo empleando el software estadístico SPSS versión 19.0 para Windows.

De Análisis, Discusión y Síntesis.

Los resultados obtenidos se agruparon en tablas estadísticas que se analizaron y discutieron, utilizando una amplia y profunda revisión de la literatura nacional e internacional sobre el tema y contrastando los resultados con los obtenidos por otros investigadores, este proceder permitió arribar a conclusiones y ofrecer recomendaciones. Los resultados se expresaron en frecuencias absolutas y relativas (estadística descriptiva) como medida de resumen.

Aspecto Ético.

La investigación es cónsona con las recomendaciones de la Declaración de Helsinki de 2013 hecha para quienes realizan investigaciones con seres humanos, los participantes tuvieron la oportunidad de informarse sobre el objetivo de la investigación, se les explicó de forma independiente que su participación era voluntaria y que una vez incorporados tendrían la posibilidad de retractarse si así lo decidieran. Su disposición a colaborar en el estudio se plasmó en un modelo de consentimiento informado, debidamente firmado por ellos, en presencia del investigador y un testigo quien también dio fe del respeto absoluto a la confidencialidad de sus identidades y para la información brindada, por otra parte, el estudio estuvo refrendado por el Comité de Ética Médica de la Institución y por su Consejo Científico ya que parte de un proyecto institucional dirigido por la tutora

Resultados:

Tabla 1 Relación entre el grupo etario y el tipo de tratamiento quirúrgico empleado (Marzo-octubre 2018)

Grupo Etario	Cirugía oncoplástica		Cirugía conservadora		Cirugía radical		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%

Menores de 30 años	1	1.15	-	-	1	1.15	2	2.30
31-60 años	14	16.09	32	36.78	5	5.75	51	58.62
Mayores de 60 años	-	-	14	16.09	20	22.99	34	39.08
Total	15	17.24	46	52.87	26	29.89	87	100

Fuente: Historias clínicas e informes operatorios

En la investigación predominaron las pacientes del grupo etario entre 31 y 60 años de edad (58.62%) y las técnicas quirúrgicas que prevalecieron fueron las de cirugía conservadora con un 52.87%

Tabla 2 Relación de los problemas físicos, psicológicos y sociales de las pacientes con cáncer de mamas y la cirugía oncoplástica.(Marzo-octubre 2018)

Problemas físicos	Cirugía oncoplástica					
	Si		No		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%
Pérdida parcial de la mama	-	-	46	26.90	46	26.90
Pérdida total de la mama	-	-	26	15.20	26	15.20
Asimetría o deformidad	-	-	72	42.11	72	42.11
Pérdida del CAP	1	0.59	26	15.20	27	15.79
Total	1	0.59	170	99.41	171	100
Problemas psicológicos						
Autoimagen corporal	-	-	41	39.04	41	39.04

Autoestima	-	-	32	30.48	32	30.48
Sexualidad	-	-	32	30.48	32	30.48
Total	-	-	105	100	105	100
Problemas Sociales						
Actividad laboral	-	-	12	24.49	12	24.49
Actividades familiares	-	-	5	10.20	5	10.20
Actividades sociales	1	2.04	31	63.27	32	65.31
Total	1	2.04	48	97.96	49	100

Fuente: Historias clínicas, informes operatorios, Breast Q

En el estudio los problemas físicos que prevalecieron fueron la asimetría o deformidad con un 42.11% y se presentaron en los casos en que no se realizó cirugía oncoplástica con un 99.41%. En los 15 casos de cirugía oncoplástica la única deformidad que se presentó fue la pérdida del complejo areola pezón, en un caso para un 0.59%. Los mayores problemas psicológicos estuvieron en relación con la autoimagen corporal con un 39.04% y se presentaron en las pacientes que no se operaron por técnicas oncoplásticas. Los problemas sociales que prevalecieron estuvieron en relación con las actividades sociales con un 65.31%.

Discusión

Aunque la prevención del cáncer de mama es una de las prioridades del Sistema de Salud de Cuba y para esto es primordial su detección temprana, estudios como el presente justifican la necesidad de brindar a las pacientes con cáncer de mama medios que les permitan afrontar de la mejor forma las dificultades físicas, psicológicas y sociales que dicho diagnóstico y el tratamiento de esta entidad traen aparejado. Para esto es necesario garantizar que estas mujeres continúen con su proyecto de vida en mejores condiciones, sin experimentar la mutilación en la medida de lo posible, fortaleciendo su entorno familiar y sus vínculos sociales para enfrentar las dificultades de la enfermedad.

El grupo de edad que predominó en el estudio es el de mujeres de mediana edad y es llamativa como cada día aumenta el número de féminas de menor edad afectadas por esta patología, recogiéndose incidencias en el grupo de menores de 30 años lo que era sumamente infrecuente décadas antes. Hasta hace pocos años los factores de riesgo más usados eran los relacionados con la vida hormonal y reproductiva de las mujeres, pero desde los años 90, han cambiado notablemente. Ya no se baraja la menarquía precoz como elemento de riesgo sino el cáncer previo en la misma paciente o el derivado de antecedentes heredo-familiares. Estos factores unidos al hecho de haber sufrido una biopsia con resultado histológico de hiperplasias atípicas o neoplasia lobulillar in situ, conforman los factores de riesgo actualmente más valorados. Por tanto ha habido un cambio a considerar el cáncer previo, las formas histológicas pre-neoplásicas y la herencia como los factores de riesgo de mayor importancia.

En algunos estudios se destaca el alto porcentaje de pacientes menores de 50 años con cáncer de mamas, con casos a partir de los 28 años de edad. Algunos autores afirman que las mujeres con cáncer de mama más jóvenes padecen a menudo distintos efectos secundarios que las mayores y enfrentan diferentes desafíos que las pacientes posmenopáusicas, como esterilidad, pérdida de la masa ósea, menopausia prematura y mayor fatiga (11). En este estudio se observaron diferencias en la mediana del puntaje de calidad de vida según los grupos de edad, siendo mejor la calidad de vida en las mujeres de 50 y más años, específicamente en el dominio relacionado con el entorno. Sin embargo, estos resultados contradicen lo observado en otro estudio, en el cual se presentaron puntajes de calidad de vida más altos en las pacientes más jóvenes que en las mayores de 50 años, posiblemente debido a que las pacientes de dicho estudio tenían mayor tiempo con el tratamiento para el cáncer de mama que las mujeres del presente estudio, lo cual permite una mejor adaptación biológica a las terapias correspondientes (12). Más aún, este hallazgo está sustentado en lo expresado por otros autores que afirman que, a medida que la enfermedad progresa, ocurren ajustes internos que preservan la satisfacción que la persona siente con la vida (13, 14).

Durante la primera mitad del siglo pasado se mantenían vigentes las teorías de la diseminación tumoral preconizadas por William Halsted que proponían la superradicalidad en los tratamientos quirúrgicos, por suerte esta es una filosofía ya superada en los momentos actuales donde lo más practicado es la cirugía conservadora excepto en las

pacientes de la tercera edad ya que entonces se valora la factibilidad de practicar la cirugía radical para evitar someter a adultas mayores a la terapia adyuvante por supuesto con el consentimiento de la paciente. La cirugía oncoplástica es novedosa y es propósito del proyecto que poco a poco vaya prevaleciendo ya que siempre que está indicada la cirugía conservadora puede realizarse oncoplastia, con escasas contraindicaciones, pero es un proyecto que se inició en marzo del 2018 y que ha ido introduciéndose paulatinamente por eso la muestra de pacientes intervenidas por estas técnicas es discreto.

Los estudios de calidad de vida siguen siendo un reto debido a su eminente carácter subjetivo, pero la epidemiología y la estadística brindan herramientas que permiten un buen acercamiento a la realidad de las pacientes. Estas aportan información relacionada con condiciones que pueden ser modificables como es la implementación de técnicas quirúrgicas novedosas que garantizan igual cantidad de vida y mayor calidad de vida. En este estudio se trabajó con una muestra de 87 pacientes, intervenidas quirúrgicamente por técnicas quirúrgicas radicales, conservadoras y oncoplásticas con tratamiento quimioterápico y ambulatorio y se compararon los síntomas físicos, los psicológicos y la vinculación social de las pacientes intervenidas por cirugía oncoplástica y las intervenidas por otras técnicas quirúrgicas.

El principal hallazgo en esta investigación fue la alta valoración en las escalas de aspecto físico y síntomas psicológicos e incorporación social relacionados con la calidad de vida de las pacientes con cáncer de mama que se intervinieron con técnicas oncoplásticas, dando como resultado un 0.59% de las pacientes operadas por cirugía oncoplástica tuvo afectación física debido a que la técnica requirió la excéresis del complejo areola-pezones pero con posibilidades de reconstrucción después de concluir tratamiento adyuvante, mientras que el 42.11% de las pacientes intervenidas por técnicas radicales o conservadoras sufrieron de forma predominante asimetría o deformidad de sus mamas donde los tratamientos reconstructivos son más ineficientes o implican técnicas quirúrgicas complejas, costosas y nuevos riesgos a una paciente que recién a vencido la batalla contra esta temible enfermedad. (15)

A nivel general, a las pacientes intervenidas con reconstrucción mamaria inmediata reportaron que la enfermedad y el tratamiento médico no interfirieron con su autoimagen corporal, autoestima y sexualidad e increíblemente en muchos casos refirieron que estos parámetros psicológicos mejoraron y es que una vez terminados los tratamientos de quimioterapia y radioterapia las pacientes tenían mamas de aspecto más hermoso que el que tenían previo al padecimiento del cáncer ya que los embarazos y el paso del tiempo

producen el deterioro del aspecto de las mismas lo cual queda corregido por la cirugía plástica. (16)

Con el empleo de la cirugía oncoplástica para el tratamiento conservador del cáncer de mama, es indiscutible que se comporta como beneficioso sobre todo en la percepción estética de la paciente. Además existen multitud de estudios que tratan de comparar estas técnicas con las no oncoplásticas empleadas habitualmente, en los que no se obtienen peores resultados: mediante un estudio retrospectivo compara ambos procedimientos: se pueden emplear técnicas oncoplásticas conservadoras con tumores de mayor tamaño y peso, obteniéndose más milímetros de márgenes libre y menor necesidad de cirugía adicional, al compararse con las técnicas no oncoplásticas, con diferencias significativas. Además no se produce mayor tasa de complicaciones, y permite una menor demora para iniciar el tratamiento adyuvante. (17) En el estudio de también compara de forma retrospectiva ambas técnicas tras el empleo de quimioterapia neoadyuvante, y concluyen que las técnicas oncoplásticas permite la escisión de tumores de mayor tamaño, sin diferencias en las tasas de supervivencia ni recaída de la enfermedad. (18)

En la investigación las pacientes con cirugía oncoplástica no tuvieron dificultades para insertarse en las actividades laborales, ni familiares si hubo un 2.04 de interferencia con la actividad social pero estos resultados son muy preliminares, las pacientes que se intervinieron por otras técnicas si tuvieron alguna afectación con la incorporación laboral y familiar y predominó la afectación en las actividades sociales. Hay que tener en cuenta que en este último grupo están las pacientes de la tercera edad que en muchas ocasiones la patología y su tratamiento coinciden con la jubilación y por la edad presentan más lenta recuperación y más discapacidad. Los resultados de este estudio son similares a las investigaciones desarrolladas por el Instituto de Medicancer de Medellín, Colombia donde la calidad de vida de los pacientes con cáncer fue de buena a muy favorable aunque ellos recogen otras variables como: sintomatología clínica asociada al tratamiento quimioterapéutico como sensación de náuseas en el estómago, deseos de vomitar y vómito, dolor, disnea, inapetencia, diarrea o estreñimiento (19).

En nuestro estudio puede decirse que la percepción favorable en la calidad de vida global de los pacientes con cáncer estuvo específicamente favorecida por las técnicas de reconstrucción mamaria inmediata, resultados que son similares a las investigaciones desarrollada por Da Costa Neto y Ferreira de Araujo y Steel et al (20), donde las

dimensiones relacionadas con los síntomas de la enfermedad, las relaciones familiares y sociales tuvieron alto impacto en la calidad de vida general de los pacientes.

Conclusiones:

En la investigación se mostró el predominio del cáncer de mamas en el grupo de mujeres de mediana edad y un predominio de técnicas quirúrgicas conservadoras. Se profundizó en el conocimiento de los problemas psicológicos, familiares, económicos y laborales que influyen en las pacientes portadoras de esta entidad y se relacionaron con el tipo de técnica empleada para la extirpación tumoral. La Cirugía Oncoplástica, permite restituciones de la integridad corporal, estética que favorece el estado psíquico y la integración social resultando técnicas quirúrgicas muy satisfactorias.

Recomendaciones

Ya que se trata de un estudio incipiente debe extenderse en el tiempo y aplicar diseños estadísticos y analíticos que permitan aportar evidencia científica de los resultados.

Referencias bibliográficas

1. Roa TT. Glándula mamaria: Conceptos generales. Indicaciones quirúrgicas. En: Coiffman F. Texto de Cirugía plástica, reconstructiva y estética. La Habana: Editorial Científico-Técnica; 1986: 955-77.
2. Vidal Casero MC. Los problemas éticos en la experimentación oncológica. Atención Farmacia 1999; 1(6):10-2.
3. Suárez Fernández JM. Actualización del tratamiento del carcinoma mamario. La Habana: Editorial Científico-Técnica; 1985:320-28.
4. Suárez Fernández JM. El sistema de salud en Cuba: desafío hacia el año 2000. Rev Cubana Salud Púb 1997; 23(1-2):5-16.
5. Lara MC, Fuente JR de la. Sobre el consentimiento informado. Bol Of SanitPanam 1990; 108(5-6):431-8.
6. Psillakis JM. Reconstrucción de mamas en pacientes mastectomizadas. En: Coiffman F. Texto Cirugía plástica, reconstructiva y estética. La Habana: Editorial Científico-Técnica; 1986: 1019.
7. Perera F, Suárez M. Enfermedades de las glándulas mamarias. Santiago de Cuba: Editorial Oriente; 1996: 123-9.
8. González Menéndez R. La nueva dimensión en la relación médico-paciente en nuestros días. En: Sariego JR. Bioética desde una perspectiva cubana. La Habana: Editorial Centro Félix Varela; 1997:105-11.
9. Menéndez Alonso D, Smith Smith VV, Ramírez Márquez A, Ortega A. Ética y deontología médica: Texto básico. La Habana; 1990:44-72.
10. Soriano J, Norat T, Arrébola J, Fleitas G. Algunas consideraciones en torno al cáncer. En: Acosta Sariego JR. Bioética desde una perspectiva cubana. La Habana: Editorial Centro Félix Varela; 1997:165-72.
11. Bonadonna G, Robustelli Della Cuna S. Manual de oncología médica. La Habana: Editorial Científico- -Técnica; 1985: 418-42.
12. González Pérez U, Grau Ávalo J, Amarillo Mendoza MA. La calidad de vida como problema de la bioética: sus particularidades en la salud humana. En: Acosta Sariego JR. Bioética desde desde una perspectiva cubana. La Habana: Editorial Centro Félix Varela; 1997:279-85.

13. Ventafirda V. Principios de la rehabilitación. En: Bonadonna G, Robustelli Della Cuna G. Manual de oncología médica. La Habana: Editorial Científico-Técnica; 1985:972-8.
14. Mem. Inst. Investig. Cienc. Salud, Vol. 10(2) Diciembre 2012: 27-29 27
15. Spear SL, Pelletiere CV, Wolfe AJ, Tsangaris TN, Pennanen MF. Experience with reduction mammoplasty combined with breast conservation therapy in the treatment of breast cancer. *Plast Reconstr Surg*. 2003;111:1102-9.
16. Clough KB, Lewis JS, Couturaud B, Fitoussi A, Nos C, Falcou MC. Oncoplastic techniques allow extensive resections for breast-conserving therapy of breast carcinomas. *Ann Surg*. 2003;237:26-34.
17. S.K. Al-Ghazal, R.W. Blamey. **Cosmetic assessment of breast-conserving surgery for primary breast cancer** *Breast*, 8 (1999), pp. 162-168
18. Mazouni C, P.L. Giacalone, P. Roger, O. Dubon, N. El Gareh, J.P. Daures, F. Laffargue **Lumpectomy vs oncoplastic surgery for breast-conserving therapy of cancer. A prospective study about 99 patients.** *Ann Chir*, 131 (2006), pp. 256-261
19. Nora Beatriz Sánchez, MD, Jaime Rubiano, MD. Cirugía oncológica en cáncer de mama. *rev. colomb. cir.* vol.23 no.4 Bogotá Oct./Dec. 2008
20. Da Costa Neto y Ferreira de Araujo y Steel et al Arraras JI, Martínez M, Manterota A, Laínez N. La evaluación de la calidad de vida del paciente oncológico: el grupo de calidad de vida de la EORTC. *Psicología [en línea]*. 2004 [Citado octubre 2010]; 1(1):p. 87-98. Disponible en: http://dialnet.unirioja.es/servlet/listaarticulos?tipo_busqueda=VOLUMEN&revista_busqueda=7552&clave_busqueda=1.

Anexo 1

Hoja de recolección de datos Hoja 1

Datos personales:

Identificación de la paciente

Nº Historia Clínica:

Fecha de ingreso:

Fecha de nacimiento:

Características iniciales de los pacientes:

Diagnóstico:

Fecha de diagnóstico:

Estadía:

Fecha de consulta en Cirugía Plástica:

Consentimiento informado y firmado por la paciente: Si No

Factores de riesgo:

Índice de masa corporal (peso):

Fumadora:

Diabetes:

HTA:

Hiperlipidemia:

Otros:

Intervenciones anteriores (cirugía de mama):

Tipo:

Fecha:

Quimioterapia previa: Si No

Fecha:

Radioterapia previa: Si No

Fecha:

Criterio de selección utilizado para la paciente:

Carcinoma intraductal, que requiere mastectomía (criterios Van Nuys)

Mastectomía total con linfadenectomía axilar (tumores > de 4 cm con exploración clínica axilar negativa)

Mastectomía parcial en cirugía conservadora (afectación de bordes, tumor extenso o multicéntrico)

Tumor localmente avanzado (razones psicológicas, humanitarias o de otra consideración)

Mastectomía subcutánea unilateral o bilateral por cáncer hereditario (con marcadores)

Otros (especificar):

Tratamiento

Tratamiento previsto

Quirúrgico Gine/Onco:

Mastectomía total

Mastectomía parcial

Mastectomía subcutánea

Otros (especificar):

Quimioterapia: Si Fecha: No

Radioterapia: Si Fecha: No

Tipos de reconstrucción mamaria:

Mama contralateral: Inmediato Diferido

Mastopexia
Mamoplastia de reducción
Colgajos bilaterales en cáncer bilateral
Reconstrucción simultánea del complejo areola pezón

REDUCCIÓN O MASTOPEXIA

OTROS (ESPECIFICAR):

MITAD PEZÓN CONTRALATERAL

INJERTO AREOLAR DE REGIÓN INGUINAL

OTROS (ESPECIFICAR):

INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA REALIZADA

Fecha intervención: Tiempo de quirófano/intervención:

Nº de cirujanos y especialidad:

Quirúrgico Gine/Onco:

Mastectomía total

Mastectomía parcial

Mastectomía subcutánea

Otros (especificar):

Mastectomía ahorradora de piel: Si No

Modificación de la intervención quirúrgica o de la reconstrucción prevista:

Si No

Tipo de modificación:

Causa:

Complicaciones operatorias:

Mortalidad

Otras (especificar):

Estancia en UCI (días):

Hoja 2

SEGUIMIENTO

Tratamiento farmacológico: Pruebas complementarias (especificar y fechas):

Revisiones clínicas posteriores (especificar fecha):

Complicaciones:

Infección de la herida quirúrgica Si Fecha: No

Localización:

Hematoma Si Fecha: No

Seroma Si Fecha: No

Necrosis Si Fecha: No

Localización:

Pérdida total del injerto/implante: Si Fecha: No

Pérdida parcial del injerto/implante: Si Fecha: No

Causa de la pérdida:

Infección

Hematoma

Otros:

Revisión quirúrgica: Si Fecha: No

Problemas en brazo/hombro: Si Fecha: No

Complicaciones sistémicas: Si Fecha: No

Especificar:

Tiempo de curación de la herida quirúrgica:

Intervenciones de reconstrucción posteriores (especificar fechas, técnica y tiempo de quirófano):

Fechas de intervención	Tiempo de quirófano	Intervención
1.....	1.....	1.....
2.....	2.....	2.....
3.....	3.....	3.....
4.....	4.....	4.....

Tipo Cirugía Areola Pezón No Si Tipo de Anestesia: Local
Anestesia General

Técnica Pezón: colgajo de pezón injerto contralateral

Técnica Areola: autoinjerto areola injerto inguinal

Otros retoques:

QUIMIOTERAPIA POSTERIOR

NO

SI FECHA DE INICIO DE TRATAMIENTO: PAUTA:

Radioterapia posterior

No

Si Fecha de inicio de tratamiento: Pauta:

Recidiva local

No

Si Fecha de diagnóstico:

Metástasis

No

Si Fecha de diagnóstico:

Localización:

Satisfacción de la paciente (especificar escala de medida):

Impacto psicológico (especificar escalas de medida):

Resultado estético de la reconstrucción mamaria:

Pruebas de fotografía Si No

Resultado:

Fecha del alta: Tiempo hasta reincorporación laboral:

RELLENAR EN CASO DE PERDIDA DE SEGUIMIENTO

Fecha de la última revisión:

Causa de la pérdida del paciente:

Fallecimiento Fecha y
causa.....

Cambio de domicilio

No interés

Otras (especificar):

Anexo 2

CONSENTIMIENTO INFORMADO.

Yo, _____, carné de identidad nº _____, declaro haber recibido toda la información con respecto a este estudio, cuyo propósito es Evaluación del impacto físico, psicológico y social del cáncer de mamas. HGPC (marzo-octubre 2018), a través de una breve entrevista (duración aproximada 15 minutos) que deberé responder en una sola oportunidad y cuyos datos serán manejados confidencialmente.

Además declaro haber tenido la opción de negarme a ser parte de él o retirarme en cualquier momento, con la certeza de que no tendría ninguna consecuencia negativa ni pérdida de derechos; pudiendo manifestar todas mis inquietudes y que estas me han sido resueltas satisfactoriamente. Por lo tanto, sabiendo que esto no me provocará ningún daño, sino más bien, será un aporte para ayudar a personas que padecen esta misma enfermedad; acepto participar voluntariamente de esta investigación, a cuyos resultados podré acceder a partir de las publicaciones de su autora. (Tatiana Hernández González)

Firma Paciente.

Msc. Tatiana Hernández González

Fecha: ____ de _____ del 20__

Anexo 3:

Instrumentos para medir Calidad de Vida:

Cuestionario de imagen corporal.

-La escala que elaboró el equipo de investigación al comienzo de la investigación introduce las cuestiones que Hopwood (1993) propone como fundamentales para la imagen corporal de mujeres con cáncer de mama. La escala final consta de 12 ítems, a los que se contesta mediante una escala tipo Likert de cuatro opciones que va de 1= nada a 4 = mucho. Los reactivos están relacionados con seis áreas:

- a) Grado de satisfacción con la apariencia vestida, tanto consigo mismo como con los demás (*“Estoy satisfecha con mi aspecto cuando estoy vestida”, y “Creo que a los demás les gusta mi aspecto”*).
- b) Pérdida de la feminidad (*“Siento que he perdido parte de mi atractivo como mujer” y “Me siento menos femenina después de la operación”*).
- c) Grado de satisfacción con la apariencia desnuda, tanto consigo mismo como con los demás (*“Cuando me baño o me ducho evito mirarme la cicatriz”, “Estoy satisfecha con mi aspecto cuando estoy desnuda” y “Evito que los demás me vean la cicatriz”*).
- d) Sentimientos acerca del atractivo sexual (*“Creo que el pecho juega un papel importante en las relaciones sexuales”, “Desde mi operación me veo menos atractiva sexualmente” y “Siento miedo o vergüenza ante una posible relación sexual”*).
- e) Pérdida de la integridad corporal (*“Me siento algo deformada o mutilada”*).
- f) Grado de satisfacción con la cicatriz (*“Me repugna la cicatriz”*).

La puntuación máxima posible es de 48 puntos. A mayor puntuación obtenida mayor problemática relacionada con la imagen corporal.

Para obtener la puntuación total se invertían los valores de los 3 ítems de carácter positivo (que aparecen con cargas negativas en la tabla 1).

Para confirmar la validez conceptual de este instrumento se ha realizado un análisis factorial de un factor (método de componentes principales, rotación varimax). En la tabla 1 se pueden apreciar los ítems que componen la escala de imagen corporal y el peso de cada uno en el factor. El porcentaje de la varianza explicada por estos 12 ítems fue de 44,7%. La fiabilidad del instrumento, utilizando el índice de consistencia interna (alfa de Cronbach) de la escala de Imagen corporal fue de 0,880.

Autoestima.

- Para evaluar la autoestima se ha utilizado la Escala de Autoestima de Rosenberg (1965). La escala consta de 10 ítems, cinco en forma positiva y cinco en forma negativa. Las respuestas posibles son una escala de Likert de 4 puntos que va de 1= nada a 4 = mucho. Rosenberg ideó la autoestima como un aspecto unidimensional de la persona que contiene las evaluaciones positivas y negativas que uno-a tiene de sí mismo-a. Siguiendo este marco teórico se realizó un análisis factorial de un factor para comprobar la relación de los ítems con este único factor.

Factor realizado del cuestionario de Autoestima (método de componentes principales, rotación varimax), aparecieron dos ítems que tuvieron un peso menor al mínimo exigido de 0,3 y que se eliminaron (*Creo que no tengo muchos motivos para enorgullecerme* y *Siento que soy una persona digna de estima, al menos en igual medida que los demás*). En la tabla 1 se exponen los ocho ítems restantes de la escala y su peso en el factor. La varianza total explicada fue de 35,7% y la consistencia interna de esta escala (alfa de Cronbach) fue de 0,813.