



UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA

ÁREA DE LA SALUD HUMANA

CARRERA DE MEDICINA HUMANA

TÍTULO:

**“CALIDAD DE VIDA DE PACIENTES
MASTECTOMIZADAS QUE RECIBEN TRATAMIENTO
ADYUVANTE EN SOLCA NÚCLEO DE LOJA PERIODO
2015”**

Tesis previa a la obtención del
título de Médico General.

AUTOR:

FRANCO XAVIER VILLALTA CÓRDOVA

DIRECTOR:

Dr. HECTOR PODALIRIO VELEPUCHAVELEPUCHA, Mg Sc.

1859

Loja – Ecuador

2016

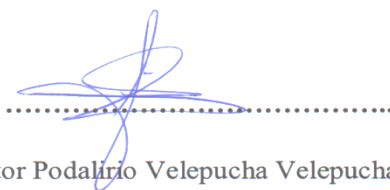
CERTIFICACIÓN

Loja, 21 de Noviembre del 2016

Dr. Héctor Podalirio Velepucha Velepucha, Mg. Sc.

DIRECTOR DE TESIS

Certifico que el trabajo de investigación de grado, titulado “**CALIDAD DE VIDA DE PACIENTES MASTECTOMIZADAS QUE RECIBEN TRATAMIENTO ADYUVANTE EN SOLCA NÚCLEO DE LOJA PERIODO 2015.**”, realizado por Franco Xavier Villalta Córdova, ha sido elaborado bajo mi dirección, el mismo que cumple con las exigencias técnicas y legales que la institución exige, por lo que, autorizo su presentación al Tribunal correspondiente.



Dr. Héctor Podalirio Velepucha Velepucha Mg. Sc.

DIRECTOR DE TESIS

AUTORÍA

Yo Franco Xavier Villalta Córdova declaro ser autor del presente trabajo de tesis y eximo expresamente a la Universidad Nacional de Loja y a sus representantes jurídicos de posibles reclamos o acciones legales, por el contenido de la misma.

Adicionalmente acepto y autorizo a la Universidad Nacional de Loja, la publicación de mi tesis en el repositorio institucional- Biblioteca Virtual.

Autor: Franco Xavier Villalta Córdova

Firma: 

Cedula: 1104637002

Fecha: 21/11/2016

CARTA DE AUTORIZACIÓN

Yo Franco Xavier Villalta Córdova declaro ser autor de la tesis titulada: **“CALIDAD DE VIDA DE PACIENTES MASTECTOMIZADAS QUE RECIBEN TRATAMIENTO ADYUVANTE EN SOLCA NÚCLEO DE LOJA PERIODO 2015”** como requisito para optar por el grado de: Medico General; autorizo al sistema bibliotecario de la Universidad Nacional de Loja, para que con fines académicos, muestre al mundo la producción intelectual de la Universidad a través de la visibilidad de su contenido de la siguiente manera en el Repositorio Digital Institucional;

La Universidad Nacional de Loja, no se responsabiliza por el plagio o copia de la tesis que realice un tercero.

Para constancia de esta autorización, en la ciudad de Loja a los 21 días del mes de Noviembre del dos mil dieciséis, firma el autor.

Firma: 

Autor: Franco Xavier Villalta Córdova

Cedula: 1104637002

Dirección: Cdla. Los Operadores; Rosa Amalia Valdivieso y Luis Vinuesa

Correo Electrónico: francvicor_2590@hotmail.com **Teléfono:** 2110-445

Celular: 0939929199

DATOS COMPLEMENTARIOS:

Director de Tesis: Dr. Héctor Podalirio Velepucha Velepucha, Mg Sc.

Tribunal de grado:

Presidenta: Dra. Elvia Raquel Ruiz Bustán, Mg Sc.

Vocal: Dr. Juan Arcenio Cuenca Apolo, Mg Sc.

Vocal: Dr. Germán Alejandro Vélez Reyes, Mg Sc.

DEDICATORIA

El presente trabajo de tesis de grado, está dedicado a aquellas mujeres luchadoras e incansables que han sabido llevar su vida a pesar de su enfermedad.

A mis queridos PADRES quienes con mucho cariño, amor, ejemplo, han hecho de mí una persona basada en valores y cualidades a fin de brindar ayuda a nuestros semejantes; porque gracias a su esfuerzo y a su gran impulso he sabido levantarme en aquellos momentos difíciles de mi carrera y dar mi mejor esfuerzo para avanzar un escalón más en mi formación académica.

Deseo expresar además mis más sinceros agradecimientos a mis hermanas que han sido mi apoyo en cada tropiezo y que han sabido levantarme el ánimo y me han ayudado a seguir luchando por mi sueño; a todas aquellas personas que me brindaron su colaboración, sus conocimientos, su ayuda incondicional y sobre todo su amistad durante mi formación académica y la realización de esta investigación.

Espero que este sea solo el inicio de las alegrías que les dé, gracias por confiar en mí, espero no defraudarlos y seguir contando siempre con su apoyo.

FRANCO XAVIER VILLALTA CORDOVA

AGRADECIMIENTO

A Dios por ser mi fortaleza en mis momentos de debilidad para superar obstáculos y dificultades a lo largo de toda mi vida y por brindarme una vida llena de aprendizajes y experiencias.

Al Alma Máter que me permitió revestirme de toda mi formación profesional para conseguir este sueño anhelado.

Y de manera especial y sincera al Dr. Héctor Velepucha por aceptarme para realizar esta tesis bajo su dirección. Su apoyo y confianza en mi trabajo y su capacidad para guiar mis ideas ha sido un aporte invaluable, no solamente en el desarrollo de este trabajo sino también en mi formación como investigador.

.

ÍNDICE GENERAL

CERTIFICACIÓN.....	ii
AUTORÍA.....	iii
CARTA DE AUTORIZACIÓN.....	iv
DEDICATORIA.....	v
AGRADECIMIENTO.....	vi
INDICE GENERAL.....	vii
INDICE DE CUADROS.....	x
1. TÍTULO.....	1
2. RESUMEN.....	2
SUMMARY	3
3. INTRODUCCIÓN.....	4
4. REVISIÓN DE LA LITERATURA	
4.1.Epidemiología de Cáncer de mama.....	8
4.2.Definición.....	10
4.2.1. Tipos de Cáncer de mama.....	10
4.2.1.1. <i>Carcinoma ductal</i>	10
4.2.1.2. <i>Carcinoma lobulillar</i>	10
4.2.2. Factores de riesgo.....	11
4.2.3. Estadío Clínico.....	12
4.2.4. Manifestaciones clínicas.....	12

4.2.5. Medidas preventivas y políticas de control del cáncer de mama.....	13
4.2.6. Tratamiento.....	14
4.2.6.1. Cirugía	15
4.2.6.2. Radioterapia.....	19
4.2.6.3. Quimioterapia.....	21
4.2.6.4. Terapia hormonal.....	23
 5. CALIDAD DE VIDA	
5.1. Definición.....	25
5.2. Calidad de Vida y Cáncer de Mama.....	25
5.3. Aspectos psicosociales asociados al cáncer de mama y a la mastectomía.....	29
5.3.1. Impacto psicológico del cáncer de mama.....	29
5.3.2. Impacto psicológico de la mastectomía.....	30
 6. MEDICIÓN DE LA CALIDAD DE VIDA	
6.1. Cuestionario “EORTC QLQ – C30”	32
 7. OBJETIVOS.....	35
 8. METODOLOGÍA.....	36
 9. RESULTADOS.....	40
 10. DISCUSIÓN.....	48

11. CONCLUSIONES.....	51
12. RECOMENDACIONES	52
13. BIBLIOGRAFÍA.....	53
14. ANEXOS.....	57
Anexo 1	57
Anexo 2	61
Anexo 3.....	63

ÍNDICE DE CUADROS

Cuadro N° 1A. Características sociodemográficas de las pacientes mastectomizadas que reciben terapia adyuvante en SOLCA Núcleo de Loja.....	40
Cuadro N° 1B. Datos Clínicos de las pacientes mastectomizadas que reciben terapia adyuvante en SOLCA Núcleo de Loja.....	42
Cuadro N° 2. Evaluación de la CC vs MRM en la Calidad de Vida mediante la aplicación del cuestionario EORTC QLQ – C30 (CC vs MRM).....	44
Cuadro N° 3. Medición de la Cirugía reconstructiva en la Calidad de Vida mediante la aplicación del cuestionario EORTC QLQ – C30.	46

1. TÍTULO

“CALIDAD DE VIDA DE PACIENTES MASTECTOMIZADAS QUE RECIBEN
TRATAMIENTO ADYUVANTE EN SOLCA NÚCLEO DE LOJA PERIODO 2015”.

2. RESUMEN

Actualmente el cáncer de mama es un problema relevante en nuestra sociedad, cuyo tratamiento afecta distintas esferas de la vida de quienes lo padecen. En nuestra región son escasos los estudios dedicados a evaluar la calidad de vida de este grupo de pacientes, teniendo en cuenta que el cancer de mama puede considerarse como una experiencia vital que genera un fuerte impacto emocional, tanto por la enfermedad como por los tratamientos en sí. El objetivo del estudio investigativo es determinar la calidad de vida de pacientes mastectomizadas que reciben tratamiento adyuvante en SOLCA Núcleo de Loja. El eje del estudio es analizar la repercusión que ejerce la modalidad quirúrgica sobre las diferentes áreas de la Calidad de Vida, mediante la aplicación del cuestionario descrito por la Organización Europea de Investigación y Tratamiento del Cáncer (EORTC – QLQ C30). Se realizó un estudio descriptivo y transversal, con un total de 40 pacientes que cumplen los criterios de inclusión y que pertenecen al grupo de mujeres mastectomizadas, que reciben terapia adyuvante. De acuerdo a los resultados, la edad media de las pacientes en estudio es de 50,42 años (Rango: >30 a < 80 años); el 60% son casadas, su nivel instructivo es superior con el 35%; la situación laboral más común es “Ama de casa” con un 58%. El Estadio más frecuentes es el IIb con el 30%, el tipo histológico tumoral es el carcinoma ductal infiltrante que supuso el 63%. Respecto al manejo terapéutico, el 80% fue intervenido con mastectomía radical modificada (MRM) y un 20% se sometió a cirugía conservadora (CC); Simultáneamente a la intervención quirúrgica un 13% se sometió a cirugía reconstructiva. Referente a la terapia adyuvante que reciben, el 58% recibe quimioterapia. En base a datos del EORTC – QLQ C30, la puntuación del estado global de salud, es de 66,67 en la CC y de 58,33 en la MRM, sugiriendo una buena calidad de vida, concluyendo en que no existe discrepancia significativa en relación a la modalidad quirúrgica; no así la CC, proporcionó mejor puntuación en tres de las dimensiones funcionales: física, rol emocional, social. **Palabras Clave:** Calidad de Vida; Cáncer de Mama; Mastectomía.

SUMMARY

Nowadays breast cancer is a relevant problem in our society, whose treatment affects different spheres of life for those who suffer it. In our region there are few studies dedicated to assess the quality of life for this group of patients, taking note that breast cancer could be considered as a vital experience that generates a strong emotional impact, for both the disease and the side effects of the treatment. The aim of the research study is to determine the quality of life of breast cancer patients receiving adjuvant therapy in SOLCA nucleus of Loja. The focus of the study is to analyze the impact exerted by the surgical modality on different areas of Quality of Life, applying the questionnaire described by the European Organization for Research and Treatment of Cancer (EORTC QLQ C30). A descriptive and transversal studio was performed, with a total of 40 patients that meet the inclusion criteria, and belong to the group of mastectomy women, who receive adjuvant therapy. According to the results, the mean age of patients in the study is from 50, 42 years (Range :> 30 to 80 years); 60% are married, their instructional level is higher with a 35%; the occupational situation is "Housewives" with a 58%. The most frequent stage was IIb with a 30%, the histological tumor was Ductal Carcinoma Infiltrate with a 63%. Related to the therapeutic management, an 80% was intervened with Radical Modified Mastectomy (RMM) a 20% had a conserved surgery (CS); simultaneously to surgical intervention a 13% had a reconstructive surgery. Referring to adjuvant therapy that they receive, a 58% receive chemotherapy. Based on the data collected from EORTC- QLQ C30 the overall health status score is, 66, 67 in CS and 58, 33 in RMM, suggesting a good quality of life, concluding that there is no significant discrepancy in relation to surgical modality; Not the CC, provided better score in three of the functional dimensions: physical, emotional, social role. **KEY-WORDS:** - Quality of life, Breast cancer, Mastectomy.

3. INTRODUCCIÓN

El cáncer como enfermedad en el hombre, se ha descrito desde tiempos inmemorables (Arraztoa 1997).

El cáncer de mama es el segundo cáncer con mayor prevalencia en el mundo y el más frecuente en las mujeres: 1,67 millones de nuevos casos en el 2012 . Las tasas de incidencia varían desde 27 por 100.000 en el África central y Asia oriental y 96 por 100.000 en Europa Occidental (OMS, 2012)

Recientemente se ha despertado un especial interés en mejorar la calidad de vida de las pacientes afectas de cáncer de mama, interés que ha ido dirigido tanto a entender el efecto que en ella tienen la enfermedad y los tratamientos y como en intentar mejorarla, no solamente desde el punto de vista físico y psicológico; sino en todas las esferas holísticas del ser humano.

El trabajo en la Calidad de Vida se ha dado tanto en la intervención clínica como en la investigación ya que la problemática psicosocial del cáncer de mama ha proliferado, puesto que es el tumor más frecuente entre las mujeres, por el significado psicológico de su localización, pues es un órgano íntimo, relacionado con la feminidad, la maternidad y la sexualidad así como nos permiten valorar claramente la influencia de los tratamientos y las reacciones que se den en las pacientes posteriores a ésta.

En los últimos años ha habido un desarrollo importante en el manejo quirúrgico de la patología mamaria, siendo testigos del nacimiento de nuevas técnicas para la resección tumoral, cirugía reconstructiva, manejo de las adenopatías y cirugía

oncoplástica. La cirugía reconstructiva como un componente importante en el manejo global del cáncer de mama ya que reduce el trauma psicosocial asociado a la propia mastectomía, particularmente en el sentimiento de mutilación, depresión y pérdida de feminidad.

Rincón Fernández y colaboradores (Sevilla 2010), realizan un estudio para conocer si la sintomatología depresiva, las estrategias de afrontamiento o la calidad de vida manifestada por las pacientes, difieren según el tipo de cirugía realizada (mastectomía y reconstrucción mamaria). Concluyen que las pacientes mastectomizadas presentaron una mayor presencia de sintomatología ansiosa y depresiva y una menor calidad de vida que las pacientes con reconstrucción mamaria postmastectomía.

Debido a la detección precoz, el tratamiento y el consiguiente aumento de las tasas de supervivencia de las pacientes con cáncer de mama, la gran mayoría de éstas sobrevivirá por muchos años después del diagnóstico y tratamiento, por lo cual el vivir bien, con una buena calidad de vida, se ha convertido en una prioridad (Burckhardt y Jones 2005).

El uso de medidas de Calidad de Vida Relacionada con la Salud ha aumentado de forma significativa en las últimas décadas; Importancia que radica en la necesidad de obtener, mediante otro tipo de resultados que no sean los resultados clínicos tradicionales, el impacto de la patología en la vida diaria del paciente.

En nuestra región son escasos los estudios dedicados a evaluar la calidad de vida de este grupo de pacientes, teniendo en cuenta que el cancer de mama puede considerarse como una experiencia vital que genera un fuerte impacto emocional, tanto por la enfermedad como por los tratamientos en si y los efectos que produce.

El objetivo de la presente investigación es “**Determinar la calidad de vida de pacientes mastectomizadas que reciben tratamiento adyuvante en SOLCA núcleo de Loja periodo 2015**”; estudio que permita determinar las características sociodemográficas de las pacientes y evaluar el impacto de la cirugía conservadora y radical al igual que de la mastectomía con y sin reconstrucción mamaria, sobre las diferentes áreas de la calidad de vida mediante la aplicación del cuestionario EORTC QLQ C30.

ABREVIATURAS

Ca: Cáncer.

CV: Calidad de Vida.

CVRS: Calidad de Vida Relacionada con la Salud.

OMS: Organización Mundial de la Salud

OPS: Organización Panamericana de la Salud

EC: Estadio Clínico

CC: Cirugía Conservadora

MRM: Mastectomía Radical Modificada

RT: Radioterapia

QT: Quimioterapia

HT: Hormonoterapia

EORTC – QLQ C30: Organización Europea para la Investigación y Tratamiento del Cáncer.

4. REVISIÓN DE LA LITERATURA

4.1. Epidemiología del Cáncer de Mama

El Cáncer de Mama es la neoplasia maligna más frecuente en la mujer occidental y la principal causa de muerte por cáncer en la mayoría de los países desarrollados.

En Latinoamérica, aparece como el segundo en importancia después del cáncer de cuello uterino. Se estima una incidencia de 700.000 casos nuevos cada año en el mundo con alrededor de 300.000 fallecimientos anuales; esta incidencia ha ido en aumento gracias a la detección precoz de la patología y al mayor uso de la mamografía (Peralta 2002).

Con más de 408.200 nuevos casos y más de 92.000 muertes, el cáncer de mama es el primer cáncer en las Américas en cuanto a casos nuevos y el segundo en cuanto a muertes por cáncer en mujeres. En América Latina y el Caribe, el 27% de los nuevos casos de cáncer y el 15% de las muertes por cáncer son debidos al cáncer de mama. De acuerdo a 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. El incremento en número de nuevos casos y muertes será casi el doble en América Latina y el Caribe en comparación con Norte América. La más alta incidencia de cáncer de mama en la región se presenta en Bahamas, seguido de Uruguay y Estados Unidos. Las mayores tasas de mortalidad se presentan en Bahamas, Trinidad y Tobago y Uruguay. (OPS 2012)

En nuestro país, 30 de cada 100,000 personas son diagnosticadas con esta enfermedad cada año y casi la mitad de ellas en etapas avanzadas de la enfermedad, lo cual disminuye las posibilidades de curación y supervivencia. Durante el año 2011, se realizaron

en el Ministerio de Salud Pública 448.350 consultas de detección oportuna de cáncer de mama, aun así esta enfermedad sigue siendo la tercera causa de muerte por cáncer en las mujeres del Ecuador. (MSP 2012)

Con la introducción del programa de detección precoz de cáncer de mama la incidencia ha aumentado en los últimos 10 años, pero se trata de lesiones más pequeñas y a expensas de un aumento en la detección de casos de carcinoma in situ. En combinación con la detección precoz, los tratamientos oncológicos han supuesto un descenso en las tasas de mortalidad en algunos países en esta última década, lo cual se ha traducido en un incremento de la supervivencia, que se sitúa por encima del 85% a los cinco años del diagnóstico. La tasa de supervivencia a los 5 años depende de multitud de factores, como el tipo de tumor, comorbilidad, edad, inmunidad, edad, etc. Se ha visto que depende del estadio tumoral, de manera que los estadios precoces se asocian con una mayor supervivencia que los estadios avanzados. (Royo A. 2011)

Tabla 1. Supervivencia relativa a 5 años según el estadio tumoral.

Estadio	Tasa de supervivencia relativa a 5 años
0	100%
I	100%
IIA	92%
IIB	81%
IIIA	67%
IIIB	54%
IV	20%

Área de Epidemiología Ambiental y Cáncer. Centro Nacional de Epidemiología. Instituto de Salud Carlos III. Ministerio de Sanidad y Consumo. La situación del cáncer en España. 2005:80-1. (13)

4.2. Definición del Cáncer de Mama

El cáncer de mama se define como el crecimiento anormal y desordenado de células del epitelio de los conductos o lobulillos mamarios y que tienen la capacidad de diseminarse a cualquier sitio del organismo (MINSAL y MH 2005).

4.2.1. Tipos de Cáncer de Mama

La mayoría de los cánceres de seno son **carcinomas**, un tipo de cáncer que comienza en las células (células epiteliales) que revisten los órganos y los tejidos como el seno. Existen dos tipos principales:

4.2.1.1. ***El carcinoma ductal in situ (CDIS), o carcinoma intraductal:*** se considera un cáncer de seno no invasivo o preinvasivo, esto significa que las células que cubren los conductos galactóforos han cambiado y lucen como células cancerosas. Sin embargo el DCIS se considera un precáncer porque en algunos casos se puede convertir en un cáncer invasivo.

- ***El carcinoma ductal invasivo o infiltrante:*** Es el tipo más común. Comienza en un conducto lácteo del seno, penetra a través de la pared del conducto y crece en el tejido adiposo del seno. En este punto puede tener la capacidad de propagarse (hacer metástasis) hacia otras partes del cuerpo a través del sistema linfático y el torrente sanguíneo.

4.2.1.2. ***El carcinoma lobulillar in situ (CLIS):*** comienza en las glándulas productoras de leche (lobulillos). Al igual que el IDC, se puede propagar (hacer metástasis) a otras partes del cuerpo. Aproximadamente uno de cada 10 de los cánceres invasivos es un ILC. El carcinoma lobulillar invasivo puede ser más difícil de detectar por mamograma que el carcinoma ductal invasivo.

El cáncer de seno también se puede clasificar en función de las proteínas que se encuentran sobre la superficie de las células cancerosas o dentro de ellas, en grupos como “receptor hormonal positivo” o “triple negativo”.

Muchos cánceres de mama son sensibles a las hormonas (estrógenos), lo cual significa que dicha hormona hace que el tumor canceroso mamario crezca. Tales cánceres tienen receptores de estrógenos en la superficie de las células y se denominan ***cáncer positivo para receptores de estrógenos.***

Algunas mujeres tienen cáncer de mama positivo para HER2, que se refiere a un gen que ayuda a que las células crezcan, se dividan y se reparen por sí mismas. Hasta ahora las mujeres con cáncer de mama positivo para HER2 tienen una enfermedad más agresiva y un riesgo mayor de que ésta reaparezca (recurrencia) que las mujeres que no tienen este tipo de cáncer.

4.2.2. Factores de Riesgo

Entre los principales factores relacionados con la aparición del cáncer de mama están: la edad (a mayor edad el riesgo aumenta), el inicio temprano de la menarca o menopausia tardía, el inicio de la vida reproductiva después de los 30 años, la lactancia materna nula o de corta duración, el uso de anticonceptivos orales por más de cinco años, la obesidad y la exposición a la radiación. (Medline Plus, 2012; Novoa, Pliego, Malagón y Bustillos, 2006) Finalmente los antecedentes familiares (genes hereditarios) suponen un considerable aumento del riesgo, la causa más común de cáncer de seno hereditario es una mutación hereditaria en los genes BRCA1 y BRCA2 (Arraztoa 2004, López-Abente 2003).

4.2.3. Estadíaje Clínico

En los tumores malignos, se distinguen diferentes estados dependiendo de su evolución, que tienen gran importancia en el tratamiento y el pronóstico, estos son:

- **Estado O:** Carcinoma in situ, carcinoma intraductal o enfermedad de Paget del pezón sin tumor.
- **Estado I:** Tumores localizados en la mama, de 2 cm o menos en su mayor dimensión.
- **Estado II:** Tumores sin compromiso ganglionar de más de 2 cm pero no más de 5 cm en su mayor dimensión.
- **Estado III:** Tumores con compromiso ganglionar de más de 5 cm en su mayor dimensión.
- **Estado IV:** Tumor de cualquier tamaño con extensión directa a la pared torácica o piel (la pared torácica incluye arcos costales, músculos intercostales y músculo serrato anterior, pero no en el músculo pectoral).

Existen factores que pueden influir en el pronóstico de vida de los pacientes con cáncer de seno como: el tamaño del tumor, el estado de invasión de los ganglios linfáticos axilares y vasos sanguíneos, poseer receptores hormonales positivos y el grado histológico celular; entre otros.

4.2.4. Manifestaciones Clínicas

Síntomas más comunes de manifestación:

- Masa dura irregular.

- Endurecimiento en mama o axila.
- Secreción espontánea, persistente y unilateral del pezón de carácter serohemático, hemático o seroso.
- Retracción o inversión del pezón.
- Cambio de tamaño, textura, forma de la mama (asimetría), depresión o rugosidades en la piel.
- Piel escamosa alrededor del pezón.

Síntoma de propagación local o regional:

- Enrojecimiento.
- Ulceraciones.
- Edema.
- Dilataciones venosas.
- Piel de naranja.
- Aumento del tamaño de los ganglios linfáticos axilares.

4.2.5. Medidas preventivas y políticas de control del cáncer de mama.

Prevención.- El control de factores de riesgo específicos modificables, así como una prevención integrada eficaz de las enfermedades no transmisibles que promueva los alimentos saludables, la actividad física y el control del consumo de alcohol, el sobrepeso y la obesidad, podrían llegar a tener un efecto de reducción de la incidencia de cáncer de mama a largo plazo.

Detección precoz.- la detección precoz con vistas a mejorar el pronóstico y la supervivencia del cáncer de mama sigue siendo la piedra angular del control de este tipo de cáncer (Anderson et al., 2008).

Hay dos métodos de detección precoz:

- ***Mamografías de cribado***

La mamografía es el único método de cribado que se ha revelado eficaz. Si su cobertura supera el 70%, esta forma de cribado puede reducir la mortalidad por cáncer de mama en un 20%-30% en las mujeres de más de 50 años en los países de ingresos altos (IARC, 2008).

- ***Autoexploración mamaria***

No hay datos acerca del efecto del cribado mediante autoexploración mamaria. Sin embargo, se ha observado que esta práctica empodera a las mujeres, que se responsabilizan así de su propia salud. En consecuencia, se recomienda la autoexploración para fomentar la toma de conciencia entre las mujeres en situación de riesgo, más que como método de cribado.

4.2.6. Tratamiento

Hay varias maneras de tratar el cáncer de seno, dependiendo de su tipo y etapa.

Tratamientos locales: significa que tratan el tumor sin afectar al resto del cuerpo. Algunos tipos de terapia local utilizados para el cáncer de seno son:

- **Cirugía**

- Radioterapia

Estos tratamientos tienen más probabilidades de ser útiles para los cánceres en etapas más tempranas (menos avanzadas).

Tratamientos sistémicos: el cáncer de seno se puede tratar con medicamentos que pueden administrarse por vía oral o directamente en el torrente sanguíneo. Estas son terapias sistémicas porque pueden alcanzar las células cancerosas en cualquier parte del cuerpo. Dependiendo del tipo de cáncer de seno, pueden utilizarse diferentes tipos de medicamentos, incluyendo:

- Quimioterapia
- Terapia hormonal
- Terapia dirigida

4.2.6.1. Cirugía

Hay dos tipos principales de cirugía para extraer el cáncer de seno.

Cirugía con conservación del seno (también llamada tumorectomía, cuadrantectomía, mastectomía parcial o mastectomía segmentaria): se extirpa solamente la parte del seno que tiene cáncer. El objetivo es extraer sólo el tejido tumoral y un borde de tejido circundante. La cantidad que se extirpa del seno depende del tamaño y localización del tumor, además de otros factores. La ventaja principal consiste en que la mujer preserva la mayor parte de su seno. Sin embargo, en la mayoría de los casos, la mujer también necesitará radioterapia.

La cirugía con conservación del seno puede ser una buena opción si:

- Le preocupa mucho perder su seno.

- Está dispuesta a recibir radioterapia y puede acudir a las citas.
- Tiene sólo un área de cáncer en el seno, o áreas múltiples que están lo suficientemente cercanas para ser extraídas sin cambiar mucho la apariencia del seno.
- Tiene un pequeño tumor (5 centímetros [2 pulgadas] o menor) y un tumor que es pequeño en relación con el tamaño de su seno.
- No tienen un factor genético como una mutación *BRCA*, que podría aumentar la probabilidad de un segundo cáncer.
- No padece ciertas enfermedades graves del tejido conectivo, como por ejemplo esclerodermia o lupus, que pueden causar que usted sea especialmente sensible a los efectos secundarios de la radioterapia.
- No tienen cáncer inflamatorio del seno

Entre los efectos secundarios de la cirugía con conservación del seno son:

- Dolor o sensibilidad
- Hinchazón temporal
- Tejido cicatricial rígido que se forma en el lugar de la cirugía
- Cambio en la forma del seno
- Dolor de origen nervioso (neuropático) en la pared torácica, la axila y/o el brazo que no desaparece con el pasar del tiempo (se conoce como síndrome de dolor postmastectomía o PMPS).

Si también se extirparon los ganglios linfáticos axilares, es posible que se presenten otros efectos secundarios, como linfedema.

Mastectomía: se extirpa totalmente el seno, incluyendo todo el tejido mamario y en ocasiones otros tejidos cercanos. Hay varios tipos distintos de mastectomías, entre ellos los más comunes son:

- ***Mastectomía total o simple:*** extirpación de todo el tejido de la mama, incluidos el pezón, la areola y la aponeurosis del músculo pectoral mayor preservando ambos músculos pectorales, no hay vaciamiento ganglionar ni resección de los músculos de la pared torácica.
- ***Mastectomía Radical:*** extirpación de la mama con músculos pectorales ganglios linfáticos axilares, piel y tejido subcutáneo acompañantes.
- ***Mastectomía Radical modifica:*** También conocida como mastectomía total con vaciamiento ganglionar axilar: extirpación de la mama con ganglios linfáticos axilares, piel, aponeurosis del músculo pectoral mayor y tejido subcutáneo acompañantes, pero sin músculos pectorales.

La mastectomía puede recomendarse si usted:

- No pueden recibir radioterapia, o preferiría una cirugía más extensa que recibir radioterapia
- Se sometió a una cirugía con conservación del seno, junto con su re-escisión(s) que no extirpó completamente el cáncer
- Tiene dos o más áreas de cáncer en el mismo seno que no están lo suficientemente cercanas para ser extraídas sin cambiar mucho la apariencia del seno
- Tiene un tumor más grande (mide más de 5 centímetros [2 pulgadas] de ancho) o un tumor que es grande en relación con el tamaño de su seno

- Tiene un factor genético, como una mutación *BRCA*, que podría aumentar la probabilidad de un segundo cáncer
- Padece cáncer inflamatorio del seno

Los efectos secundarios pueden incluir:

- Dolor o sensibilidad
- Hinchazón en la zona de la cirugía
- Acumulación de sangre en la herida (hematoma)
- Acumulación de líquido transparente en la herida (seroma)
- Movimiento limitado del brazo o del hombro
- Entumecimiento en el pecho o el brazo
- Dolor de origen nervioso (neuropático) en la pared torácica, la axila y/o el brazo que no desaparece con el pasar del tiempo (se conoce como síndrome de dolor postmastectomía o PMPS).

Si también se extirparon los ganglios linfáticos axilares, es posible que se presenten otros efectos secundarios, como linfedema. Durante la operación, el cirujano también extirpa los linfonodos de la axila, ya sea parcial o totalmente, porque la única manera de saber si el cáncer ha empezado a extenderse (metástasis) es examinar estos linfonodos en el microscopio. Si aparecen células malignas, se necesitará un tratamiento adicional, ya sea con medicamentos o bien con radiaciones. En este procedimiento llamado disección axilar, en los últimos casos se ha introducido una nueva técnica, llamada estudio de **ganglio centinela**, que permite hacer una evaluación del estado de los linfonodos. Se ha dado el nombre de ganglio centinela al primer linfonodo que recibe el drenaje linfático de un área

específica de la mama. Éste es el linfonodo que con alta probabilidad recibe las metástasis provenientes de la zona mamaria en donde está el tumor, por lo tanto, en el caso de resultar negativo para células neoplásicas evita la disección axilar clásica (Arraztoa 2004).

Reconstrucción mamaria: La desfiguración y la pérdida asociada con la mastectomía pueden ser devastadores para la mujer, la reconstrucción mamaria es la cirugía que devuelve el aspecto físico, simétrico y estético del seno luego de la mastectomía radical y se realiza utilizando implantes con o sin expansores titulares y colgajos musculares. Esta intervención se puede llevar acabo al mismo tiempo que se realiza la mastectomía (reconstrucción inmediata) o en una fecha posterior (reconstrucción posterior).

4.2.6.2.Terapia adyuvante

Es tratamiento adicional para el cáncer que se administra después del tratamiento primario para disminuir el riesgo de que el cáncer recidiva. La terapia adyuvante puede incluir quimioterapia, radioterapia, terapia hormonal, terapia dirigida o terapia biológica.

- ***Radioterapia en cáncer de mama:***

Es un tratamiento localizado que se utiliza solo o combinado con otras modalidades terapéuticas como la cirugía o la quimioterapia, o ambas. La radioterapia tiene efectos localizados sobre el cáncer mamario y como tal, tiene una función como terapia adyuvante en el control local y regional de la enfermedad, así como en terapias combinadas para la enfermedad avanzada local, regional, o metastásica. En el pasado, la radioterapia era habitual después de una mastectomía radical modificada para disminuir el riesgo de recurrencia local y regional de la enfermedad. El área irradiada incluía la pared torácica, la fosa supraclavicular y la axila. Ahora; esta práctica es menos común y se reserva para

pacientes con alto riesgo de recurrencia local de la enfermedad (más a menudo cuando están afectados los márgenes quirúrgicos profundos de la resección). Esta terapia también muestra beneficios en pacientes con tumores que miden más de 5 cm y con cuatro o más ganglios linfáticos comprometidos.

La radioterapia se administra en combinación con la cirugía conservadora para lograr un control local de la enfermedad en mujeres con cáncer mamario en estadio precoz (I ó II). Los estudios clínicos múltiples y aleatorios que comparan la mastectomía con la cirugía conservadora seguida de radiación de toda la glándula, han demostrado equivalencia en términos de la supervivencia global. Además, se ha comprobado que la radiación reduce el riesgo de crecimiento posterior de un tumor invasivo en las pacientes con una historia de Carcinoma Ductal In Situ (CDIS). La planificación del tratamiento se hace para asegurar una homogeneidad y fraccionamiento de la dosis, cada campo se trata diariamente, de lunes a viernes, con una dosis total a toda la mama de 4.500 a 5.000 centigrays (cGy), o rads, a 180200 cGy por fracción. De esta forma, el procedimiento dura aproximadamente entre cuatro y cinco semanas. Siempre debe darse un impulso de radiación al tumor original cuando los márgenes quirúrgicos estén afectados o próximos; aunque habitualmente se hace esto a todas las pacientes, existe cierta controversia sobre la necesidad de hacerlo. La axila no se irradia cuando se ha completado el vaciamiento ganglionar en los niveles I y II aunque existe controversia sobre los beneficios posibles de dicho tratamiento, cuando los ganglios linfáticos están afectados o se ha producido una invasión local del cáncer más allá de estos. También puede recomendarse la terapia sistémica adyuvante. Algunos interrogantes que deberán abordarse en el futuro incluyen el momento óptimo para administrar la quimioterapia adyuvante y la radioterapia después de la operación, en vista de que existe apoyo para el comienzo precoz de cada una pero no de

ambas a la vez. La radioterapia puede usarse en combinación con la quimioterapia para reducir las lesiones inoperables de la mama lo suficiente para que su resección quirúrgica sea viable. En el caso de las pacientes que no pueden ser sometidas a un procedimiento quirúrgico, la radiación puede usarse como terapia primaria.

En el cáncer metastático, la radioterapia es siempre paliativa, en casos de metástasis óseas dolorosas, reduce las lesiones cerebrales metastásica o los tumores que comprimen la médula espinal y alivia los síntomas del síndrome de la vena cava superior.

La toxicidad asociada con la radioterapia a menudo es leve y reversible e incluye: cambios locales en la piel; iniciados desde la segunda semana de tratamiento que van desde procesos inflamatorios hasta descamación local, fatiga generalizada, anorexia, inflamación temporal de los nervios o de los músculos pectorales en el campo de radiación y en ocasiones, irritación de la garganta y supresión de la médula ósea. La radiación axilar extensa puede ocasionar y agravar el linfedema o acumulación de líquido linfático en los tejidos de la extremidad superior desde la parte superior del brazo hasta la mano, creando dificultades con el rango de movimiento de los miembros superiores (Arraztoa 2004, National Cancer Institute 2004).

▪ ***Quimioterapia:***

La quimioterapia consiste en una combinación de medicamentos que han de ser administrados periódicamente durante un tiempo para eliminar las células cancerosas. Los medicamentos utilizados son tóxicos para las células y se aprovecha de la falta de control y crecimiento desordenado de las células tumorales para cumplir con su misión: reducir o eliminar el tumor.

Los medicamentos más comunes usados para la quimioterapia adyuvante y neoadyuvante incluyen:

SIGLAS-DURACIÓN	MEDICAMENTOS
1.TERAPIA ADYUVANTE: • CFM: (6 Meses) • AC : (4 Meses) • CAF o FAC:(4-6 Meses)	Ciclofosfamida Metotrexate 5-Fluoruracilo Doxorubicina - Adriamicina Ciclofosfamida Ciclofosfamida Doxorubicina 5-Fluoruracilo
2. ENFERMEDAD METASTASICA O RECURRENTE: • CMF:(6 Meses) • AC: (4 Meses) • CAF O FAC:(4-6 Meses)	Ciclofosfamida Metotrexate 5-Fluoruracilo Doxorubicina - Adriamicina Ciclofosfamida Ciclofosfamida Doxorubicina 5-Fluoruracilo
3. OTROS AGENTES ACTIVOS: Usados en enfermedad recurrente o metastásica como en terapia adyuvante de dosis altas con trasplante de células germinales.	Carboplatino Paclitaxel Cisplatino Epirrubicina Etopósido

Algunos de los posibles efectos secundarios más comunes incluyen:

- Caída de pelo y cambios en las uñas
- Úlceras en la boca
- Pérdida o aumento de apetito
- Náuseas y vómitos

La quimioterapia puede afectar las células productoras de sangre de la médula ósea, lo que causa:

- Aumento de la probabilidad de infecciones (debido a los bajos niveles de glóbulos blancos).

- Tendencia a presentar moretones o sangrados fácilmente (a causa de bajos niveles de plaquetas).
- Cansancio (debido a bajos niveles de glóbulos rojos y otras razones).

▪ ***Hormonoterapia:***

Empleo terapéutico de las hormonas. Puede llevarse a cabo de 4 maneras, sintomático; cuando se pretende eliminar o disminuir ciertos síntomas, sustitutivo cuando se utiliza para sustituir la deficiencia natural de la misma, compensador cuando se compensa un desequilibrio hormonal e inhibidor cuando al administrar la hormona lo que se pretende es dejar la glándula en reposo.

Mecanismo: Estos bloquean los receptores de estrógeno en las células cancerosas del seno. Esto evita que el estrógeno se adhiera a las células cancerosas y les indique que crezcan y se dividan. Los efectos secundarios más comunes del tamoxifeno y el toremifeno son:

- Cansancio
- Acaloramientos
- Secreción o resequeidad vaginal
- Cambios de humor

Inhibidores de la aromatasa: Los inhibidores de la aromatasa actúan al bloquear la aromatasa para que no se produzca el estrógeno.

Hay tres inhibidores de la aromatasa que parecen todos funcionar casi igual de bien en el tratamiento del cáncer de seno:

- Letrozol

- Anastrozol
- Exemestano

Algunos programas que se sabe son beneficiosos son:

- Tamoxifeno por 2 a 3 años, seguido de un inhibidor de la aromatasa (AI) para completar 5 años de tratamiento.
- Tamoxifeno por 5 años, seguido de un inhibidor de la aromatasa por 5 años.
- Un inhibidor de la aromatasa por 5 años.

▪ ***Terapia dirigida para el cáncer de seno HER2 positivo***

Alrededor de una de cada cinco mujeres con cáncer de seno, las células cancerosas tienen demasiada cantidad de una proteína que promueve el crecimiento, conocida como HER2/neu (o simplemente HER2), en sus superficies. Estos tipos de cáncer, conocidos como *cánceres de seno HER2-positivos*, tienden a crecer y a propagarse de manera más agresiva. No obstante, se han desarrollado varios medicamentos que atacan a esta proteína:

- **Trastuzumab (Herceptin):** este medicamento es un anticuerpo monoclonal, una versión artificial de una proteína muy específica del sistema inmunitario. A menudo se administra junto con quimioterapia, pero también puede ser utilizado por sí solo (especialmente si ya se intentó la quimioterapia sola). El trastuzumab se puede usar para tratar tanto el cáncer de seno en etapa inicial como en etapa avanzada. Cuando se usa para tratar el cáncer de seno en etapa inicial, este medicamento usualmente se suministra por un año. Para el cáncer de seno avanzado, a menudo se administra el tratamiento siempre y cuando el medicamento siga surtiendo efecto. Este medicamento se administra como en una vena (IV).

5. CALIDAD DE VIDA

5.1. Definición

En medicina hay un interés creciente por los estudios de CVRS, tanto en enfermedades orgánicas, para completar la validación de los cambios morfológicos o analíticos, como en las enfermedades funcionales, así como para la comparación de tratamientos.

La calidad de vida se define como la percepción del individuo sobre su posición en la vida dentro del contexto cultural y el sistema de valores en el que vive, sus metas, expectativas, normas y preocupaciones. Es un concepto extenso y complejo que engloba la salud física, el estado psicológico, el nivel de independencia, las relaciones sociales, las creencias personales y la relación con las características sobresalientes del entorno. En otras palabras esta definición incluye las causas externas al individuo que pueden modificar su salud o su estado de salud.

5.2. Calidad de Vida y Cáncer de Mama

La CVRS en el campo de la oncología puede considerarse como un concepto multidimensional, que incluye áreas de salud que se pueden ver afectadas por la enfermedad y los diferentes tratamientos, como puede ser el nivel de funcionamiento físico, aspectos psicológicos, sociales, síntomas de la enfermedad y efectos secundarios de los tratamientos.

El cáncer de mama es el tumor en el que el interés por la Calidad de Vida de las pacientes y su entorno ha sido más evidente, interés que ha ido dirigido tanto a entender el efecto que en ella tienen la enfermedad y los tratamientos y como en intentar mejorarla.

El trabajo en la Calidad de Vida se ha dado tanto en la intervención clínica como en la investigación ya que la problemática psicosocial del cáncer de mama ha proliferado, puesto que es el tumor más frecuente entre las mujeres, por el significado psicológico de su localización, pues es un órgano íntimo, relacionado con la feminidad, la maternidad y la sexualidad así como nos permiten valorar claramente la influencia de los tratamientos y las reacciones que se den en las pacientes posteriores a ésta.

La Calidad de Vida de las pacientes con cáncer de mama puede estar influenciada por variables de contenido más biológico como el estadio de la enfermedad, el tipo de tratamiento, el pronóstico, las oportunidades de rehabilitación disponibles, los efectos secundarios del tratamiento o los propios síntomas de la enfermedad.

Variables psicosociales claves de la Calidad de Vida, como la imagen corporal, el estado emocional o las relaciones de pareja, pueden verse afectada por la enfermedad y los tratamientos.

Debido a la detección precoz, el tratamiento y el consiguiente aumento de las tasas de supervivencia de las pacientes con cáncer de mama, la gran mayoría de éstas sobrevivirá por muchos años después del diagnóstico y tratamiento, por lo cual el vivir bien, con una buena calidad de vida, se ha convertido en una prioridad (Burckhardt y Jones 2005).

Los pacientes con cáncer de mama pueden pasar por varios profesionales de la salud durante su tratamiento, por lo que puede que éstos nunca atestigüen las consecuencias generadas a largo plazo por el paciente y sus factores desencadenantes (Engel y cols. 2003).

Existen una serie de factores que pueden ser predictores de la calidad de vida de las pacientes con cáncer de mama o de aquellas que han recibido algún tratamiento invasivo por causa de la patología, como son: antecedentes propios del paciente, aspectos socioeconómicos, características del tratamiento y sus posibles secuelas.

Mols F et al. En el 2005 en Países bajos, realizo una revisión sistemática sobre la calidad de vida a largo plazo en sobrevivientes a cáncer de mama, concluyendo que la mayoría de los estudios informaron que los supervivientes a largo plazo experimentan buena calidad de vida en general, sin embargo presentan problemas específicos como dolor de brazo y problemas de función sexual. Además el estado de salud actual, la cantidad de apoyo social y el nivel de ingresos monetarios eran fuertes predictores positivos de la calidad de vida y el uso de la quimioterapia adyuvante surgió como un factor de pronóstico negativo.

Domínguez M, et al, en el año 2009, en un estudio descriptivo transversal realizado en España, halló que la cirugía continua incapacitando a las pacientes incluso después de seis y nueve meses.

Royo A. 2011, en un estudio prospectivo, en España, analizó la calidad de vida en pacientes intervenidas por cáncer de mama al mes, a los seis meses y al año; halló diferencias en la calidad de vida según el tipo de mastectomía radical y parcial o conservadora, además observó que mejoraba a medida que pasaba el tiempo se seguimiento (Royo, 2011).

Braña B, et al. En el 2012 en un estudio descriptivo transversal en España, halló que la calidad de vida de las supervivientes de cáncer de mama se vio afectada en diversos ámbitos, como el sexual y preocupación por el futuro.

Soto-Cáceres R en 2012 en Perú, en un estudio observacional prospectivo, analítico de casos y controles emparejados, comparó el nivel de percepción de calidad de vida en mujeres con y sin intervención quirúrgica radical por cáncer de

mama, hallando que la percepción global de calidad de vida en las pacientes con intervención quirúrgica radical de cáncer de mama es mala en una de cada cinco mujeres y en las no mastectomizadas es el 15%.

Moro et al en el año 2013 en España, quien menciona que sería útil evaluar la calidad de vida a partir de los 5 años después de los tratamientos, puesto que a largo plazo se revelan mayores síntomas y preocupaciones. Sin embargo sugiere que la medición de la calidad de vida a corto plazo puede predecir la calidad de vida a largo plazo.

Soares P et al, en el 2013 en Brasil, en un estudio transversal comparo la calidad de vida en mujeres sobrevivientes a cáncer de mama con las mujeres que no sufrieron la enfermedad, e identificar los factores asociados, concluyendo que las sobrevivientes tuvieron buena calidad de vida, igual o mejor que las mujeres sin cáncer. Proponiendo que se deba a que estas mujeres han encontrado el apoyo de sus familias y profesionales de la salud y encontrando un mayor significado a la vida.

5.3. Aspectos psicosociales asociados al cáncer de mama y a la mastectomía

5.3.1. Impacto psicológico del cáncer de mama

Las actitudes del paciente hacia el cáncer varían considerablemente en diferentes partes del mundo, dependiendo de factores culturales, sociales, económicos y educacionales, entre otros. En algunas culturas la misma palabra "cáncer" es un tabú y discutir sobre ello es inaudito; Probablemente, la actitud más importante y prominente es el miedo: a padecer un cáncer, a que este sea fatal, miedo a que pueda suponer una

intervención mutilante, miedo al dolor que este pueda causar, miedo al tratamiento y sus efectos secundarios;

El tipo de tumor, el lugar en que está situado o la dificultad para localizarlo, son factores que influyen en la respuesta psicológica del paciente y la familia, e incluso en la actitud de los médicos. Los tumores asociados a órganos sexuales presentan una carga emocional añadida, pues se trata de la intimidad, de la masculinidad o feminidad del individuo.

Todos los pacientes experimentan una creciente ansiedad ante los cambios de humor y de conducta. Entre la gama de manifestaciones, se pueden citar, silencio estoico, retraimiento social, depresión y ansiedad constantes. Dichos cambios suelen ser pasajeros, pues a menudo se puede lograr el equilibrio psicológico y social gracias a la energía personal que muchas personas encuentran dentro del contexto de sus creencias, de la familia y otros sistemas de apoyo.

Margaret Mead's, estudió varias culturas y concluyó que el seno es idealizado en los Estados Unidos, y es la primera fuente de identidad femenina. Algunas mujeres creen que la talla y la forma de sus senos, determinan su deseabilidad sexual y define su aceptabilidad como mujer ante los ojos de la sociedad. La pérdida del seno afecta en gran medida la identidad de una mujer. Su autoimagen, su feminidad y la evaluación de sí misma como persona son amenazadas especialmente si sus senos son percibidos como un componente de su identidad, o si son cruciales en el funcionamiento de su carrera.

Engel y cols. Revelan que mujeres jóvenes tienen un mejor funcionamiento físico que aquellas que superan los setenta años, siendo sus puntajes totales de calidad de vida más elevados. Sin embargo, experimentan mayores períodos de depresión, atribuyéndose

esto a una imagen corporal, actividades de la vida diaria y un funcionamiento social más pobre (Engel y cols. 2003, Arraztoa 2004).

Las influencias culturales y sociales pueden complicar los efectos en el equilibrio psicológico de los pacientes y en su proceso de recuperación, especialmente si la mujer está influenciada por mitos y juicios errados, que liciten culpa en ellas, pues pueden llegar a interpretar la enfermedad como un castigo por haber hecho algo malo.

Al momento de vivir esta enfermedad es fundamental que el médico asuma un papel y una responsabilidad, centrales en el proceso de la rehabilitación, la que debe ser integral, abarcando los aspectos físicos, psicológicos, laborales y vocacionales, sociales y espirituales del paciente (Arraztoa 2004). Confirmando esto, cuando los pacientes tienen una buena comunicación con sus tratantes, sus puntajes de calidad de vida están sobre el promedio (Engel y cols. 2003).

5.3.2. Impacto psicológico de la mastectomía

El tratamiento de las pacientes con cáncer de mama implica muchos efectos destructivos y mutilantes del contorno mamario y serias afectaciones a la imagen corporal y la autoestima. Esto, a su vez, favorece conductas de retraimiento social, dificultad en las expresiones de la sexualidad e impone limitaciones a las actividades de la vida cotidiana, como el uso de algún tipo específico de ropa.

En relación al impacto del tipo de mastectomía existe controversia, algunos estudios mencionan que las pacientes sometidas a mastectomía parcial mantienen una mejor imagen corporal que aquellas a las que se les hace una mastectomía total; aunque si éstas últimas experimentan una cirugía de reconstrucción inmediata, su imagen corporal mejora, al asemejarse a una intervención conservadora. Sin embargo, existe otro estudio de

Velanovich y Szymanski que demuestra que la calidad de vida de mujeres sometidas a mastectomía parcial es más baja que aquellas tratadas con mastectomía total, a pesar de que esta intervención es menos invasiva, lo que se puede explicar ya que la mastectomía parcial frecuentemente se acompaña de radioterapia (Engel y cols. 2003, Luini y cols. 2005, Cohen y cols. 2000, Velanovich y Szymanski 1999); Teniendo en cuenta que complicación aguda más frecuente de la radioterapia es la epidermitis en los campos irradiados, presentándose la piel roja, seca y sensible, además del cansancio que experimentan las pacientes, especialmente al término del tratamiento (Arraztoa 2004, National Cancer Institute 2004).

6. Medición de la Calidad de Vida

Uno de los cambios que se ha dado en la intervención con el paciente oncológico en las últimas décadas ha sido el trabajo con cuestionarios de Calidad de Vida, instrumentos que en general nos ayudan a evaluar el bienestar del paciente.

Las valoraciones de Calidad de Vida pueden beneficiar además a las pacientes con cáncer porque pueden permitir profundizar en el conocimiento de áreas de su Calidad de Vida que habitualmente no se evalúan a fondo, tales como el bienestar emocional, las relaciones sociales y familiares, y otras.

Esta valoración de la CVRS de los pacientes ha comenzado a incluirse en el modelo de salud actual y ha llevado al profesional sanitario a tener más presente la vivencia subjetiva del paciente, involucrándole más en su enfermedad y resultados terapéuticos.

Las principales aplicaciones de la medición de Calidad de Vida en el paciente oncológico

- Evaluar el funcionamiento del paciente en las diferentes áreas de la Calidad de Vida (psicológico, físico, social), y haciéndolo desde la perspectiva del paciente.

- Ayudar a decidir los tratamientos que deberían ser ofrecidos a cada paciente, y también, a mejorar la intervención que se administra.
- Ayudar a predecir la evolución de la enfermedad, ya que, basados en diferentes estudios, puntuaciones bajas iniciales de calidad de vida pueden estar relacionadas con una evolución negativa del tumor.
- Ayudan para la detección temprana de pequeños cambios que se produzcan en el estado físico y psíquico del paciente

6.1. Cuestionario “EORTC QLQ – C30”

El cuestionario **EORTC QLQ – C30**, específico para cáncer, está compuesto por 30 preguntas o ítems que valoran la Calidad de Vida en relación a aspectos (**físicos, emocionales, sociales y en general el nivel de funcionalidad de los pacientes con diagnóstico de cáncer**) (EORTC, 2001).

El QLQ-C30 se compone de cinco escalas funcionales (Funcionamiento físico, actividades cotidianas, funcionamiento emocional, funcionamiento cognitivo y funcionamiento social), tres escalas de síntomas (fatiga, dolor y náuseas, vómito), a escala global el estado de salud / calidad de vida, y seis elementos individuales (disnea, insomnio, anorexia, estreñimiento, diarrea e impacto económico). Cada una de las escalas multi-ítem incluye un conjunto diferente de elementos. Ningún elemento aparece en más de una escala. Todas las escalas y las medidas de un solo tema van en la puntuación de 0 a 100.

Una puntuación alta en la escala representa un nivel de respuesta más alta. Por lo tanto un alto puntaje para una escala funcional representa un nivel alto / saludable de

funcionamiento, un alto puntaje para el estado global de salud / calidad de vida representa una alta calidad de vida, pero un alto puntaje para un síntoma escala / artículo representa un alto nivel de sintomatología / problemas.

	Scale	Number of items	Item range*	Version 3.0 Item numbers	Function scales
Global health status / QoL					
Global health status/QoL (revised) [†]	QL2	2	6	29, 30	
Functional scales					
Physical functioning (revised) [†]	PF2	5	3	1 to 5	F
Role functioning (revised) [†]	RF2	2	3	6, 7	F
Emotional functioning	EF	4	3	21 to 24	F
Cognitive functioning	CF	2	3	20, 25	F
Social functioning	SF	2	3	26, 27	F
Symptom scales / items					
Fatigue	FA	3	3	10, 12, 18	
Nausea and vomiting	NV	2	3	14, 15	
Pain	PA	2	3	9, 19	
Dyspnoea	DY	1	3	8	
Insomnia	SL	1	3	11	
Appetite loss	AP	1	3	13	
Constipation	CO	1	3	16	
Diarrhoea	DI	1	3	17	
Financial difficulties	FI	1	3	28	

* *Item range* is the difference between the possible maximum and the minimum response to individual items; most items take values from 1 to 4, giving *range* = 3.

† (revised) scales are those that have been changed since version 1.0, and their short names are indicated in this manual by a suffix "2" – for example, PF2.

Principios generales de puntuación

1. Estimación de la media de los elementos que contribuyen a la escala; este es el puntaje bruto.
2. Usar una transformación lineal para estandarizar la calificación original, por lo que las puntuaciones van de 0 a 100; un mayor puntuación representa un mayor ("mejor") el nivel de funcionamiento, o un nivel más alto ("peor") de síntomas.

Technical Summary

In practical terms, if items I_1, I_2, \dots, I_n are included in a scale, the procedure is as follows:

Raw score

Calculate the raw score

$$\text{RawScore} = RS = (I_1 + I_2 + \dots + I_n) / n$$

Linear transformation

Apply the linear transformation to 0-100 to obtain the score S ,

$$\text{Functional scales:} \quad S = \left\{ 1 - \frac{(RS - 1)}{\text{range}} \right\} \times 100$$

$$\text{Symptom scales / items:} \quad S = \{(RS - 1) / \text{range}\} \times 100$$

$$\text{Global health status / QoL:} \quad S = \{(RS - 1) / \text{range}\} \times 100$$

Range is the difference between the maximum possible value of RS and the minimum possible value. The QLQ-C30 has been designed so that all items in any scale take the same range of values. Therefore, the range of RS equals the range of the item values. Most items are scored 1 to 4, giving $\text{range} = 3$. The exceptions are the items contributing to the global health status / QoL, which are 7-point questions with $\text{range} = 6$, and the initial yes/no items on the earlier versions of the QLQ-C30 which have $\text{range} = 1$.

El rango es la diferencia entre el valor máximo posible de puntaje bruto “RS” y el mínimo posible valor. El QLQ-C30 se ha diseñado de manera que todos los artículos en cualquier escala toman la misma gama de valores. Por lo tanto, la gama de RS es igual a la gama de los valores de los elementos. La mayoría de los artículos son anotado 1 a 4, dando gama = 3. Las excepciones son los elementos que contribuyen al estado de salud / calidad de vida, que son cuestiones de 7 puntos con rango = 6, y las iniciales sí / no hay elementos en las versiones anteriores del QLQ-C30, que tienen rango = 1.

7. OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

Determinar la calidad de vida de pacientes mastectomizadas que reciben tratamiento adyuvante en SOLCA núcleo de Loja periodo 2015.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Determinar las características sociodemográficas de las pacientes mastectomizadas que reciben terapia adyuvante en SOLCA núcleo de Loja.
- Evaluar el impacto de la mastectomía (parcial y radical) en la calidad de vida de las pacientes, que reciben tratamiento adyuvante en dicha institución.
- Establecer la calidad de vida de aquellas pacientes mastectomizadas con y sin reconstrucción mamaria.

8. METODOLOGIA

TIPO DE INVESTIGACIÓN:

- **Descriptiva:** Porque se describió las características de la población en estudio.
- **Transversal:** Porque la población en estudio, se sometió a una sola observación.

ÁREA DE ESTUDIO

- La presente investigación se llevó a cabo en el área de consulta externa de SOLCA Núcleo de Loja, periodo Mayo - Octubre de 2015.

UNIVERSO Y MUESTRA

- **UNIVERSO:** Estuvo conformada por 160 pacientes intervenidas con mastectomía unilateral como bilateral que reciben tratamiento adyuvante.
- **MUESTRA:** Lo conformo las 40 pacientes que cumplen con los criterios de inclusión.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN

- Mujeres con diagnóstico de cáncer de mama que han sido intervenidas con mastectomía.
- Mujeres con diagnóstico de cáncer de mama en estadios “**I - II - III**”
- Mujeres mastectomizadas que estén recibiendo como esquema terapéutico quimioterapia/radioterapia y terapia hormonal.
- Mujeres con y sin reconstrucción mamaria, postmastectomía.

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

- Pacientes con diagnóstico de cáncer de mama que presenten otras comorbilidades.
- Presencia de otra neoplasia maligna activa.
- Pacientes con cáncer de mama en estadio IV
- Mujeres con cáncer de mama sometidas a tratamiento paliativo.

- Aquellas pacientes que se negaran a participar del estudio.

PROCEDIMIENTO, TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Procedimiento:

- Para la recolección de datos se solicitó la autorización al Dr. José María Molina Director del Hospital SOLCA Núcleo de Loja y al Comité de Investigación y Comité de Ética Asistencial, el mismo que mediante memorándum N° 375 le da a conocer a la Lic. Rosa Orbe, encargada del Área de Consulta Externa sobre mi ingreso a este servicio.
- Se obtuvo el consentimiento informado por parte de la paciente, con su firma, número de cédula y la explicación correspondiente de la investigación (Anexo #2).
- Se procedió a aplicar el cuestionario **EORTC QLQ – C30**, traducido y validado a 81 idiomas y acoplado al léxico de nuestro medio (Anexo #1).

No obstante se presentaron distintas situaciones que obligaron a tomar medidas específicas para poder aplicar el cuestionario a la población de estudio: Las pacientes que no estaban citadas o cuyas citas no coincidían con el tiempo destinado para la recolección de datos, fueron contactadas por vía telefónica para la aplicación del cuestionario.

Técnicas de observación.

- Revisión de Historias Clínicas y Registro de Tumores de las pacientes mastectomizadas - SOLCA Núcleo de Loja.

Instrumentos utilizados en el proceso de recopilación de la información:

- Formulario de Recolección de Datos: se compone de dos parámetros (Anexo #1):

- **Caracterización del paciente:**

Edad, estado civil, nivel de instrucción y situación laboral.

- **Datos Clínicos:**

Quirúrgico: Mastectomía Parcial o Segmentaria - Mastectomía Radical - Mastectomía con reconstrucción mamaria.

Terapia adyuvante: Radioterapia – Quimioterapia – Hormonoterapia

- **Cuestionario.** Para la evaluación de la calidad de vida se utilizó el cuestionario EORCT QLQ C30 (Organización Europea para la Investigación y Tratamiento del Cáncer), el cual consta de 30 ítems; se estructura en 5 escalas funcionales (funcionamiento físico, actividades cotidianas, funcionamiento emocional, funcionamiento cognitivo y funcionamiento social); 3 escalas de síntomas (fatiga, dolor y náuseas y vómitos); 1 escala de estado global de salud ; y 6 ítems independientes (disnea, insomnio, anorexia, estreñimiento, diarrea e impacto económico). La mayoría de los ítems se puntúan entre 1 a 4 (1: en absoluto, 2: un poco, 3: bastante y 4: mucho) con rango = 3, las excepciones son los ítems que contribuyen al estado de salud global, que son preguntas que pueden valorarse entre 1 y 7 (1: pésima y 7: excelente) con rango = 6 y los ítems iniciales SI / NO que tienen rango = 1 . Estos resultados se transforman en una puntuación estandarizada (score: 0-100), los valores superiores o inferiores de 50 deben interpretarse como mejores o peores, respectivamente, de tal forma que un valor alto es “mejor” en las escalas de salud global y estado funcional, y es “peor” en las escalas de síntomas, pues indica mayor presencia de sintomatología.

Principios generales de la puntuación: En términos prácticos, si los elementos se incluyen en una escala, el procedimiento es el siguiente:

- Calcular la puntuación bruta (Raw Score) o promedio:

$$RS = (I1 + I2 + \dots + I4)/n$$

- Aplicar la transformación lineal a 0 - 100 para obtener el score

$$\text{Escala funcional } S = \left\{ 1 - \frac{(RS-1)}{range} \right\} * 100$$

$$\text{Escala de síntomas / Estado Global de Salud } S = \{(RS - 1)/range\} * 100$$

El análisis de la base de datos se realizó mediante el paquete estadístico de Microsoft Excel. Para la interpretación de resultados se optó por la mediana como parámetro descriptivo en base al score (0-100) obtenido en la valoración de cada una de las escalas del cuestionario. Finalmente para valorar las posibles diferencias entre los grupos tratados con cirugía radical o conservadora se empleó la prueba exacta de Fisher.

9. RESULTADOS

OBJETIVO 1: Determinar las características sociodemográficas de las pacientes mastectomizadas que reciben terapia adyuvante en SOLCA núcleo de Loja.

TABLA #1A: Características sociodemográficas de las pacientes mastectomizas que reciben terapia adyuvante en SOLCA Núcleo de Loja.

CARACTERISTICAS SOCIODEMOGRAFICAS DELAS PACIENTES			
		N°	%
EDAD	< 40 Años	4	10%
	40 - 49	13	33%
	50 -59	16	40%
	60 - 69	6	15%
	> 70 Años	1	3%
		40	100%
ESTADO CIVIL	Casada	24	60%
	Soltera	8	20%
	Unión Libre	1	3%
	Divorciada	4	10%
	Viuda	3	8%
		40	100%
N. DE INSTRUCCIÓN	Ninguno	4	10%
	Primaria	9	23%
	Secundaria	13	33%
	Superior	14	35%
		40	100%
OCUPACION	Activo	15	38%
	Jubilado	1	3%
	QQ. DD	23	58%
	Otros	1	3%
		40	100%

Fuente: Formulario de Recolección de Datos

Elaborado por: Franco Xavier Villalta Córdova.

Interpretación de Resultados:

La presente tabla refleja las características de las 40 participantes en estudio. La edad media de las pacientes fue 50,42 años (Rango: 30 a 80 años). En afinidad con la edad media, el 40% de mujeres intervenidas se encuentra inmersas entre los 50-59 años (n=16), seguido de un 33% cuya edad fluctúa en los 40-49 años (n=13). En proporción con la distribución de edades el 60% de las mujeres están casadas (n=24), seguido de un 20% (n=8) cuyo estado civil es soltera. El nivel instructivo que predomina es el nivel superior con el 35% (n=14), le sigue el nivel secundario con un 33% (n=13), un 23% (n=9) cuenta con tan solo el nivel primario. No en relación con el nivel instructivo, la situación laboral más común fue la de “Ama de casa” con un 58%(n=23), seguida de un estado activo con el 38% (n=15) y el 10% (n=2) remanente esta jubilada/otros.

TABLA #1B: Datos clínicos de las pacientes mastectomizadas que reciben terapia adyuvante en SOLCA Núcleo de Loja.

DATOS CLINICOS DE LAS PACIENTES			
		N°	%
ESTADIO	O	0	0%
	I	4	10%
	IIA	10	25%
	IIB	12	30%
	IIIA	10	25%
	IIIB	2	5%
	IIIC	2	5%
		40	100%
MASTECTOMIA	Conservadora	8	20%
	Radical	32	80%
	Unilateral	0	0%
	Bilateral	0	0%
		40	100%
C. RECONSTRUCTIVA	SI	5	13%
	NO	35	88%
		40	100%
QUIMIOTERAPIA	SI	23	58%
	NO	17	43%
		40	100%
RADIOTERAPIA	SI	7	18%
	NO	33	83%
		40	100%
HORMONOTERAPIA	SI	10	25%
	NO	30	75%
		40	100%

Fuente: Formulario de Recolección de Datos

Elaborado por: Franco Xavier Villalta Córdova.

Interpretación de resultados:

Los estadios más comunes a la hora del diagnóstico son el IIb con un 30%(n=12) y el IIa – IIIa con el 25% (n=10) cada uno respectivamente. El tipo histológico tumoral más frecuente fue el carcinoma ductal infiltrante (CDI), que supuso el 63%(n=25) de los tumores, seguido por el CDI con componente in situ 20% (n=8). Referente al manejo terapéutico, el 80% (n=32) fue intervenido con mastectomía radical modificada “MRM” y un 20% (n=8) se sometió a cirugía conservadora “CC” Simultáneamente a la intervención quirúrgica un 13% (n=5) se sometió a cirugía reconstructiva (colocación de prótesis) La terapia adyuvante que predomina en las participantes es la quimioterapia (QT) con el 58% (n=23), seguida de la hormonoterapia y radioterapia.

OBJETIVO 2: Evaluar el impacto de la mastectomía (conservadora y radical) en la calidad de vida de las pacientes, que reciben tratamiento adyuvante en dicha institución,

TABLA #2: Medición de la Calidad de Vida mediante la aplicación del cuestionario EORTC QLQ – C30.

VALORES DE CALIDAD DE VIDA POR EL CUESTIONARIO EORTC QLQ-C30 SEGÚN EL TIPO DE MASTECTOMIA									
EORCT QLQ-30	CIRUGIA CONSERVADORA				MASTECTOMIA RADICAL MODIFICADA				
	BUENA		BAJA		BUENA		BAJA		
	Nº	Md	Nº	Md	Nº	Md	Nº	Md	P
Estado Global	8	66,67	1	41,67	31	58,33	0	0,00	0,052972
Función Física	9	100,00	0	0,00	31	80,00	0	0,00	0,49989
Actividad Cotidiana	9	100,00	0	0,00	31	100,00	0	0,00	0,122831
Rol Emocional	8	91,67	1	41,67	25	58,33	6	41,67	0,618966
Función Cognitiva	9	83,33	0	0,00	31	83,33	0	0,00	0,956487
Función Social	8	66,67	1	33,33	19	50,00	12	33,33	0,604801
Fatiga	9	33,33	0	0,00	30	33,33	1	55,56	0,460821
Dolor	9	16,67	0	0,00	26	16,67	7	50,00	0,770635
Nauseas / Vomito	9	0,00	0	0,00	31	0,00	0	0,00	0,709968
Disnea	9	0,00	0	0,00	31	0,00	0	0,00	0,004939
Insomnio	9	0,00	0	0,00	24	33,33	7	0,00	0,510709
Anorexia	9	0,00	0	0,00	25	33,33	6	66,67	0,460821
Estreñimiento	9	33,33	0	0,00	31	0,00	0	0,00	0,692984
Diarrea	9	0,00	0	0,00	31	0,00	0	0,00	0,836195
I. Economica	9	16,66	0	0,00	31	33,33	0	0,00	0,641888

Fuente: Cuestionario EORTC QLQ-30. Dpto. Consulta Externa Hospital SOLCA Núcleo de Loja.

Elaborado por: Franco Xavier Villalta Córdova.

Interpretación de resultados:

En lo que respecta al Estado Global de Salud, la puntuación global del EORTC QLQ-C30, refleja una buena calidad de vida en ambas modalidades quirúrgicas (66,67 CC vs 58,33 MRM; p 0,052972). No obstante al considerar ambas intervenciones, la CC mostró mejor puntuación en tres de las dimensiones funcionales: función física (100,00 vs 80,00; p 0,49989), rol emocional (91,67 vs 58,33; p 0,618966), función social (66,67 vs 50,00; p 0,604801). La fatiga y el dolor como dimensiones de síntomas, reflejan una escasa afectación con medianas entre 33,33 y 16,67 respectivamente. Respecto a los síntomas valorados mediante ítems únicos, el insomnio, la anorexia y estreñimiento, expresan escasa afectación en las distintas modalidades quirúrgicas con una mediana de (33,33). Finalmente el impacto económico no muestra discrepancia en ambas modalidades quirúrgicas, no obstante reflejan una escasa afectación (33,33).

OBJETIVO 3: Establecer la calidad de vida de aquellas pacientes mastectomizadas con y sin reconstrucción mamaria.

TABLA #3: Medición de la Calidad de Vida mediante la aplicación del cuestionario EORTC QLQ – C30.

VALORES DE CALIDAD DE VIDA POR EL CUESTIONARIO EORTC QLQ-C30 SEGÚN EL TIPO DE MASTECTOMIA									
EORTC QLQ-30	MASTECTOMIA CON RECONSTRUCCIÓN MAMARIA				MASTECTOMIA SIN RECONSTRUCCIÓN MAMARIA				P
	BUENA		MALA		BUENA		MALA		
	Nº	Md	Nº	Md	Nº	Md	Nº	Md	
Estado Global	5	66,67	0	0,00	34	66,67	1	41,67	0,498741
Función Física	5	80,00	0	0,00	35	80,00	0	0,00	0,414606
Actividad Cotidiana	5	100,00	0	0,00	35	100,00	0	0,00	0,531217
Rol Emocional	3	75,00	2	41,67	29	50,00	6	41,67	0,009372
Función Cognitiva	5	83,33	0	0,00	35	83,33	0	0,00	0,226537
Función Social	4	66,67	1	66,67	23	66,67	12	33,33	0,754810
Fatiga	5	44,44	0	0,00	34	33,33	1	55,56	0,568360
Dolor	4	33,33	1	66,67	29	16,67	6	50,00	0,663055
Nauseas / Vomito	5	33,33	0	0,00	35	0,00	0	0,00	0,645679
Disnea	5	0,00	0	0,00	35	0,00	0	0,00	0
Insomnio	4	33,33	1	66,67	29	33,33	6	66,67	0,410409
Anorexia	4	33,33	1	66,67	30	33,33	5	66,67	0,754345
Estreñimiento	5	0,00	0	0,00	35	0,00	0	0,00	0
Diarrea	5	0,00	0	0,00	35	0,00	0	0,00	0,584085
I. Economica	4	16,67	1	66,67	20	33,33	15	66,67	0,430345

Fuente: Cuestionario EORTC QLQ-30. Dpto. Consulta Externa Hospital SOLCA Núcleo de Loja.

Elaborado por: Franco Xavier Villalta Córdova.

Interpretación de resultados:

Las pacientes mastectomizadas en quienes se efectuó un procedimiento reconstructivo; la puntuación global del EORTC QLQ-C30, referente al Estado Global de Salud no mostro discrepancia (66,67 vs 66,67: p 0,498741). Todas las dimensiones funcionales expresaron una buena calidad de vida; No obstante las pacientes con reconstrucción mamaria presentaron una mejor puntuación en el rol emocional (75,00 vs 50,00: p 0,009372). Las dimensiones de síntomas, reflejan puntuaciones estadísticamente significativas a favor de las pacientes sin reconstrucción mamaria, expresando una escasa afectación. Por otra parte los síntomas valorados mediante ítems únicos: el insomnio y la anorexia reflejan una escasa afectación en ambos tipos de pacientes con una mediana de (33,33). Finalmente el impacto económico es discretamente mejor en las pacientes sin reconstrucción.

10. DISCUSIÓN

Actualmente el cáncer de mama es un problema relevante en nuestra sociedad, cuyo tratamiento afecta distintas esferas de la vida de quienes lo padecen.

De todos los factores que pueden influir en la CVRS, el tratamiento quirúrgico puede ser uno de los más importantes; por lo cual, el eje principal del estudio consiste en analizar la repercusión que ejerce la modalidad quirúrgica sobre las diferentes áreas de la CVRS, mediante la aplicación del cuestionario EORTC – QLQ C30

En el presente estudio la puntuación de la serie obtenida en la escala del EORTC QLQ-C30, que mide la percepción del estado global de salud, fue de 66,67 en la CC y de 58,33 en la MRM; Dato que se afianza en estudios realizados en Alemania en el año 2010, encontrándose valores medios en la escala de salud global que oscilan entre (58,00 y 77,00), tras la aplicación del cuestionario (EORTC QLQ-BR23), sugiriendo en términos generales una buena calidad de vida (Harlt, 2010).

Otro estudio que afirma este resultado, es el de Parker que compara los efectos que ejerce el tipo de intervención realizada a corto y a largo plazo sobre la CVRS de 258 pacientes y concluye que el estado de salud global y los dominios psicosociales son similares entre los tipos de cirugía, y que a medida que transcurre el tiempo se produce una marcada mejoría en ambos grupos (Parker, 2008).

En lo que respecta a las escalas funcionales, la CC mostró mejores resultados que la cirugía radical en tres de las dimensiones: función física, rol emocional, función social. Esto se corrobora por un ensayo aleatorizado que incluye 558 pacientes, en el que las pacientes con CC presentaron significativamente un mejor funcionamiento físico en el mes posterior a la cirugía frente a las sometidas a una intervención radical (Ganz, 2012). Estos hallazgos podrían ser explicados porque en el primer mes, los principales síntomas fueron los derivados de la intervención; adicionalmente, los casos que requirieron CC eran

tumores menores que precisaron una cirugía más limitada y por tanto menos agresiva que aquellas candidatas a cirugía radical.

El cuestionario QLQ-C30 evalúa el estado emocional a través de cuatro preguntas sobre el estado de ánimo, preocupación, irritabilidad y depresión de las mujeres.

Según Montazeri y Schou, en los tres primeros meses tras el tratamiento adyuvante se produce un periodo de transición en el que aumenta el estrés psicológico debido a que las secuelas físicas de la intervención (linfedema, caída de pelo).

Al igual un estudio comparativo realizado en Cuba por Izquierdo-González en el año 2008, demostró que el 81,2% mostró preocupación y el 62,5% mostró algún grado de depresión; estos dos aspectos en la escala de evaluación, la preocupación con un media de 54,67 y la depresión 66,67 fueron los factores que incidieron para que la escala emocional esté por debajo de los valores normativos de calidad de vida (González, 2008). Esto se corrobora con nuestro estudio pues las pacientes sujetas a CC mostraron un mejor rol emocional que las pacientes sometidas a MRM

En nuestra experiencia, las pacientes no experimentaron afectación en el funcionamiento cognitivo. En un estudio realizado, Debess constata la escasa afectación cognitiva de las pacientes sometidas a ambas modalidades quirúrgicas, no encontrando diferencias con la población normal Danesa; más bien lo relaciona con síndromes depresivos o pensamientos intrusivos producidos por el hecho de padecer un cáncer.

En cuanto a las escalas de síntomas generales y específicos, no se reportan puntuaciones elevadas reflejando escasa afectación. Por modalidad de intervención, se obtuvieron resultados discretamente mejores en el grupo de CC. Corroborando estos resultados, un estudio de Izquierdo-González mostro que la CC ofreció menos síntomas que la MRM y a su vez establece una menor prevalencia de linfedema tras CC (González, 2010).

En el trabajo de King se constata que los síntomas secundarios al tratamiento sistémico (como náuseas, vómitos, caída de pelo) desaparecen tras un año, persistiendo únicamente los relacionados con el linfedema y los menopáusicos.

El impacto económico refleja escasa afectación pues el mayor porcentaje de pacientes en estudio son aseguradas, cursan con estudios superiores y un estado ocupacional activo, que se traduce en una buena CVRS. Esto se consolida con un estudio en Chile que propone que el trabajo contribuye a la satisfacción personal y hace sentir útil al individuo (Arraztoa 2004).

Ware, J, sugiere que las personas que sufren una mutilación o destrucción del contorno mamario que optan por una reconstrucción de la mama tuvieron una repercusión positiva discretamente mayor en la calidad de vida, y en ámbito de la sexualidad (Ware J, 2013). Estos datos contrastan con nuestro estudio, donde el rol emocional presenta una puntuación significativa en comparación con las que no recibieron cirugía reconstructiva.

Vale destacar, que las mujeres jóvenes obtuvieron un mayor funcionamiento físico que las con mayor edad, pero no así en el componente mental; lo que según Engel y cols. Se debería a que este grupo padece mayores períodos de depresión, producto de una imagen corporal más alterada y un funcionamiento social más pobre. Según un estudio de Cohen y cols, donde se evaluó la calidad de vida de pacientes con rango de edad entre 30 a 79 años, las pacientes con mayor edad arrojaron mejores puntajes de calidad de vida. Este autor sugiere que se debe a que las mujeres más jóvenes tienen mayores problemas de adaptación después del tratamiento del cáncer de mama. Desafortunadamente, las definiciones de edad varían de un estudio a otro, por lo que es difícil determinar con certeza en que rangos etarios la calidad de vida se encuentra más afectada.

11. CONCLUSIONES

1. Se concluye que la edad media de las pacientes en estudio es de 50,42 años, siendo el grupo etario de 50 a 59 años en el que se encuentra inmerso el mayor número de participantes, seguido por el grupo etario de 40 a 49 años; en proporción al grupo etario la mayor parte de mujeres son casadas/solteras, el nivel instructivo que mayormente predomina es el superior, en relación a la ocupación el gran porcentaje se encuentra sumido en los QQDD/Activo. En relación a los datos clínicos el Estadio clínico más frecuente a la hora del diagnóstico fue el IIb seguido de IIa/IIIa, el tipo histológico más común es el CDI y en lo que respecta a la modalidad terapéutica, la MRM es la que prevalece al igual que la quimioterapia como terapia sistémica.
2. No existe discrepancia significativa en relación a la modalidad quirúrgica, ambas refieren una buena CVRS. No obstante la CC en contraste con la MRM, proporcionó una mejor puntuación en la medición del EORCT QLQ-C3, con dominio en tres de las dimensiones funcionales: física, rol emocional, social; y en cuanto a la sintomatología, la CC proporcionó menor fatiga, dolor con excepción de insomnio y anorexia presentes en ambas intervenciones.
3. Las pacientes con cáncer de mama que, como parte del tratamiento, sufrieron una mutilación o destrucción del contorno mamario y éste se reconstruye, tienen mejor calidad de vida que las que optan por no efectuarse, con un mayor dominio en el rol emocional, no obstante en la escala de sintomatología reflejan una escasa afectación a diferencia de las que no se sometieron cuya sintomatología es casi nula.

12. RECOMENDACIONES

1. Se recomienda a SOLCA Núcleo de Loja, la instauración de instrumentos que evalúen la calidad de vida de las pacientes, tanto en el servicio hospitalario como ambulatorio, permitiendo al profesional de la salud un mejor abordaje del paciente oncológico.
2. Se recomienda a Instituciones Públicas y Privadas de Salud, la implantación de programas regidos por un equipo multidisciplinario que incorpore en forma temprana y continúa la intervención psicosocial con el fin de reducir el impacto de la intervención quirúrgica en las pacientes con cáncer de mama.
3. Se recomienda que a partir de presente estudio, propongan nuevas investigaciones del tipo longitudinal, pues existen pocos estudios que hagan referencia a la Calidad de Vida Relacionada con la Salud, durante el periodo de transición entre el final del tratamiento primario y el periodo de supervivencia; al igual de estudios que permitan comparar los resultados de calidad de vida medidos con distintos instrumentos para analizar si existen diferencias significativas entre ellos.

13. BIBLIOGRAFIA

- Moro D, P. S. (2013). Evolution of Health-Related Quality of Life in Breast Cancer Patients during the First Year of Follow-Up. *J Breast Cancer. PubMed PMID 3625756.*, 104-111.
- A., R. (21 de Marzo de 2012). *Calidad de vida en pacientes intervenidas por cáncer de mama.(Tesis en internet) Barcelona*. Recuperado el 2008, de [http://ddd.uab.cat/pub/trerecpro/2012/hdl_2072_181264/TR-Royo Aznar.pdf](http://ddd.uab.cat/pub/trerecpro/2012/hdl_2072_181264/TR-Royo_Aznar.pdf)
- Alonso J, P. L. (1995). Versión española del SF-36 Health Survey (Cuestionario de Salud SF-36). *Med Clin* , 1-6.
- American Cancer Society. (2007 (citado el 1 de junio del 2012). Global cancer facts and figures. *American Cancer Society*, www.cancer.org/acs/groups/content/@nho/documents/document/global_facts_and_figures_2007_rev2p.pdf.
- American Cancer Society. (23 de Septiembre de 2013). *Cancer facts & figures for Hispanics/latinos 2012-2014*. Recuperado el 2012, de www.cancer.org/acs/groups/content/@epidemiologysurveillance/documents/document/acsp_c-034778.pdf
- C., G. (2007). *El perfil de salud de Nottingham y el cuestionario de salud sf36 como instrumentos de medida de la calidad de vida en mujeres gestantes*. Obtenido de España universidad de Valencia.: <http://www.tdx.cat/bitstream/handle/10803/10073/grao.pdf;jsessionid=5650ECAD33CC2526ECD9B59109762235.tdx2?sequence=1>

- D., B. B. (28 de Marzo de 2012). *Supervivientes de Cáncer de mama; Calidad de Vida y diagnóstico prevalente; España*. Recuperado el 2012, de <http://elsevier.es/es/revistas/enfermeria clinica-35/supervivientes-cáncer-mama-calidad-vida-diagnóstico-prevalentes-90104724-originales-2012>.
- Dorval M. (1998). *Type of mastectomy and quality of life for long term breast carcinoma survivors*. . Recuperado el 12 de Noviembre de 2012, de American cancer society: [http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/\(SICI\)10970142\(19981115\)83:10%3C2130::AID-CNCR11%3E3.0.CO%3B2-8/full](http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/(SICI)10970142(19981115)83:10%3C2130::AID-CNCR11%3E3.0.CO%3B2-8/full)
- Fayers PM, A. N. (2001). EORTC QLQ-C30 Scoring Manual on behalf of the EORTC Quality of Life. Group. Brussels: EORTC,, 2-15.
- Ferriols R., F. F. (12 de Mayo de 2012). *Calidad de Vida en Oncología Clínica. Farm Hosp [Revista en internet] 1995*. Recuperado el 2012, de http://www.sefh.es/revistas/vol19/n6/315_322.PDF
- G, D. (12 de Junio de 2012). *Evaluación de la Calidad de Vida tras el tratamiento primario de cáncer de mama*. Recuperado el 2012, de <http://www.index-f.com/index-enfermeria/v18n4/7038.pdf>
- GLOBOCAN. (2010 (citado 1 de junio del 2012). Cancer incidence: mortality and prevalence world wide. *International Agency for Research on Cancer*, <http://www-depiarc.fr>.
- I., R. (5 de Febrero de 2014). *Validez del cuestionario de calidad de vida SF-36 como indicador de resultados de procedimientos médicos y quirúrgicos. Vizcaya. Rev Calidad Asistencial*. Recuperado el Junio de 2002, de 42 [zl.elsevier.es/es/revista/calidad-asistencial-256/validez-cuestionario-calidad-vida-sf-36-como-indicador-13034009-originales-2002](http://elsevier.es/es/revista/calidad-asistencial-256/validez-cuestionario-calidad-vida-sf-36-como-indicador-13034009-originales-2002)

J., M. (1 de Junio de 2012). *¿Se puede medir la calidad de vida? ¿Cuál es su importancia?*.

Recuperado el 2004, de Cirugía Española. :

http://aecirujanos.es/revisiones_cirugia/2004/Agosto2.pdf

Kornblith A, H. J. (2003). Long-term adjustment of survivors of early-stage breast carcinoma, 20 years after adjuvant chemotherapy. *Pub Med PMID 12910510*, 4-0.

McHorney C, K. M. (1994). Comparisons of the costs and quality of norms for the SF-36 health survey collected by mail versus telephone interview. *Med Care. 1994 Jun, PubMed PMID 8189774*, 51-67.

Mols F, V. A.-F. (12 de Enero de 2014). *Quality of life among long-term breast cancer survivors: A systematic review*. Recuperado el Noviembre de 2005, de European Journal of Cancer.: www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16226458

Ohsumi Sh. (2009). Factors Associated with health- related quality of life in breast cancer survivors: influence of the type of surgery. *Jpn J Clin Oncol. PubMed PMID 19520689*, 49-50.

Soto - Cáceres R, S.-C. V. (23 de Enero de 2014). *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 [Internet]*. Recuperado el Febrero de 2013, de www.cmhnaaa.org.pe/pdf/v6-n1-2013/RCM-V6-N1-ene-mar-2012_pag25-29.pdf

Soto-Cáceres R, S.-C. V. (23 de Enero de 2014). *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*. Recuperado el Febrero de 2013, de Rev

cuerpo Méd HNAAA : www.cmhnaaa.org.pe/pdf/v6-n1-2013/RCM-V6- N1-ene-mar-2012_pag25-29.pdf

UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA

CALIDAD DE VIDA DE PACIENTES MASTECTOMIZADAS QUE RECIBEN TRATAMIENTO ADYUVANTE EN SOLCA NÚCLEO DE LOJA.

Nombre: **N. De Cedula**.....

Estado civil:

- Casada ()
- Soltera ()
- Unión libre ()
- Divorciada ()
- Viuda ()

Nivel de instrucción:

- Ninguno ()
- Primaria ()
- Secundaria ()
- Superior ()

Situación Laboral

- Activa ()
- Jubilada ()
- Ama de casa ()

DATOS CLINICOS

MASTECTOMIA: Partial () Radical ()
Unilateral () Bilateral ()

RECONSTRUCCIÓN MAMARIA: Si () No ()

RADIOTERAPIA Si () No ()

QUIMIOTERAPIA Si () No ()

HORMONOTERAPIA Si () No ()



UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA

AREA DE LA SALUD HUMANA

CUESTIONARIO EORTC QLQ-C30

Estamos interesados en conocer algunas cosas de usted y su salud. Por favor, responda a todas las preguntas personalmente, rodeando con un círculo el número que mejor se aplique a su caso. No hay contestaciones «acertadas» o «desacertadas». La información que nos proporcione será confidencial.

	No	Sí
1. ¿Tiene alguna dificultad para hacer actividades que requieran un esfuerzo importante, como llevar una bolsa de la compra o maletas?	1	2
2. ¿Tiene alguna dificultad para dar un paseo largo?	1	2
3. ¿Tiene alguna dificultad para dar un paseo corto fuera de casa?	1	2
4. ¿Tiene que permanecer en la cama o sentado en la silla la mayor parte del día?	1	2
5. ¿Necesita ayuda para comer, vestirse, asearse o ir al servicio?	1	2
6. ¿Tiene algún impedimento para hacer su trabajo o las tareas y arreglos del hogar?	1	2
7. ¿Es usted totalmente incapaz de realizar un trabajo profesional o las tareas y arreglos del hogar?	1	2

Durante la última semana:

	En Absoluto	Un Poco	Bastante	Mucho
8. ¿Le faltó aire?	1	2	3	4
9. ¿Ha tenido dolor?	1	2	3	4
10. ¿Necesitó parar para descansar?	1	2	3	4
11. ¿Ha tenido dificultades para dormir?	1	2	3	4
12. ¿Se ha sentido débil?	1	2	3	4
13. ¿Le ha faltado el apetito?	1	2	3	4
14. ¿Ha tenido náuseas?	1	2	3	4
15. ¿Ha vomitado?	1	2	3	4
16. ¿Ha estado estreñido?	1	2	3	4
17. ¿Ha tenido diarrea?	1	2	3	4
18. ¿Estuvo cansado?	1	2	3	4
19. ¿Interfirió algún dolor en sus actividades diarias?	1	2	3	4
20. ¿Ha tenido dificultad en concentrarse en cosas como leer el periódico o ver la televisión?	1	2	3	4
21. ¿Se sintió nervioso?	1	2	3	4
22. ¿Se sintió preocupado?	1	2	3	4
23. ¿Se sintió irritable?	1	2	3	4
24. ¿Se sintió deprimido?	1	2	3	4
25. ¿Ha tenido dificultades para recordar cosas?	1	2	3	4
26. ¿Ha influido su estado físico o el tratamiento médico	1	2	3	4

en su vida familiar?

27. ¿Ha influido su estado físico o el tratamiento médico en sus actividades diarias?

1	2	3	4
---	---	---	---

28. ¿Le han causado problemas económicos su estado físico o el tratamiento médico?

1 2 3 4

Por favor en las siguientes preguntas, ponga un círculo en el número del 1 al 7 que mejor se aplique a usted.

29. ¿Cómo valoraría su condición física general durante la semana pasada?

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

Pésima

Excelente

30. ¿Cómo valoraría su calidad de vida en general durante la semana pasada?

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

Pésima

Excelente



ANEXO 2

UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA

AREA DE LA SALUD HUMANA

CARRERA DE MEDICINA

FICHA INFORMATIVA

Estudio de investigación: Calidad de vida de pacientes mastectomizadas que reciben tratamiento adyuvante en SOLCA Núcleo de Loja.

La presente investigación es conducida por el estudiante de Medicina Humana del 6to año y por el Dr. Héctor Velepucha, director de proyecto investigativo y docente de la Universidad Nacional de Loja. El objetivo de este estudio es evaluar la calidad de vida de pacientes mastectomizadas que reciben terapia adyuvante.

Si usted accede a participar en este estudio, se le pedirá responder algunas preguntas en una encuesta realizada por el estudiantes a cargo, que tomará aproximadamente 15 minutos de su tiempo. La participación en este estudio es voluntaria y la información será confidencial, no se usará para ningún otro propósito fuera de los de esta investigación. Sus respuestas al cuestionario y a la entrevista serán codificadas y por lo tanto, serán ANÓNIMAS. Este proyecto no presenta riesgo alguno, que atente contra la vida del participante. La participación es totalmente gratuita y usted tendrá acceso a la información de los resultados. Si tiene alguna duda sobre este proyecto, puede hacer preguntas en cualquier momento durante su participación en él y puede retirarse del proyecto en cualquier momento sin que eso lo perjudique en ninguna forma. Si alguna de las preguntas durante la entrevista le parecen incómodas, tiene usted el derecho de hacérselo saber al investigador o de no responderlas.

Desde ya le agradecemos su participación.



CONSENTIMIENTO INFORMADO

Estudio de investigación: Calidad de vida de pacientes mastectomizadas que reciben tratamiento adyuvante en SOLCA Núcleo de Loja.

Yo, de cédula de identidad N°.....

Declaro haber recibido toda la información con respecto a este estudio, cuyo propósito es evaluar la calidad de vida de pacientes mastectomizadas, a través de una breve entrevista (duración aprox. 15 minutos) que deberé responder en una sola oportunidad y cuyos datos serán manejados confidencialmente y no será usada para ningún otro propósito fuera de los de este estudio sin mi consentimiento.

He sido informado de que puedo hacer preguntas sobre el proyecto en cualquier momento y que puedo retirarme del mismo cuando así lo decida, sin que esto ocasione problema alguno para mi persona. De tener preguntas sobre mi participación en este estudio, puedo contactar a la persona responsable:

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 conducida por el estudiante de Medicina del 6to año y dirigida por el Dr. Héctor Velepucha, docente de la Universidad Nacional de Loja

Franco Villalta Córdova

Teléfono: 0939929199

Correo electrónico: francvicor_2590otmail.com

Fecha: _____

DNI:

.....

Firma del Participante

ANEXO 3

PUNTUACION EORTC - QLQ C30																
MASTECTOMIA RADICAL MODIFICADA																
N	E.G	F.F	A.C	R.E	F.C	F.S	F	D	N/V	DIS	I	A	D	E	I.E	
2	50,00	100,00	100,00	66,67	66,67	50,00	22,22	33,33	33,33	0,00	33,33	33,33	33,33	33,33	33,33	
3	66,67	100,00	100,00	66,67	83,33	50,00	22,22	50,00	0,00	0,00	33,33	66,67	0,00	33,33	0,00	
4	50,00	100,00	100,00	75,00	100,00	33,33	22,22	16,67	0,00	0,00	33,33	33,33	33,33	33,33	0,00	
5	66,67	100,00	100,00	58,33	100,00	50,00	22,22	33,33	33,33	0,00	33,33	33,33	0,00	0,00	33,33	
7	58,33	80,00	100,00	75,00	83,33	66,67	33,33	33,33	0,00	0,00	0,00	33,33	0,00	0,00	33,33	
8	50,00	100,00	100,00	33,33	66,67	33,33	44,44	50,00	33,33	0,00	66,67	66,67	0,00	0,00	33,33	
9	75,00	100,00	100,00	58,33	83,33	33,33	33,33	16,67	33,33	0,00	0,00	33,33	0,00	0,00	66,67	
10	58,33	80,00	50,00	91,67	83,33	33,33	22,22	16,67	0,00	0,00	33,33	0,00	33,33	33,33	33,33	
11	75,00	80,00	100,00	41,67	100,00	66,67	22,22	16,67	0,00	0,00	33,33	0,00	33,33	0,00	33,33	
12	58,33	100,00	100,00	50,00	83,33	66,67	44,44	33,33	0,00	0,00	66,67	33,33	0,00	0,00	0,00	
13	50,00	100,00	100,00	66,67	83,33	50,00	22,22	33,33	0,00	0,00	33,33	0,00	0,00	0,00	33,33	
14	58,33	100,00	100,00	58,33	66,67	33,33	33,33	16,67	33,33	0,00	33,33	33,33	33,33	33,33	33,33	
18	50,00	80,00	100,00	50,00	83,33	33,33	44,44	66,67	33,33	0,00	33,33	66,67	33,33	0,00	33,33	
20	66,67	80,00	100,00	50,00	66,67	66,67	22,22	16,67	0,00	0,00	33,33	0,00	0,00	0,00	33,33	
21	66,67	80,00	50,00	41,67	83,33	66,67	33,33	16,67	33,33	0,00	33,33	33,33	33,33	0,00	0,00	
25	66,67	80,00	100,00	66,67	100,00	50,00	22,22	33,33	0,00	0,00	33,33	33,33	0,00	0,00	0,00	
26	66,67	80,00	100,00	50,00	50,00	66,67	33,33	33,33	0,00	0,00	33,33	33,33	0,00	33,33	0,00	
27	50,00	100,00	100,00	41,67	83,33	66,67	44,44	50,00	33,33	0,00	66,67	66,67	0,00	0,00	33,33	
28	75,00	80,00	100,00	33,33	66,67	66,67	55,56	16,67	33,33	0,00	33,33	66,67	33,33	0,00	33,33	
29	66,67	80,00	100,00	50,00	66,67	66,67	44,44	16,67	33,33	0,00	66,67	33,33	0,00	0,00	33,33	
30	50,00	100,00	100,00	66,67	66,67	50,00	22,22	16,67	0,00	0,00	33,33	33,33	0,00	0,00	33,33	
31	50,00	80,00	50,00	91,67	83,33	66,67	33,33	0,00	0,00	33,33	0,00	0,00	0,00	33,33	0,00	
32	50,00	100,00	100,00	83,33	100,00	33,33	22,22	16,67	0,00	0,00	0,00	33,33	0,00	0,00	33,33	
33	58,33	100,00	100,00	41,67	83,33	33,33	44,44	66,67	33,33	0,00	33,33	33,33	0,00	0,00	66,67	
34	66,67	100,00	100,00	66,67	66,67	33,33	22,22	16,67	33,33	0,00	66,67	33,33	0,00	0,00	33,33	
35	58,33	80,00	100,00	75,00	100,00	50,00	22,22	33,33	33,33	0,00	33,33	66,67	0,00	0,00	33,33	
36	58,33	100,00	100,00	58,33	100,00	33,33	33,33	66,67	33,33	0,00	33,33	33,33	33,33	0,00	33,33	
37	66,67	100,00	100,00	41,67	100,00	33,33	33,33	50,00	33,33	0,00	66,67	0,00	0,00	0,00	33,33	
38	66,67	60,00	50,00	50,00	83,33	66,67	33,33	0,00	0,00	33,33	33,33	0,00	33,33	33,33	33,33	
39	66,67	80,00	100,00	100,00	83,33	50,00	33,33	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	33,33	33,33	
40	75,00	100,00	100,00	66,67	83,33	33,33	33,33	33,33	0,00	0,00	66,67	33,33	33,33	0,00	33,33	

PUNTUACION EORTC - QLQ C30																
	CIRUGIA CONSERVADORA															
N	E.G	F.F	A.C	R.E	F.C	F.S	F	D	N/V	DIS	I	A	D	E	I.E	
1	58,33	80,00	100,00	75,00	67,00	33,33	33,333	33,33	33,33	0,00	33,33	33,33	0,00	33,33	0,00	
6	58,33	80,00	100,00	100,00	67,00	50,00	22,222	16,67	0,00	0,00	0,00	0,00	33,33	33,33	33,33	
15	83,33	60,00	50,00	100,00	83,00	66,67	33,333	0,00	0,00	33,33	0,00	0,00	33,33	33,33	33,33	
16	66,67	80,00	100,00	91,67	83,00	66,67	22,222	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	33,33	33,33	
17	41,67	60,00	50,00	100,00	83,00	50,00	33,333	0,00	0,00	33,33	0,00	0,00	0,00	33,33	33,33	
19	66,67	80,00	100,00	41,67	83,00	50,00	44,444	33,33	33,33	0,00	33,33	33,33	0,00	0,00	33,33	
22	66,67	100,00	100,00	91,67	100,00	66,67	33,333	33,33	0,00	0,00	0,00	33,33	0,00	0,00	0,00	
23	83,33	60,00	50,00	100,00	100,00	66,67	33,333	0,00	0,00	33,33	0,00	0,00	33,33	33,33	33,33	
24	83,33	80,00	100,00	83,33	100,00	66,67	22,222	33,33	0,00	0,00	33,33	33,33	0,00	0,00	33,33	

PUNTUACION EORTC - QLQ C30																
	MASTECTOMIA SIN RECONSTRUCCIÓN MAMARIA															
N	E.G	F.F	A.C	R.E	F.C	F.S	F	D	N/V	DIS	I	A	D	E	I.E	
1	58,33	80,00	100,00	75,00	83,33	33,33	33,33	33,33	33,33	0,00	33,33	33,33	0,00	33,33	66,67	
2	50,00	100,00	100,00	66,67	66,67	50,00	22,22	33,33	33,33	0,00	33,33	33,33	33,33	33,33	66,67	
3	66,67	100,00	100,00	66,67	83,33	50,00	22,22	50,00	0,00	0,00	33,33	66,67	0,00	33,33	0,00	
4	50,00	100,00	100,00	75,00	100,00	33,33	22,22	16,67	0,00	0,00	33,33	33,33	33,33	33,33	66,67	
5	66,67	100,00	100,00	58,33	100,00	50,00	22,22	33,33	33,33	0,00	33,33	33,33	0,00	0,00	66,67	
6	58,33	80,00	100,00	100,00	100,00	50,00	22,22	16,67	0,00	0,00	0,00	0,00	33,33	33,33	33,33	
7	58,33	80,00	100,00	75,00	83,33	66,67	33,33	33,33	0,00	0,00	0,00	33,33	0,00	0,00	33,33	
8	50,00	100,00	100,00	33,33	66,67	33,33	44,44	50,00	33,33	0,00	66,67	66,67	0,00	0,00	66,67	
9	75,00	100,00	100,00	58,33	83,33	33,33	33,33	16,67	33,33	0,00	0,00	33,33	0,00	0,00	66,67	
10	58,33	80,00	50,00	91,67	83,33	33,33	22,22	16,67	0,00	0,00	33,33	0,00	33,33	33,33	33,33	
11	75,00	80,00	100,00	41,67	100,00	66,67	22,22	16,67	0,00	0,00	33,33	0,00	33,33	0,00	33,33	
13	50,00	100,00	100,00	66,67	83,33	50,00	22,22	33,33	0,00	0,00	33,33	0,00	0,00	0,00	33,33	
14	58,33	100,00	100,00	58,33	66,67	33,33	33,33	16,67	33,33	0,00	33,33	33,33	33,33	33,33	66,67	
15	83,33	60,00	50,00	100,00	66,67	66,67	33,33	0,00	0,00	33,33	0,00	0,00	33,33	33,33	66,67	
16	66,67	80,00	100,00	91,67	100,00	66,67	22,22	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	33,33	33,33	
17	41,67	60,00	50,00	100,00	66,67	50,00	33,33	0,00	0,00	33,33	0,00	0,00	0,00	33,33	66,67	
22	66,67	100,00	100,00	91,67	83,33	66,67	33,33	33,33	0,00	0,00	0,00	33,33	0,00	0,00	66,67	
23	83,33	60,00	50,00	100,00	83,33	66,67	33,33	0,00	0,00	33,33	0,00	0,00	33,33	33,33	33,33	
24	83,33	80,00	100,00	83,33	100,00	66,67	22,22	33,33	0,00	0,00	33,33	33,33	0,00	0,00	33,33	
25	66,67	80,00	100,00	66,67	100,00	50,00	22,22	33,33	0,00	0,00	33,33	33,33	0,00	0,00	0,00	
26	66,67	80,00	100,00	50,00	50,00	66,67	33,33	33,33	0,00	0,00	33,33	33,33	0,00	33,33	0,00	
27	50,00	100,00	100,00	41,67	83,33	66,67	44,44	50,00	33,33	0,00	66,67	66,67	0,00	0,00	33,33	
28	75,00	80,00	100,00	33,33	66,67	66,67	55,56	16,67	33,33	0,00	33,33	66,67	33,33	0,00	33,33	
29	66,67	80,00	100,00	50,00	66,67	66,67	44,44	16,67	33,33	0,00	66,67	33,33	0,00	0,00	33,33	
30	50,00	100,00	100,00	66,67	66,67	50,00	22,22	16,67	0,00	0,00	33,33	33,33	0,00	0,00	33,33	
31	50,00	80,00	50,00	91,67	83,33	66,67	33,33	0,00	0,00	33,33	0,00	0,00	0,00	33,33	0,00	
32	50,00	100,00	100,00	83,33	100,00	33,33	22,22	16,67	0,00	0,00	0,00	33,33	0,00	0,00	66,67	

33	58,33	100,00	100,00	41,67	83,33	33,33	44,44	66,67	33,33	0,00	33,33	33,33	0,00	0,00	66,67
34	66,67	100,00	100,00	66,67	66,67	33,33	22,22	16,67	33,33	0,00	66,67	33,33	0,00	0,00	33,33
35	58,33	80,00	100,00	75,00	100,00	50,00	22,22	33,33	33,33	0,00	33,33	66,67	0,00	0,00	33,33
36	58,33	100,00	100,00	58,33	100,00	33,33	33,33	66,67	33,33	0,00	33,33	33,33	33,33	0,00	66,67
37	66,67	100,00	100,00	41,67	100,00	33,33	33,33	50,00	33,33	0,00	66,67	0,00	0,00	0,00	66,67
38	66,67	60,00	50,00	50,00	83,33	66,67	33,33	0,00	0,00	33,33	33,33	0,00	33,33	33,33	66,67
39	66,67	80,00	100,00	100,00	83,33	50,00	33,33	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	33,33	33,33
40	75,00	100,00	100,00	66,67	83,33	33,33	33,33	33,33	0,00	0,00	66,67	33,33	33,33	0,00	33,33

PUNTUACION EORTC - QLQ C30																
MASTECTOMIA CON RECONSTRUCCIÓN MAMARIA																
N	E.G	F.F	A.C	R.E	F.C	F.S	F	D	N/V	DIS	I	A	D	E	I.E	
12	58,33	100,00	100,00	50,00	83,33	66,67	44,444	33,333	0,00	0,00	66,67	33,33	0,00	0,00	0,00	
18	50,00	80,00	100,00	50,00	83,33	33,33	44,444	66,667	33,33	0,00	33,33	66,67	33,33	0,00	66,67	
19	66,67	80,00	100,00	41,67	83,33	50,00	44,444	33,333	33,33	0,00	33,33	33,33	0,00	0,00	33,33	
20	66,67	80,00	100,00	50,00	66,67	66,67	22,222	16,667	0,00	0,00	33,33	0,00	0,00	0,00	33,33	
21	66,67	80,00	50,00	41,67	83,33	66,67	33,333	16,667	33,33	0,00	33,33	33,33	33,33	0,00	0,00	



HOSPITAL SOLCA NUCLEO DE LOJA

Of. 375-DM-SL

Loja, 13 de septiembre de 2016

Doctora

Elvia Raquel Ruiz B. Mg. Sc

COORDINADOR CARRERA DE MEDICINA DEL ÁREA

DE MEDICINA DEL ÁREA DE LA SALUD HUMANA

DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA

Ciudad.-

De mi consideración:

Dando contestación a su Of. N° 01622 de fecha 06 de septiembre de 2016, remitido a esta Dirección mediante el cual solicita la autorización para que el estudiante Franco Xavier Villalta Córdova, realice la tesis titulada "CALIDAD DE VIDA DE PACIENTES MASTECTOMIZADAS QUE RECIBEN TRATAMIENTO ADYUVANTE EN SOLCA NÚCLEO DE LOJA", debo señalar que a criterio del Comité de Investigación y Comité de Ética Asistencial de la Institución, me es grato informarle que su solicitud ha sido acogida favorablemente

Sin otro particular, me despido de Usted, y suscribo.

Atentamente,

Dr. José M. Molina M.
DIRECTOR MEDICO
JMM/VCAM
c.c. Archivo



Líderes en la Enseñanza del Inglés

Lic. Joan Morales Abad
DOCENTE DE FINE-TUNED ENGLISH CÍA LTDA.

CERTIFICA:

Que el documento aquí compuesto es fiel traducción del idioma español al idioma inglés del resumen de tesis "CALIDAD DE VIDA DE PACIENTES MASTECTOMIZADAS QUE RECIBEN TRATAMIENTO ADYUVANTE EN SOLCA NÚCLEO DE LOJA PERIODO 2015" autoría del Sr. Franco Xavier Villalta Córdova con cédula 1104637002.

Lo certifica en honor a la verdad y autorizo al interesado hacer uso del presente en lo que a sus intereses convenga.

Loja, 08 de Noviembre de 2016



Lic. Joan Morales Abad
DOCENTE DE FINE-TUNED ENGLISH CÍA LTDA.

Líderes en la Enseñanza del Inglés

Fine-Tuned English Cía. Ltda. | Teléfono 2578899 | Email venalfine@finetunedenglish.edu.ec | www.finetunedenglish.edu.ec

LOJA: Fine-Tuned English, Macará entre Miguel Riofrío y Rocafuerte. 2578899, 2563224, 2574702
ZAMORA: Fine-Tuned Zamora, García Moreno y Pasaje 12 de Febrero. Teléfono: 2608169
CATAMAYO: Fine-Tuned Catamayo, Av. 24 de Mayo 08-21 y Juan Montalvo. Teléfono: 2678442

