

**CARACTERÍSTICAS DE LA CALIDAD DE VIDA EN MUJERES CON CÁNCER DE
MAMA PREVIO Y POSTERIOR AL TRATAMIENTO**



**STEPHANY CALDAS JIMÉNEZ
JENNIFER VANESSA CANDELO TORRES**

**UNIDAD CENTRAL DEL VALLE DEL CAUCA
FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD
PROGRAMA DE ENFERMERÍA
TULUÁ-VALLE**

2021

**CARACTERÍSTICAS DE LA CALIDAD DE VIDA EN MUJERES CON CÁNCER DE
MAMA PREVIO Y POSTERIOR AL TRATAMIENTO**

**STEPHANY CALDAS JIMÉNEZ
JENNIFER VANESSA CANDELO TORRES**

MONOGRAFÍA

**TUTORA
Mg. KATHERINE SANCLEMENTE ANGRINO**

**UNIDAD CENTRAL DEL VALLE DEL CAUCA
FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD
PROGRAMA DE ENFERMERÍA
TULUÁ-VALLE**

2021

Dedicatoria

Dedicamos este trabajo de manera especial a Dios por darnos la oportunidad y las fuerzas necesarias para seguir adelante con nuestros estudios.

A nuestros padres y hermanos, por su invaluable colaboración y constante apoyo brindado en todo momento, que nos permitieron llegar a tan anhelada meta, representada en la conquista de un peldaño más en el camino del conocimiento.

Agradecimiento

A Dios, por darnos la oportunidad de vivir y por estar con nosotros en cada paso que damos.

A nuestras familias, por el apoyo incondicional.

A todas las personas que de una u otra manera estuvieron con nosotros a lo largo de este proceso tan importante para nuestra vida profesional.

CONTENIDO

	Pág.
<u>Resumen</u>	9
Introducción	10
1. Justificación	13
2. Antecedentes	15
3. Planteamiento del problema	20
3.1. Formulación del problema	20
4. Objetivos	22
4.1. Objetivo general	22
4.2. Objetivos específicos	22
5. Marcos referenciales	23
5.1 marco teorico	23
5.2 marco conceptual	36
5.3 marco normativo	38
6. Metodologia.....	40
6.1 Tipo de estudio.....	40
6.2 Base de datos	42
6.3 Criterios de selección	43
6.3.1 Criterios de inclusión	43
6.3.2 Criterios de exclusión	43
7.Resultados	45
8.Discusion.....	81
9. Conclusiones	89
10. Recomendaciones	91
Referencias bibliográficas	98

ÍNDICE DE TABLAS

	Pág.
<u>Tabla 1. Estructura PICO</u>	42
<u>Tabla 2. Identificación de términos de búsqueda con descriptores DeCS y MeSH</u>	43
<u>Tabla 3. Ecuaciones de búsqueda bibliográfica</u>	46
<u>Tabla 4. Características Sociodemográficas y Clínicas</u>	53
<u>Tabla 5. Descripción de las características de los métodos de evaluación de calidad de vida antes del tratamiento</u>	55
<u>Tabla 6. Descripción de las características de los métodos de evaluación de calidad de vida después del tratamiento</u>	56
<u>Tabla 7. Descripción de las características de los métodos de evaluación de calidad de vida antes y después del tratamiento</u>	74

ÍNDICE DE GRÁFICAS

Pág.

<u>Gráfica 1. Número de artículos según año de publicación.</u>	48
<u>Gráfica 2. Número de publicaciones según país donde se realizó el estudio</u>	49
<u>Gráfica 3. Tipos de diseño de estudio</u>	49
<u>Gráfica 4. Población evaluada según artículos</u>	49
<u>Gráfica 5. Tipos de Cuestionarios de Calidad de Vida</u>	51

Resumen

El cáncer de mama es una de las principales causas de morbimortalidad en el mundo y uno de los principales problemas de salud pública cuyas cifras van en aumento con importantes repercusiones tanto en el bienestar de la población, como en la actividad productiva y en el costo del sistema sanitario. Según la OMS es la primera causa de mortalidad por patología tumoral y la enfermedad más frecuente en la mujer.

Esta enfermedad de tipo crónico, lleva consigo implicaciones biológicas, emocionales y económicas que afectan la calidad de vida de las pacientes y sus familias; diversos estudios han indicado que la población de mujeres con cáncer de mama es más vulnerable a desarrollar mayor grado de morbilidad psicológica. Es así como diferentes estudios reportan la presencia de estados depresivos, altos niveles de ansiedad, sensación de desesperanza, malestar general y dolores físicos.

En este trabajo monográfico, se revisó la literatura respecto a los principales hallazgos internacionales sobre la calidad de vida en mujeres con cáncer de mama previa al inicio del tratamiento y posterior al mismo, haciéndose una búsqueda en bases de datos como Pubmed, Biblioteca Virtual de Salud (BVS) y Scielo identificándose 22 artículos que cumplieron los criterios de inclusión para realizar la realización del presente estudio. Se evaluó además su sintomatología,

población más vulnerable y complicaciones, hallándose que a nivel general antes y después del tratamiento cáncer de mama se produce una disminución significativa en la calidad de vida de las pacientes sobre todo en los dominios físico pero sobre todo mental donde existe mayor vulnerabilidad de desarrollar sintomatologías ansiosas depresivas.

Palabras claves: Cáncer, Cáncer de mama, calidad de vida.

Introducción

El cáncer de mama, se ha convertido en una enfermedad de importancia creciente en todo el mundo. Es la primera causa de mortalidad por patología tumoral y la enfermedad más frecuente en la mujer. Datos de la Organización Mundial de la Salud señalan que cada año se detectan 1.38 millones de casos nuevos y ocurren 458 mil muertes por esta enfermedad. Se estima que la prevalencia y mortalidad del cáncer de mama irá en aumento en los próximos años, según las previsiones de la OMS, para 2025 habrá hasta de 2,5 millones de nuevos casos y hasta 800.000 muertes (23).

Las tasas de supervivencia del cáncer mamario varían mucho en todo el mundo, desde el 80% o más en América del Norte, Suecia y Japón, pasando por un 60% aproximadamente en los países de ingresos medios, hasta cifras inferiores al 40% en los países de ingresos bajos. Las bajas tasas de supervivencia observadas en los países poco desarrollados pueden explicarse principalmente por la falta de programas de detección precoz, que hace que un alto porcentaje de mujeres acudan al médico con la enfermedad ya muy avanzada, pero también por la falta de servicios adecuados de diagnóstico y tratamiento (24).

En relación a la aparición del cáncer de mama existen varios factores de riesgos para la aparición de esta enfermedad, uno de los más importantes son los

antecedentes familiares, la obesidad y no haber dado lactancia materna. También se ha comprobado que el riesgo de padecerla se incrementa con la edad y a partir de la cuarta década de vida. Así la probabilidad de desarrollar cáncer de mama es del 0,4% para las mujeres entre 30 y 39 años, del 1,5% para las mujeres entre 40 y 49 años; del 2,8% para las mujeres entre 50 y 59 años y del 3.6% para las mujeres entre 60 y 69,5 años de edad (25).

Esta enfermedad de tipo crónico, lleva consigo implicaciones biológicas, emocionales y económicas que afectan la calidad de vida de las pacientes y sus familias; se conoce que, la calidad de vida es un concepto de difícil definición y de amplio debate en el mundo debido a las dimensiones que abarca y a la multiplicidad de factores que la determinan (3), por ello, la Organización Mundial de la Salud (1996) definió Calidad de vida en función de la manera en que el individuo percibe el lugar que ocupa en el entorno cultural y en el sistema de valores en que vive, así como en relación con sus objetivos, expectativas, criterios y preocupaciones. Todo ello matizado, por supuesto, por su salud física, estado psicológico, grado de independencia, relaciones sociales, los factores ambientales y sus creencias personales (26).

En diversos estudios realizados donde se abordan la sintomatología de la enfermedad/tratamiento y la calidad de vida relacionada con la salud a través del uso de cuestionarios como: QLQ C30 y QLQ-BR23, la Escala SOC, el Espiritual Escala de perspectiva y la breve escala de afrontamiento religioso se encontró

encontraron que la fatiga y la falta de aliento tuvieron un impacto negativo en la calidad de vida (CV). Los síntomas más relevantes fueron dolor, fatiga, insomnio y pérdida de cabello provocando una reducción de la funcionalidad física, sensaciones de placer y actividad sexual. Con respecto al área de funcionamiento, se obtuvo un puntaje de 44.1 y el placer sexual fue el más afectado con un valor de 32.5, siendo un aspecto muy relevante para las participantes del estudio. Por lo tanto, los autores recomiendan que las intervenciones a realizar deben estar encaminadas a su manejo (14), (15), (16), (17), (18), (19), (20), (21), (22).

Esta monografía recolecta información referente a las características de la calidad de vida previo al inicio del tratamiento (diagnóstico) y posterior al mismo (evaluación y seguimiento) de cada una de las mujeres afectadas con la enfermedad; buscando así, abordar la enfermedad no solo desde un enfoque fisiopatológico sino, desde un enfoque de cuidado donde el profesional de enfermería incluya la calidad de vida como un componente fundamental para fomentar un manejo en diferentes ámbitos en todos los pacientes que cursan con esta problemática.

El presente estudio se construyó con la revisión de 56 artículos, de los cuales 22 de ellos cumplieron con los criterios de selección establecidos en este trabajo.

Justificación

Teniendo en cuenta que el cáncer de mama es una de las principales causas de morbimortalidad en el mundo y uno de los principales problemas de salud pública cuyas cifras van en aumento con importantes repercusiones tanto en el bienestar de la población, como en la actividad productiva y en el costo del sistema sanitario, sus causas están relacionadas con factores de riesgo no modificables (edad, sexo, menarquia temprana y menopausia tardía, antecedentes y edad al nacer el primer hijo) y otros pocos modificables (hormonal y nutricional) (27).

La transición demográfica que ocurre en la población y en específico en el grupo de población femenina en etapa reproductiva, es de esperar que la transición demográfica tenga un mayor impacto en la prevalencia del cáncer de seno, puesto que las mujeres adultas serán mayores y más susceptibles a desarrollar enfermedades crónicas degenerativas, como ocurre en países desarrollados (28).

Si bien todos los esfuerzos por disminuir su morbilidad y mortalidad, aunque no su incidencia, se encuentran encaminados hacia un diagnóstico precoz, mediante, medidas de prevención secundaria como programas de detección precoz poblacionales, también es necesario establecer las grandes repercusiones

que trae consigo su diagnóstico asociado inmediatamente al sufrimiento, al dolor y la muerte lo que impacta en la calidad de vida de quienes lo padecen (29).

A pesar de que a nivel mundial existe una amplia literatura que evalúa la calidad de vida en mujeres con cáncer de mama en diferentes países del mundo, resulta indispensable reconocer en los estudios disponibles la situación planteada lo cual que permita concientizar sobre la relevancia de esta problemática y máxime tratándose de una enfermedad que tiende a comprometer negativamente la calidad de vida.

Esta monografía revisa y recolecta los principales hallazgos provenientes de los estudios realizados en el extranjero en relación a la calidad de vida en pacientes con cáncer de mama, con el propósito de proveer información al personal de enfermería y al resto de los profesionales de la salud que trabajan con esta población, para contribuir al logro de mejores resultados tanto en la búsqueda de factores de riesgos como a la disminución de complicaciones asociadas a esta patología, como en su calidad de vida.

Antecedentes

En la exploración del evento de interés, en busca de una definición enfocada a la realidad, se dio la tarea de indagar en diversas bases de datos del área de la salud, en busca de antecedentes de estudios, investigaciones, proyectos, artículos similares o relacionados que permitan construir una base sólida para el desarrollo de la presente propuesta de investigación, de modo que los resultados obtenidos sean de gran relevancia, posibilitando la generación de conocimiento con valor agregado para los interesados.

La calidad de vida ha sido abordada teniendo en cuenta factores, determinantes o predictores que modifican las dimensiones físicas, personales, sociales y ambientales en mujeres con cáncer de mama. De acuerdo a lo anterior, en la literatura analizada se encontró gran influencia de los factores sociodemográficos destacando algunos como la edad, nivel socioeconómico, nivel educativo, nivel de apoyo familiar y social, situación laboral, estado civil, raza o etnia, lugar de procedencia, estadio de la enfermedad, tipo de cultura, estrategias de afrontamiento, aceptación de la enfermedad, entre otros.

Cuatro estudios realizados en Cali, Medellín, Paraguay e Irán abordaron la sintomatología de la enfermedad/tratamiento y la calidad de vida relacionada con la salud en una muestra comprendida de 80 a 165 pacientes mujeres con cáncer de mama y un grupo de control pareado (n = 210) a través del uso de

cuestionarios como: QLQ C30 y QLQ-BR23, la Escala SOC, el Espiritual Escala de perspectiva y la breve escala de afrontamiento religioso donde encontraron que la fatiga y la falta de aliento tuvieron un impacto negativo en la CV(30). Los síntomas más relevantes fueron dolor, fatiga, insomnio y pérdida cabello provocando una reducción de la funcionalidad física, sensaciones de placer y actividad sexual. El dolor fue reportado por la mitad de las pacientes, y en el 45% interfirió en sus actividades diarias. La pérdida de cabello, la fatiga y el insomnio fueron los de mayor frecuencia en el grupo de pacientes, con puntajes de 66.3, 58.4 y 58.0 respectivamente. Con respecto al área de funcionamiento, se obtuvo un puntaje de 44.1 y el placer sexual fue el más afectado con un valor de 32.5, siendo un aspecto muy relevante para las participantes del estudio. Por lo tanto, los autores recomiendan que las intervenciones a realizar deben estar encaminadas a su manejo (31), (32), (33), (34).

Dos estudios realizados en Medellín y Republica checa abordaron el nivel de educación como factor influyente en la calidad de vida (CV) mediante una muestra de 74 a 220 pacientes con cáncer de seno utilizando la Encuesta de salud Rand de 36 ítems, el Cuestionario de satisfacción con la vida, la versión de investigación checa de la Evaluación funcional de la terapia del cáncer de mama y cuestionario de calidad de vida WHOQOL BREF. En forma general, se encontró que la mayoría de las pacientes (37,8%) tenían estudios secundarios y 26,8%, técnicos o universitarios observando una tendencia de que las ultimas tenían una

mejor calidad de vida. Las pacientes que tenían estudios técnicos o universitarios presentaron diferencias estadísticas ($P < 0,05$) en cuanto a la calidad de vida relacionada con aspectos físicos, frente a las que solo tenían estudios primarios o secundarios (mediana [ME] = 69 puntos y ME = 63 puntos, respectivamente). Además, las pacientes que tenían estudios técnicos o universitarios presentaron 19 puntos más (escala 0–100) en calidad de vida del dominio social que las que tenían solo estudios primarios. Por último, el título universitario empeoró en el dolor corporal ($p = 0.028$) y mejoró en el bienestar emocional ($p = 0.013$) (35), (36).

Por otro lado, en tres estudios revisados (investigación y revisión sistemática) de Medellín, Uruguay y Arabia Saudita la edad constituyó un factor determinante de las variaciones en la calidad de vida. Para ello, emplearon una media muestral de 271 participantes con un rango de 23 a 1357 pacientes a quienes se les aplicaron instrumentos como el SF-36, EORTC QLQ-C30, y EORTC QLQ-Br23. Los autores identificaron que la edad ha sido una de las variables sociodemográficas más ampliamente documentadas en relación a la calidad de vida, siendo informada una peor función social y mayor disrupción en las actividades cotidianas por las mujeres más jóvenes <50 años (32.9%, niveles más bajos de calidad de vida global, peor calidad de vida global, bienestar emocional, social, función emocional, función social, imagen corporal, y perspectiva respecto del futuro, mayor distrés, sintomatología asociada a la

enfermedad, función social, finanzas, percepción de la propia salud futura y función sexual. Otros autores encontraron que las mujeres de mayor edad presentaban una tasa más acelerada de declive en su calidad de vida respecto de las mujeres más jóvenes. Se determinaron cuatro condiciones y características de las pacientes con cáncer de mama que explicaron el 29.4 % de variación de la calidad de vida: tener menos de cincuenta años constituye un factor de riesgo. Por cada paciente mayor de esa edad, con una calidad de vida general menor o igual a 3, se encontraban, aproximadamente, cinco pacientes menores de cincuenta años con deterioro de la calidad de vida cuando se ajusta por las demás variables del modelo (37), (38), (39).

Teniendo en cuenta la situación laboral y su relación con la calidad de vida 2 estudios realizados en Malaysia y México mediante una muestra de 95 a 223 participantes con cáncer de mama emplearon instrumentos como EORTC QLQ-C30 y EORTC observaron que el empleo representaba el 41,1% de estos pacientes en quienes la afectación del índice de sintomatología mamaria ($Z = 1.929$, $p = .054$) fue mayor. Los pacientes empleados tenían una mejor calidad de vida que los pacientes quienes estaban desempleados confiriendo un predictor significativo del estado de salud global fue el empleo, explicando el 10,6% de la variación del estado de salud global ($R^2 = 0.106$) (40), (41).

Así mismo, dos artículos realizados en Cúcuta y China donde tuvieron en cuenta el apoyo social como un factor relacionado con la calidad de vida en

pacientes con cáncer de mama (referencia), utilizó una muestra de 120 a 156 mujeres, en quienes se administraron diversas escalas para la recolección de la información como la Prueba de orientación de vida revisada, Escala de apoyo social percibido, Escala de síntomas de angustia, Escala de evaluación de enfermedades, Cuestionario de modos de afrontamiento médico, QOL de Betty Ferrell para evaluar la calidad de vida y SSCI de Hilbert para el apoyo social de este grupo de mujeres (42),(43).

De acuerdo a los resultados, los autores encontraron que el apoyo el apoyo social ($p = 0.02$), tuvo efectos directos significativos en la calidad de vida. Puntajes de apoyo social más altos ($\beta = 0.12$), se asociaron directamente con puntuaciones de mayor calidad de vida. Por otro lado, la dimensión bienestar social de calidad de vida se correlacionó con la dimensión guía de apoyo social, con un coeficiente de 0,245 y un valor p asociado de 0,007. Además, retroalimentación y el total de apoyo social mostraron una correlación de 0,824, permitiendo deducir que esta dimensión tuvo una fuerte relación con el apoyo social de las mujeres con cáncer de mama. Es importante resaltar que todas las dimensiones mostraron una fuerte relación y un alto coeficiente de correlación, evidenciando que las mujeres que reciben diagnóstico de cáncer de mama perciben un apoyo social alto al momento de contar con una ayuda física, social, psicológica y espiritual por parte de los familiares o amigos (42), (43).

Así mismo, 2 estudios abordaron el análisis de la etapa de la enfermedad en la determinación de la calidad de vida a través de una muestra de 94 a 125 mujeres afectadas por la misma, en quienes se recolectaron datos por medio de instrumentos como el QLQ-BR23 y EORTC QLQ-C30, donde se obtuvo que significativamente mayor porcentaje de mujeres que se encontraban en la etapa curativa presentaron calidades de vida de muy buena (44%) a excelente (8%) en comparación a las que se encontraban en la etapa paliativa, en quienes 16% consideraron su calidad de vida como muy buena. Lo anterior, tiene en cuenta que en etapas más tempranas de la enfermedad, donde el pronóstico será mejor y la intervención terapéutica es menos invasiva es conducente a una mayor calidad de vida, en comparación con estadios más avanzados (44), (45).

Con respecto a los ingresos económicos y su relación con la calidad de vida, en Paraguay e India, investigadores recolectaron una muestra entre 125 a 208 mujeres con cáncer de mama en quienes administraron cuestionarios acerca de características sociodemográficas, autoeficacia y calidad de vida (WHOQOL - BREF, EORTC QLQ-C30 y QLQ-BR23). Al realizar el correspondiente análisis, en el primer estudio encontraron que un mayor ingreso (10,6%) se asoció positivamente con parámetros de calidad de vida como la psicología (23,9), las relaciones sociales (20,9) y los factores ambientales (20,8). Por el contrario, en el segundo estudio El 54,4% de las pacientes respondió que el tratamiento médico o el estado físico no le causaron problemas económicos. Sin embargo, los

comentarios que algunas de ellas hicieron durante la entrevista revelaron que los gastos de traslado les crearon inconvenientes económicos (46), (47).

Planteamiento del problema

El cáncer de mama es uno de los principales tipos de cáncer que afectan a nivel mundial a la población femenina, siendo el más común pues representa el 16% de todos los cánceres femeninos. Está aumentando especialmente en los países en desarrollo, donde la mayoría de los casos se diagnostican en fases avanzadas (49).

Esta enfermedad de tipo crónico, lleva consigo implicaciones biológicas, emocionales y económicas que afectan la calidad de vida de las pacientes y sus familias; diversos estudios han indicado que la población de mujeres con cáncer de mama es más vulnerable a desarrollar mayor grado de morbilidad psicológica. Es así como diferentes estudios reportan la presencia de estados depresivos, altos niveles de ansiedad, sensación de desesperanza, malestar general y dolores físicos (49).

La calidad de vida se define como un concepto complejo y de amplio debate en el mundo debido a las dimensiones que abarca y a la multiplicidad de factores que la determinan (3), como variables de tipo biológico y físico por el estadio de la enfermedad, el tipo de tratamiento y sus efectos secundarios, el pronóstico y las

probabilidades de rehabilitación, así como variables psicosociales como la imagen corporal, el estatus emocional y las relaciones de pareja (49).

Existen ciertos factores de riesgo sociodemográficos y propios de la enfermedad, que podrían estar relacionados en mayor o menor grado con el impacto que esta patología genera. Entre ellos sobresale el lugar de procedencia, tratamiento, nivel educativo y la ocupación actual de la paciente. Otras condiciones serían la posibilidad de muerte inminente, la presencia de comorbilidad y el dolor crónico (49).

De acuerdo a lo anterior, y dado que es una problemática sumamente relevante conocer por la importancia que supone identificar en este tipo de pacientes sus necesidades médicas, psicológicas y sociales, se generó la necesidad de comparar las principales características en la calidad de vida de las mujeres con cáncer de mama previa al inicio del tratamiento y posterior al mismo. Esto generaría nuevos conocimientos que implicaría grandes repercusiones a nivel social, pues permitirá solventar la brecha existente con relación a las mujeres con cáncer de mama y el grado de afectación de las dimensiones físicas, emocionales, psicológicas y a su vez, el comportamiento de las diferentes factores y su relación, como son la edad, nivel socioeconómico, nivel educativo, nivel de apoyo familiar y social, situación laboral, estado civil, raza o etnia, lugar de

procedencia, estadio de la enfermedad, tipo de cultura, aceptación de la enfermedad, entre otros.

Bajo esta misma línea de argumentación, las universidades y organismos de salud tanto públicos como privados no pueden ser ajenos a esta situación y deben aunar esfuerzos para establecer estrategias de intervención que ayuden a mejorar la calidad de vida de los pacientes con cáncer de mama orientadas en el abordaje de las alteraciones involucradas en cada una de sus dimensiones físicas, emocionales y psicológicas que mayor influencia se han identificado en la población afectada por la enfermedad. El análisis de la calidad de vida así como los factores de riesgo vinculados con esta enfermedad es un insumo fundamental para tener una aproximación que permita orientar la formulación de políticas y la toma de decisiones en salud pública.

En este orden de ideas se postuló la siguiente pregunta de investigación:

Formulación del problema

¿Cuáles son las principales características de la calidad de vida en las mujeres con cáncer de mama previo y posterior al tratamiento?

Objetivos

Objetivo general

Comparar las principales características de la calidad de vida en las mujeres con cáncer de mama previo y posterior al tratamiento.

Objetivos específicos

1. Describir los principales factores sociodemográficos que influyen en la calidad de vida de mujeres con cáncer de mama.
2. Identificar la calidad de vida previa y posterior al tratamiento en mujeres con cáncer de mama.

Marcos referenciales

Marco teórico

Cáncer. El cáncer se origina por el crecimiento celular incontrolado en alguna parte del cuerpo. La transformación de las células normales en células cancerosas surge como consecuencia del daño del DNA, dando lugar a células incapaces de controlar su crecimiento y división. Esta división celular incontrolada puede formar masas o tumores visibles en los órganos donde se originan, y que denominamos tumor primario. Además las células cancerosas tienen la capacidad de invadir órganos vecinos a su lugar de origen y la de diseminarse por la sangre o la linfa a zonas distantes y crecer en ellas, originando tumores secundarios que conocemos como metástasis (50).

Cáncer de Mama. Las mamas se presentan como una pareja de órganos glandulares situados en la parte media del tórax. Constituyen el órgano característico de los mamíferos. Están formada por una serie de lóbulos situados entre el tejido parenquimatoso y graso. La glándula mamaria, sobre todo en la mujer, está en continuo desarrollo. El pezón se levanta como una gruesa papila en el centro de la areola. En el desembocan los conductos galactóforos. En la superficie de la areola se sitúan entre 12 y 20 prominencias llamadas tubérculos de Montgomery (o tubérculos de Morgagni). Las malformaciones de la mama

pueden ser de carácter congénito o adquirido. Aunque la mayoría se encuentran en la mujer, en algunos casos se observan anormalidades en el recién nacido o en el varón (51).

Epidemiología. El cáncer de mama es el tumor maligno más frecuente en la mujer, especialmente en los países occidentales. Existe un incremento progresivo en su incidencia en los últimos años, siendo este aumento más significativo entre las mujeres de menos de 40 años. Aproximadamente, una de cada ocho mujeres será diagnosticada de cáncer de mama a lo largo de su vida y una de cada 30 morirá por esta causa (52).

Factores de riesgo. La causa del cáncer de mama no se conoce pero sí se sabe algunos factores de riesgo. Se considera factor de riesgo aquella situación que aumente las probabilidades de padecer la enfermedad. Hay que tener en cuenta que aquellas mujeres que tengan mayores probabilidades de padecer cáncer de mama (por tener más factores de riesgo) pueden **tomar medidas preventivas** que reduzcan esa probabilidad como revisiones periódicas o cambios en su estilo de vida (53).

- **Sexo.** El cáncer de mama afecta tanto a hombres como a mujeres, sólo que en los hombres se da en un porcentaje mucho menor (31).
- **Envejecimiento.** Una mayor edad conlleva un aumento del número de cánceres. Aproximadamente uno de ocho cánceres de seno se detecta en

mujeres menores de 45 años de edad, mientras que aproximadamente dos de tres cánceres invasivos del seno se encuentran en mujeres de 55 años o más (31).

- **Genes.** Existen dos genes identificados que, cuando se produce algún cambio en ellos (mutación), se relacionan con una mayor probabilidad de desarrollar el cáncer de mama. Estos genes se denominan BRCA1 y BRCA2 y según algunos estudios parece que entre el 50% y el 60% de mujeres que han heredado estos genes mutados pueden desarrollar el cáncer antes de los 70 años (31).

- **Antecedentes familiares.** Cuando un pariente de primer grado (madre, hermana, hija) ha tenido cáncer de mama se duplica el riesgo de padecerlo. Si se trata de un pariente más lejano (abuela, tía, prima) sólo aumenta el riesgo ligeramente (31).

- **Antecedentes personales.** Una enfermedad mamaria benigna previa parece aumentar el riesgo en aquellas mujeres que tienen un gran número de conductos mamarios. Aun así, este riesgo es moderado. Algunos resultados anormales de biopsia de mama pueden estar relacionados con un riesgo ligeramente elevado de padecer cáncer de mama. El riesgo de desarrollar cáncer en el otro seno en aquellas mujeres que han tenido un cáncer de mama es distinto de la recurrencia o reaparición del primer cáncer (31).

- **Etnia.** Las mujeres blancas son más propensas a padecer esta enfermedad que las de raza negra, aunque la mortalidad en éstas últimas es

mayor, probablemente porque a ellas se les detecta en estadios más avanzados. Las que tienen menor riesgo de padecerlo son las mujeres asiáticas e hispanas (31).

- **Períodos menstruales.** Cuanto antes se comienza con la menstruación (antes de los 12 años), mayor es el riesgo (de dos a cuatro veces mayor) de padecer esta enfermedad si se compara con aquellas que comenzaron más tarde (después de los 14 años). Lo mismo ocurre con la menopausia: las mujeres con una menopausia tardía (después de los 55 años) tienen mayor riesgo. El embarazo después de los 30 años también aumenta el riesgo. Estos factores, aunque muy frecuentes, suelen tener poca incidencia sobre el riesgo de padecer cáncer (31).

- **Terapia hormonal sustitutiva.** Esta terapia, que se utiliza para aliviar los síntomas de la menopausia, parece aumentar a largo plazo (más de 10 años) el riesgo de sufrir cáncer de mama, aunque los estudios al respecto no son del todo concluyentes (31).

- **Alcohol.** El consumo de alcohol durante años está claramente vinculado al riesgo elevado de cáncer de mama (31).

- **Exceso de peso.** El exceso de peso parece estar relacionado con un riesgo más alto de tener esta enfermedad, aunque no existe ninguna evidencia que un tipo determinado de dieta (dieta rica en grasas) aumente ese riesgo (31).

Manifestaciones del cáncer de mama. Las manifestaciones más frecuentes del cáncer de mama son los bultos, la secreción del pecho y las alteraciones cutáneas. Pero también existen dos formas especiales, poco frecuentes, de presentación del cáncer de mama: la enfermedad de Paget de la mama y el cáncer inflamatorio de mama (54).

- **Nódulo Mamario.** La presentación clínica más frecuente del cáncer de mama, en tres de cada cuatro ocasiones, es la presencia de un nódulo (bulto) mamario palpable que, por lo general, la misma paciente se descubre de forma casual al ducharse o al vestirse. Sin embargo, más del 75% de los nódulos mamarios son benignos. Generalmente se trata de un nódulo único, duro, mal definido por palpación y no doloroso. Si se divide la mama en cuatro cuadrantes, tomando como centro el pezón, el cáncer suele localizarse con mayor frecuencia a nivel del cuadrante superior externo (54).

- **Secreción del pezón.** Otra forma de presentación menos frecuente es la secreción del pezón, que de ser sanguinolenta resulta muy sospechosa de cáncer mamario. Raramente se presenta con dolor mamario, siendo indoloro en la gran mayoría de casos (54).

- **Alteraciones cutáneas.** La presencia de alteraciones cutáneas, como retracción de la piel o del pezón o piel de naranja, se presentan de forma infrecuente y, si se palpa tumoración mamaria por debajo, generalmente indican

que la enfermedad ya está muy avanzada. La presencia de un ganglio palpable en la axila suele deberse a otra causa, pero siempre hay que buscar una tumoración en la mama vecina. La presencia de ulceraciones cutáneas por invasión de un tumor maligno subyacente hasta la piel es excepcional y significa que se ha llegado a estadios muy avanzados. Eso no debería de ocurrir en modo alguno, pues significa una falta de autocuidado sólo explicable por auto abandono o miedo de la interesada a que se le diagnostique una enfermedad maligna (54).

Diagnostico. Actualmente el diagnóstico del cáncer de mama se basa fundamentalmente en los siguientes aspectos (55).

- **Autoexploración.** En la actualidad la mejor lucha contra el cáncer de mama es una detección temprana del tumor pues aumentaran las posibilidades de éxito del tratamiento. La autoexploración sistemática permite detectar tumores más pequeños que los que pueda detectar el médico o la enfermera pues la mujer estará familiarizada con sus senos y podrá detectar cualquier pequeño cambio. La autoexploración debe realizarse después de la menstruación, las mujeres menopaúsicas deberán asociarla a un día del mes, pues conviene que se realice siempre en estados similares. La mujer debe estar tranquila y realizarla en el lugar que crea más adecuado. A algunas mujeres les parecerá más cómodo realizarla en el momento de la ducha, sin embargo, a otras, pueden preferir hacerla al acostarse. La manera más adecuada es situarse delante de un espejo, con los brazos caídos a ambos lados del cuerpo. Es necesario examinar zonas

enrojecidas, bultos u hoyuelos, Los pezones y areolas no deben estar retraídos o hundidos, el aspecto no debe recordar la piel de naranja, cualquier anomalía de la mama, observando su textura, tamaño y relación con la piel y los músculos del pecho, cualquier cambio en los pezones o la piel de la mama, los ganglios linfáticos de las axilas y en la región supraclavicular (55).

- **Mamografía.** Se debería efectuar una mamografía de base a partir de los 35 años, y se debe realizar una por año a partir de los 40 años, en mujeres asintomáticas y sin antecedentes familiares de cáncer de mama. En casos de poseer antecedentes familiares, especialmente si presentaron esta enfermedad antes de los 50 años, los estudios mamográficos deberían comenzar 10 años antes de la edad de presentación de caso en cuestión. Mientras que no haya suficiente información, la edad límite para sugerir finalizar los controles mamarios, debe ser evaluado en cada caso en particular. Puesto que todavía no hay forma de predecir quién desarrollará cáncer de mama y quién no, todas las mujeres deberían ser estimuladas a su evaluación antes que haya cualquier signo o síntoma de la enfermedad (55).

- **Ultrasonido Mamario.** Es un estudio complementario a la mamografía. No es un método de screening. El mismo debe efectuarse guiado por la clínica o la mamografía. Es un método útil para las mujeres pre-menopáusicas con sintomatología mamaria, ideal para evaluar lesiones quísticas, en mujeres embarazadas o en período de lactancia. Deberá realizarse con transductores

adecuados para el examen mamario, lineales y de 7,5mhz o más, y si es posible con el estudio mamográfico disponible para corroborar la imágenes. Es de especial utilidad en mamas monográficamente densas, complementando y disminuyendo los falsos negativos de la mamografía (55).

- **Resonancia Magnética (RM).** El objetivo fundamental del diagnóstico por imágenes de la mama en lo referente a patología neoplásica consiste no sólo en Descubrir, Caracterizar y Estadificar sino también descartar su existencia. La RM con contraste en el estudio de la mama cumple, por su alto Valor Predictivo Negativo (sensibilidad), el objetivo de descartar patología tumoral infiltrante. Hay diferentes técnicas y protocolos de evaluación, pero siempre que se evalúa el parénquima mamario se debe utilizar contraste paramagnético (Gadolinio). La RM con inyección de gadolinio ha demostrado poseer gran sensibilidad para la detección del cáncer de mama y particularmente para los cánceres infiltrantes. Pero esta sensibilidad se ve moderada por una baja especificidad. Los criterios morfológicos, tales como los contornos lesionales (espículados, lisos), y las imágenes de alta resolución mejoran la especificidad sin disminuir la sensibilidad (55).

Fases del Cáncer de Mama. Después de que se diagnosticó el cáncer de mama, se realiza un proceso, para determinar si el cáncer se ha esparcido dentro de la mama o a otras partes del cuerpo se denomina clasificación en fases. La

información que se reúne en este proceso determina la fase de la enfermedad. Es importante conocer la fase de la enfermedad a fin de planear el tratamiento (56).

- **Fase 0 (carcinoma in situ):** Es una enfermedad en la cual se encuentran células anormales en los lobulillos del seno. Sin embargo, tener carcinoma lobular in situ en un seno incrementa el riesgo de desarrollar cáncer del seno en cualquier de las mamas (56).
- **Fase I:** En esta fase, el tumor tiene 2 centímetros o menos y no se ha diseminado fuera de la mama (56).
- **Fase IIA:** En esta fase, no hay presencia de tumor en el seno, pero se ve que el cáncer se ha diseminado a los ganglios linfáticos axilares (56).
- **Fase IIB:** El tumor tiene más de dos centímetros pero no más de cinco centímetros y se ha esparcido a los ganglios linfáticos axilares y en caso de que no se haya esparcido a los ganglios linfáticos, el tumor tendrá un tamaño mayor a cinco centímetros (56).
- **Fase IIIA:** El tumor tiene un tamaño mayor a cinco centímetros y se ha diseminado a los ganglios linfáticos axilares y los ganglios linfáticos podrían estar adheridos entre ellos o a otras estructuras (56).
- **Fase IIIB:** El tumor podría tener cualquier tamaño y se ha diseminado a tejidos cerca de la mama (la piel o la pared pectoral, incluyendo las costillas y los músculos pectorales) (56).

- **Fase IIIC:** El cáncer podría haberse diseminado a los ganglios linfáticos dentro del seno o bajo los brazos y tejidos cercanos al seno. El cáncer del seno en estadio IIIC se divide en estadio IIIC operable y no operable, dependiendo de las circunstancias de cada paciente (56).

- **Fase IV:** En esta fase, el cáncer se ha diseminado a otros órganos del cuerpo, con mayor frecuencia a los huesos, pulmones, hígado o cerebro (56).

Tratamiento. Hay diferentes tratamientos disponibles para los pacientes con cáncer de mama. Algunos tratamientos son estándar (el tratamiento actualmente usado) y otros se encuentran en evaluación en ensayos clínicos. Un ensayo clínico de tratamientos consiste en un estudio de investigación que procura mejorar los tratamientos actuales u obtener información sobre nuevos tratamientos para pacientes de cáncer. Cuando los ensayos clínicos muestran que un nuevo tratamiento es mejor que el tratamiento estándar, el tratamiento nuevo se puede convertir en el tratamiento estándar. Los pacientes deberían pensar en participar en un ensayo clínico. Algunos ensayos clínicos están abiertos solo para pacientes que no han comenzado un tratamiento. Se usan cuatro tipos de tratamiento estándar: (56).

- Cirugía
- Radioterapia
- Quimioterapia
- Terapia Hormonal

Cirugía. La mayoría de los pacientes con cáncer de mama se someten a cirugía a fin de extirpar el cáncer de la mama. Generalmente se extirpan algunos de los ganglios linfáticos de abajo del brazo y se observan bajo un microscopio para verificar si contienen células cancerosas (56). Incluyen los siguientes procedimientos:

- **Mastectomía parcial o segmentaria.** Es un procedimiento quirúrgico que sirve para extirpar la parte del seno que tiene cáncer y algo del tejido normal circundante.
- **Mastectomía total.** Procedimiento quirúrgico con remoción de toda la mama afectada. A este procedimiento también se le llama mastectomía simple. Se podría llevar a cabo la remoción de algunos ganglios linfáticos bajo el brazo para someterlos a biopsia. Esto puede realizarse a la misma vez que la cirugía del seno o después. Esto se realiza a través de una incisión separada.
- **Mastectomía radical modificada.** Procedimiento quirúrgico para extirpar toda la mama afectada, muchos de los ganglios linfáticos bajo el brazo, el recubrimiento de los músculos pectorales y, en algunas instancias, parte de los músculos de la pared pectoral.

Radioterapia. La radioterapia es un tratamiento para el cáncer en el que se usan rayos X de alta energía u otros tipos de radiación para destruir células cancerosas o impedir que crezcan. Hay dos tipos de radioterapia. La radioterapia externa usa una maquina fuera del cuerpo que envía radiación al área donde se

encuentra el cáncer. La radioterapia interna usa una sustancia radiactiva sellada en agujas, semillas, alambres o catéteres que se colocan directamente dentro del cáncer o cerca del mismo. La forma en que se administra la radioterapia depende del tipo y el estadio del cáncer que está siendo tratado (56).

Quimioterapia. La quimioterapia es un tratamiento del cáncer en el que se usan medicamentos para interrumpir el crecimiento de las células cancerosas, ya sea mediante su destrucción o impidiendo su multiplicación. Cuando la quimioterapia se administra por boca o se inyecta en una vena o músculo, los medicamentos ingresan a la corriente sanguínea y afectan a células cancerosas de todo el cuerpo (quimioterapia sistémica). Cuando la quimioterapia se coloca directamente en la columna vertebral, un órgano o una cavidad corporal como el abdomen, los medicamentos afectan principalmente las células cancerosas de esas áreas (quimioterapia regional). La forma en que se administre la quimioterapia depende del tipo y el estadio del cáncer que se está tratando (56).

Terapia hormonal. La terapia hormonal es un tratamiento que elimina o bloquea la acción de las hormonas y detiene el crecimiento del cáncer. Las hormonas son sustancias producidas por las glándulas del cuerpo y que circulan por el torrente sanguíneo. La presencia de ciertas hormonas produce el crecimiento de ciertos cánceres. Si las pruebas revelan que las células cancerosas tienen sitios donde se adhieren las hormonas (receptores) se puede utilizar medicamentos, cirugía o radioterapia para reducir la producción de hormonas o

impedirles que ejerzan su función. La terapia hormonal con tamoxifeno a menudo se suministra a pacientes con estadios tempranos de cáncer de mama y pacientes con cáncer metastático de mama (cáncer que se ha esparcido a otras partes del cuerpo). La terapia hormonal con tamoxifeno o estrógenos puede actuar sobre las células de todo el cuerpo y aumentar la posibilidad de padecer cáncer del endometrio. Las mujeres que reciben tamoxifeno deben someterse a un examen pélvico todos los años para controlar la aparición de signos de cáncer (56).

Marcadores pronósticos. La decisión terapéutica se basa en la actividad ganglionar, el estatus de receptores del tumor, tamaño del tumor primario y el estadio al momento del diagnóstico. Por ello se tiene la necesidad de nuevos marcadores o predictores que con mayor exactitud determinen el pronóstico de la enfermedad. Entre estos marcadores se encuentran los Receptores de Estrógeno y Progesterona y Her 2/ Neu (56).

Receptores de Estrógeno y Progesterona. La relación entre el cáncer de mama y la insuficiencia hormonal data de 1896, cuando Sir George Beatson, de Escocia, publicó en la revista Lancet un caso de disminución del tamaño del carcinoma de la glándula mamaria después de realizar una ooforectomía bilateral. El cáncer de mama es dependiente de hormonas, por lo que su comportamiento biológico depende en gran medida de la acción de las hormonas ováricas, estrógenos y progestagenos. Los estrógenos son responsables de la elongación y ramificación de los ductos mamarios y la progesterona del desarrollo y

diferenciación de los lobulillos. Ambas hormonas actúan en los tejidos blancos a través de receptores específicos y se sabe que en el cáncer de mama su expresión se encuentra alterada (56).

Prueba HER-2/neu. Las decisiones del tratamiento individualizado actualmente se basan en la actividad ganglionar, el estatus de receptores de estrógenos y progesterona en el tumor, el tamaño del tumor primario y el estadio al momento del diagnóstico. A pesar de estos factores se carece de predictores que con mayor exactitud determinen el pronóstico de la enfermedad. Por ello se tiene la necesidad de nuevos marcadores, entre ellos factores que involucran la amplificación y sobreexpresión de protooncogenes. Uno de estos genes, el gen HER-2, fue descubierto inicialmente como resultado de estudios con ADN de neuroglioblastomas procedentes de ratas, inducidos por el carcinógeno etilnitrosa-urea. Este gen ha sido clonado por diversos grupos recibiendo nombres como neu, c-erbB-2, HER-2 o HER-2/neu (56).

Calidad de vida. Si bien el tema de la calidad de vida o de la "buena vida" está presente desde la época de los antiguos griegos (Aristóteles), la instalación del concepto dentro del campo de la salud es relativamente reciente, con un auge evidente en la década de los 90, que se mantiene en estos primeros años del siglo XXI. Anualmente se publican en revistas médicas más de 2.000 artículos, poniendo de manifiesto tanto el gran interés como la amplia gama de acepciones del término (57).

De acuerdo a Patrick y Erikson (1993), definen la calidad de vida como el valor asignado a la duración de la vida, modificada por las oportunidades sociales, la percepción, el estado funcional que puede ser influenciada por la enfermedad traumatismos o tratamientos. En su medición incluye las funciones físicas, estado psicológico, síntomas somáticos tales como dolor, funciones sociales incluyendo las familiares, funciones sexuales, ocupacionales y posiblemente estado financiero (58).

Por otro lado, la Organización Mundial de la Salud (1996) definió la calidad de vida en función de la manera en que el individuo percibe el lugar que ocupa en el entorno cultural y en el sistema de valores en que vive, así como en relación con sus objetivos, expectativas, criterios y preocupaciones. Todo ello matizado, por supuesto, por su salud física, su estado psicológico, su grado de independencia, sus relaciones sociales, los factores ambientales y sus creencias personales (59).

Schwartzmann y col. (1999) considera que la calidad de vida es un proceso dinámico y cambiante que incluye interacciones continuas entre el paciente y su medio ambiente, interacciones determinadas por factores orgánicos (tipo de enfermedad y evolución), psicológicos (personalidad y grado de cambio en sistema de valores, creencias y expectativas), sociales y familiares (soporte social recibido y percibido), y de cuyas resultantes dependerá el bienestar físico, psíquico y social y en la evaluación general de la vida que hace el paciente (60).

De acuerdo a la Teoría de Rango-Medio de los Síntomas Desagradables (1997) desarrollada por cuatro enfermeras investigadoras (Andreu Gift, Renee Milligan, Elizabeth Lenz, Linda Pugh) se considera calidad de vida a los resultados o consecuencias de la experiencia de los síntomas que se desencadenan de un proceso patológico, de forma directa como indirecta en el ser humano los cuales se evidencian en las dimensiones fisiológicas, emocionales, físicas y sociales. Por este motivo, la condición de vida se altera significativamente (61).

La teoría tiene tres componentes principales: los síntomas que el individuo está experimentando, los factores influyentes que aumentan o afectan la experiencia del síntoma y las consecuencias de la experiencia del síntoma o rendimiento (37). En el estudio actual, se tendrán en cuenta los dos últimos componentes mencionados.

Dentro de los factores influyentes se identifican tres categorías de variables como influyentes en la experiencia de los síntomas: factores fisiológicos, psicológicos y situacionales. A su vez, estos pueden ser influenciados unos con otros.

Los factores fisiológicos son los procesos de alteraciones patológicas, de la funcionalidad de los sistemas, la nutrición, aquellos relacionados con el tratamiento, duración, el estadio de la enfermedad y tipo de cáncer. También tiene que ver con la edad, estructura genética, raza y origen étnico. La teoría afirma que

pueden existir, a su vez, complejas interacciones entre los diferentes factores fisiológicos influyendo en el o los síntomas (61).

Los factores psicológicos son uno de los componentes más complejos del modelo. Se incluyen tanto variables cognitivas y afectivas. Las variables afectivas consideran el estado de ánimo antes o después del síntoma. Es la respuesta afectiva a la enfermedad o los síntomas. Entonces la ira, rabia, o depresión, que puede presentar una persona que enfrenta el diagnóstico de enfermedad terminal influenciaría la experiencia de los síntomas. La variable cognitiva que puede afectar la experiencia de los síntomas incluye el grado de incertidumbre que lo rodea y su repertorio de habilidades de afrontamiento cognitivo (61).

Los factores situacionales abarcan el entorno social y físico del individuo. Así el entorno cultural puede hacer variar la expresión de síntomas, porque hay un componente aprendido a interpretar y a expresar. También están relacionados con el acceso a recursos financieros, a la atención de los servicios de salud en forma oportuna, eficaz y eficientemente, cuidado por personal con las competencias para el tratamiento de síntomas físicos y el abordaje adecuado de la problemática psicológica. Este aspecto es de reconocida importancia, y es imprescindible, abordar con máximo esfuerzo las demandas de cuidado, pues, se reconoce que no es posible eliminar la enfermedad, pero sí, el manejar los factores situacionales que influyen positivamente (o negativamente) en los resultados de la experiencia de los síntomas (61).

Por otro lado, el componente final de la teoría es denominado Consecuencia de la experiencia del síntoma o rendimiento, que hace referencia al «resultado o efecto de la experiencia de síntomas como resultados en la calidad de vida sobre la capacidad del individuo para funcionar incluyendo habilidades cognitivas, motoras y de comportamiento social. Las consecuencias pueden abarcar varias dimensiones: la actividad física y la discapacidad; el desempeño del rol funcional y la interacción social. La teoría orienta la existencia de una retroalimentación entre las consecuencias de los resultados de la experiencia de síntomas (calidad de vida) y la experiencia de síntomas (61).

Marco conceptual

- **Cáncer de Mama:** Cáncer que se forma en los tejidos de la mama.

El tipo de cáncer de seno (mama) más común es el carcinoma ductal, que empieza en el revestimiento de los conductos galactóforos (tubos delgados que llevan leche desde los lobulillos de la mama hasta el pezón). Otro tipo de cáncer de mama es el carcinoma lobulillar, que empieza en los lobulillos (glándulas lácteas). El cáncer de mama invasivo es el que se diseminó desde el sitio en que empezó en los conductos mamarios o lobulillos hasta el tejido normal circundante. El cáncer de mama se presenta tanto en hombres como en mujeres, aunque el cáncer de mama masculino es poco frecuente (62).

- **Neoplasia:** Masa anormal de tejido que resulta cuando las células se multiplican más de lo debido o no mueren cuando debieran. Las neoplasias pueden ser benignas (no cancerosas) o malignas (cancerosas). También se llama tumor (62).

- **Tumor:** Masa anormal de tejido que resulta cuando las células se multiplican más de lo debido o no mueren cuando debieran. Los tumores pueden ser benignos (no cancerosos) o malignos (cancerosos). También se llama neoplasia (62).

- **Quimioterapia:** Tratamiento con medicamentos para detener el crecimiento de las células cancerosas, ya sea mediante su destrucción o

impidiendo su multiplicación. La quimioterapia se puede administrar por la boca, en inyección, por infusión o sobre la piel, de acuerdo con el tipo y estadio del cáncer tratado. Se puede administrar sola o con otros tratamientos como cirugía, radioterapia o terapia biológica (62).

- **Radioterapia:** Uso de radiación de alta energía proveniente de rayos X, rayos gamma, neutrones, protones y otras fuentes para destruir células cancerosas y reducir el tamaño de los tumores. La radiación puede venir de una máquina fuera del cuerpo (radioterapia de haz externo) o de un material radiactivo colocado en el cuerpo cerca de las células cancerosas (radioterapia interna o braquiterapia). La radioterapia sistémica usa una sustancia radiactiva, como un anticuerpo monoclonal radiomarcado, que circula con la sangre hasta los tejidos de todo el cuerpo. También se llama irradiación y radioterapia (62).

- **Mastectomía:** Extirpación quirúrgica de una o de las dos mamas con el objeto de eliminar un tumor maligno (62).

- **Tumor Maligno:** Neoplasia que se caracteriza por invadir los tejidos circundantes, metastatizar a puntos distantes del organismo y contener células anaplasias (62).

- **Tumor Benigno:** Tumor localizado de forma característica que tiene capsula fibrosa potencial limitado de crecimiento, forma regular y células bien diferenciadas (62).

Marco normativo

A continuación, se presentan los referentes normativos que soportan esta investigación:

Plan decenal de salud pública 2012-2021. Es producto del Plan Nacional de Desarrollo 2010-2014, (63) y busca la reducción de la inequidad en salud, planteando los siguientes objetivos: 1) avanzar hacia la garantía del goce efectivo del derecho a la salud; 2) mejorar las condiciones de vida que modifican la situación de salud y disminuyen la carga de enfermedad existente; 3) mantener cero tolerancia frente a la mortalidad, la morbilidad y la discapacidad evitable.

El Plan Decenal de Salud para el control del cáncer busca organizar y orientar todas aquellas actividades relacionadas con el control del cáncer. El Instituto Nacional de Cancerología ha creado el Modelo para el control del cáncer, el cual orienta el Plan Decenal de Salud para el control de dicha enfermedad.

Los objetivos del modelo son el control del riesgo, la detección temprana, el tratamiento, rehabilitación, y el cuidado paliativo, sin dejar de reconocer la baja cobertura que existe en el país relacionada con los servicios de rehabilitación y de cuidado paliativo del cáncer. El modelo en Colombia hace énfasis de manera primordial a la prevención integrada del cáncer, sentando las bases para controlar los factores de riesgo y en la posibilidad de detección temprana, de esta manera

que se pueda reducir la mortalidad y disminuir el impacto económico de la enfermedad.

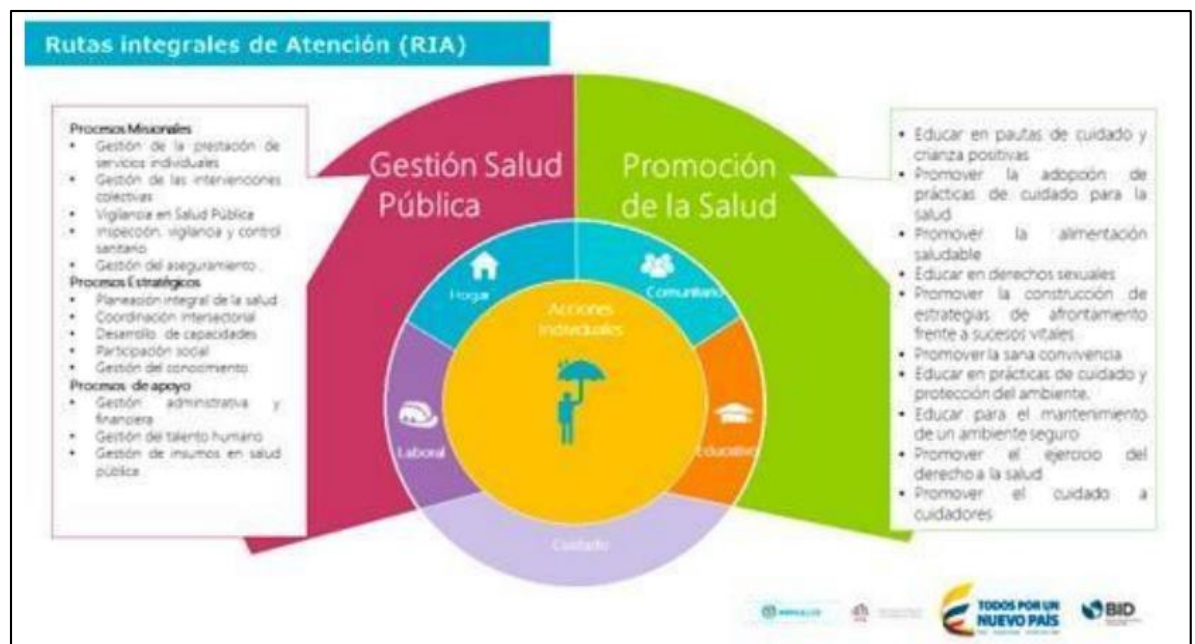
Las metas que se plantean en el Plan Decenal para el cáncer de mama son:

- Contar con un Programa Nacional de Detección Temprana del Cáncer que incluya el cáncer de mama, al año 2016.
- Incrementar la proporción de casos de cáncer de mama en estadios tempranos al 60% antes del 2021 (línea de Base 31%. Fuente: Piñeros & Cols 2008).
- Incrementar antes del 2021 la cobertura de mamografía de tamización bianual al 70% en mujeres de 50 a 69 años, de acuerdo con la normatividad vigente (línea de base 48.9%. Fuente: Encuesta Nacional de Demografía y Salud 2010).
- Garantizar el acceso oportuno a confirmación diagnóstica y tratamiento al 100% de las mujeres con mamografías reportadas como BIRADS 4 o más.

Resolución 3280 de 2016. (64) Por la cual se adoptan los lineamientos técnicos y operativos de la ruta integral de atención para la promoción y mantenimiento de la salud y la ruta integral de atención en salud para la población materno perinatal y se establecen las directrices para su operación. Así mismo, en

esta resolución se adopta el Manual metodológico para la elaboración e implementación de las Rutas Integrales de Atención en Salud (RIAS) así como unas Rutas Integrales de Atención en Salud (RIAS), desarrolladas por el Ministerio de Salud y Protección Social.

En relación con la regulación del RIAS, hay 16 grupos de riesgo que se han definido para la población en general. De acuerdo a los grupos de riesgo, hay unos eventos específicos por cada grupo. En este sentido, las Rutas de Atención Integral en Salud para el cáncer están compuestas por la gestión de salud pública y la promoción de la salud con acciones individuales que propenden el cuidado de las personas desde los diferentes espacios como el hogar, el comunitario, el laboral y el educativo. (Ver Grafica N 3)



Fuente: Ministerio de Salud y Protección social, 2015.

- **Gestión de salud pública.** Hace referencia al Proceso dinámico, integral, sistemático y participativo que bajo el liderazgo y conducción de la autoridad sanitaria, está orientado a que las políticas, planes, programas y proyectos de la salud pública se realicen de manera efectiva, coordinada y organizada, entre los diferentes actores del SGSSS junto con otros sectores del Gobierno, de las organizaciones sociales y privadas de la comunidad, con el propósito de alcanzar los resultados en salud.

- **Promoción de la salud.** Acciones que contribuye a garantizar el derecho a la vida y a la salud como:

- ✓ Promoción de la alimentación saludable y aumento en el consumo de frutas y verduras

- ✓ Reducción en el consumo nocivo de alcohol

- ✓ Promoción de la actividad física

- ✓ Reducir la exposición y el consumo de productos derivados del tabaco

- ✓ Promover la infraestructura que incentive el espacio público.

- ✓ Promoción del autocuidado y el ejercicio de una sexualidad responsable

La Detección del Cáncer de mama está contemplada dentro de la Ruta Integral de Atención en Salud de Grupos de Riesgo, incorpora acciones sectoriales e intersectoriales; intervenciones individuales y colectivas, con el propósito de identificar e intervenir oportunamente factores de riesgo, ya sea para evitar la aparición de una o varias condiciones específicas en salud o para realizar el diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación, según cada situación. Esta ruta se aplica para la población en riesgo residente en el territorio.

Metodología

Tipo de estudio

El estudio fue una revisión narrativa de literatura científica orientada a responder la pregunta de investigación establecida por medio de la estructura PICO (tabla 1). Con el propósito de describir el proceso de elaboración transparente y comprensible para recolectar, seleccionar, evaluar críticamente y resumir toda evidencia disponible con respecto a la calidad de vida previa al tratamiento y posterior al mismo en mujeres con cáncer de mama.

Tabla 1. Estructura PICO

ESTRUCTURA DE LA PREGUNTA	
Paciente/problema	Mujeres con cáncer de mama.
Comparación	Calidad de vida previa al tratamiento y posterior al mismo.
Resultado	Variación de la calidad de vida.

Tabla 2. Identificación de términos de búsqueda con descriptores

DeCS y MeSH

DeCS	Definición	MeSH	Definición
Cáncer de mama	Tumores o cáncer de la MAMA humana.	Breast Neoplasms	Tumors or cancer of the human BREAST.
Calidad de vida	Concepto genérico que refleja preocupación por modificar y mejorar las condiciones de vida, por ejemplo, físico, político, moral, entorno social, así como la salud y la enfermedad.	Quality of Life	Generic concept that reflects concern for modifying and improving living conditions, for example, physical, political, moral, social environment, as well as health and disease.
Factores de riesgo (Determinantes)	Aspecto del comportamiento personal o estilo de vida, exposición ambiental, característica innata o heredada, que, sobre la base de evidencia epidemiológica, se sabe que está asociada con alguna afectación	Risk Factors	Aspect of personal behavior or lifestyle, environmental exposure, innate or inherited characteristic, which, based on epidemiological evidence, is known to

	relacionada con la salud que es considerada importante prevenir.		be associated with some health-related affectation that is considered important to prevent.
Tratamiento	El tratamiento de una enfermedad o afección por varios medios diferentes de forma simultánea o secuencial. Con mayor frecuencia se ven la quimioinmunoterapia, radioinmunoterapia, quimioradioterapia, crio quimioterapia, y la terapia recuperativa, pero sus combinaciones y la cirugía se utilizan también.	Combined Modality Therapy	Treatment of a disease or condition by several different means simultaneously or sequentially. Chemoimmunotherapy, radioimmunotherapy, chemoradiotherapy, cryochemotherapy, and recuperative therapy are seen most frequently, but their combinations and surgery are used as well.

Bases de datos

Se realizó la búsqueda de literatura en las bases de datos Pubmed, Biblioteca Virtual de Salud (BVS), Scielo durante el periodo de febrero-marzo del 2021.

Estrategia de búsqueda

Para la búsqueda de artículos se utilizó los operadores booleanos “OR”, “AND”. En cuanto al análisis de datos se realizó inicialmente una lectura del título, posteriormente una lectura del título junto con resumen y finalmente una lectura de texto completo.

Criterios de selección

Criterios de Inclusión

- Literatura publicada en los últimos 10 años (2010-2020).
- Estudios en idioma español, inglés y portugués.
- Estudios cuantitativos, originales y revisión sistemática relacionados con la calidad de vida en mujeres con cáncer de mama previa al inicio del tratamiento o posterior al mismo y medición de la calidad de vida empleando instrumentos como FACT-B, SF-36, Organización Europea para la Investigación y el Tratamiento del Cáncer- Cuestionario de calidad de vida, módulo de cáncer de mama, EORTC-QLQ-C30, (con el módulo de cáncer de mama, EORTC-QLQ-BR23).

Criterios de exclusión

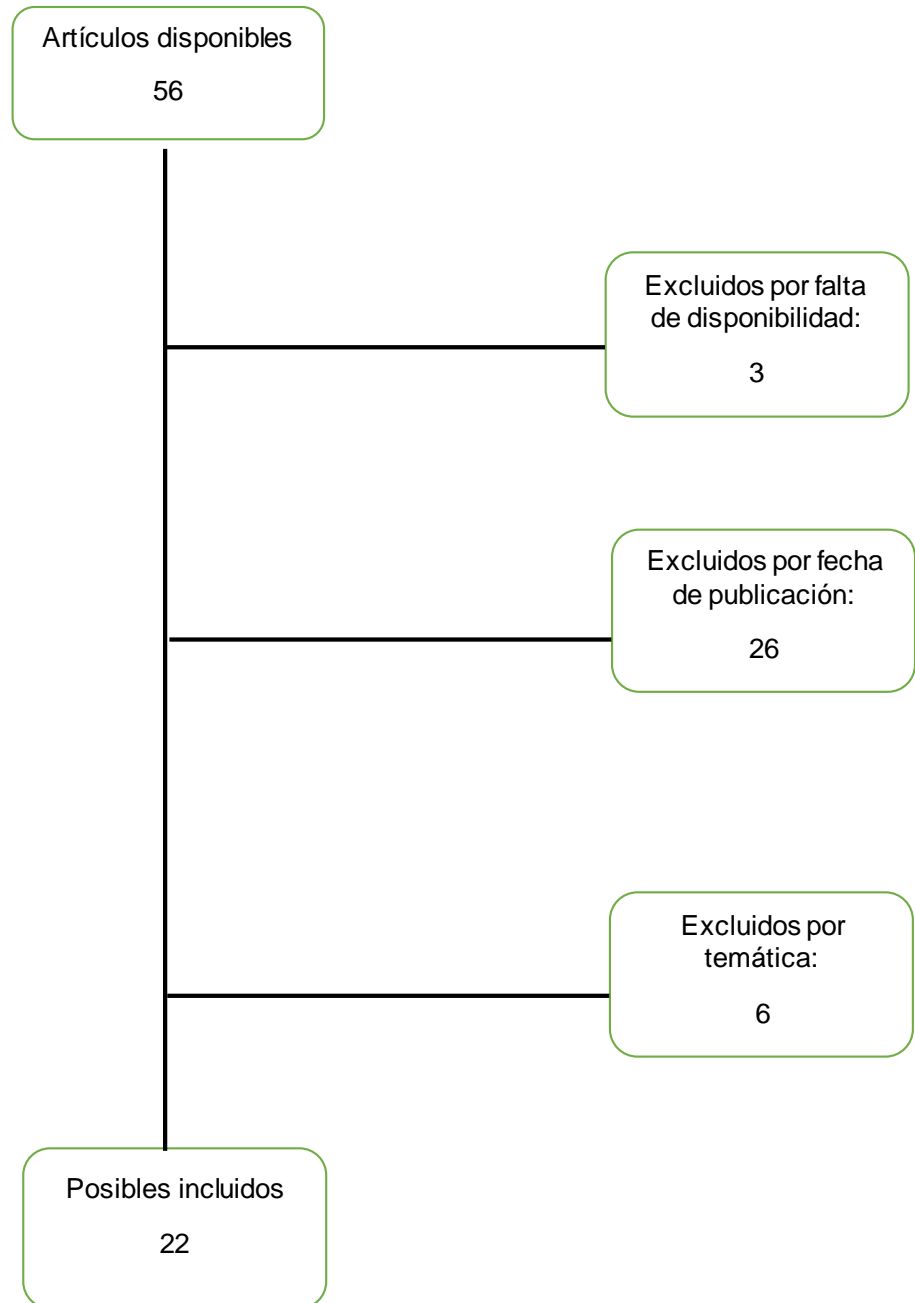
- Estudios que no guarden relación con la calidad de vida en mujeres con cáncer de mama, donde se incluyan participantes con recurrencia del cáncer
- Artículos no disponibles o incompletos.

Finalmente, al haber realizado la primera selección de los artículos teniendo en cuenta los criterios de inclusión y exclusión, se realizó la evaluación para elegibilidad con la herramienta denominada “Effective Public Health Practice Project (EPHPP)” avalada y validada para su uso. No se excluyó ningún estudio en función de los resultados de la evaluación de la calidad.

Tabla 3. Ecuaciones de búsqueda bibliográfica

Base de datos	Ecuación de búsqueda	Número de artículos	Número de artículos seleccionados
Pubmed	Factors OR quality of life before AND after treatment AND women with breast cancer.	147	45
Biblioteca Virtual de Salud (BVS)	Factores OR calidad de vida antes y después del tratamiento AND cáncer de mama.	24	4
Scielo	Factores OR calidad de vida AND tratamiento AND cáncer de mama.	94	7

Figura 1. Diagrama de artículos seleccionados



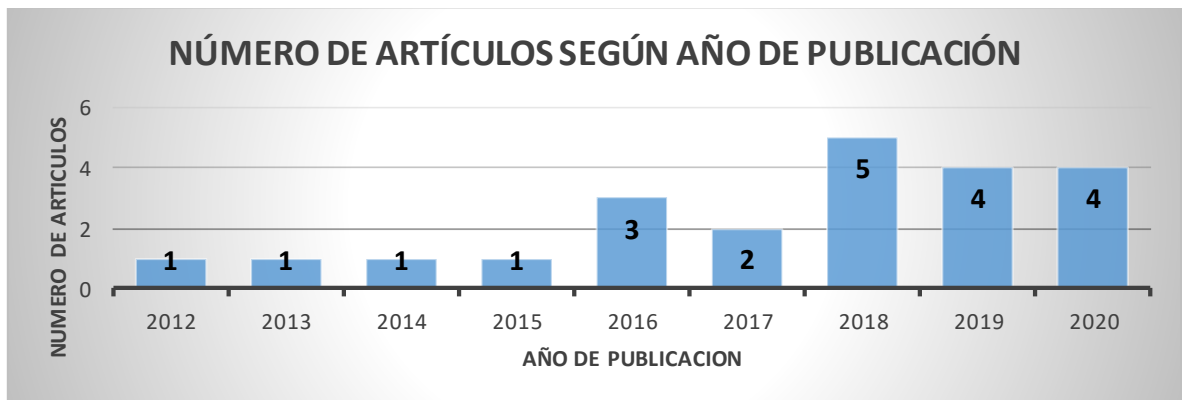
Fuente: elaboración propia.

Resultados

Caracterización de los artículos

Se identificaron 22 artículos que cumplieron los criterios de inclusión para realizar la revisión sistemática.

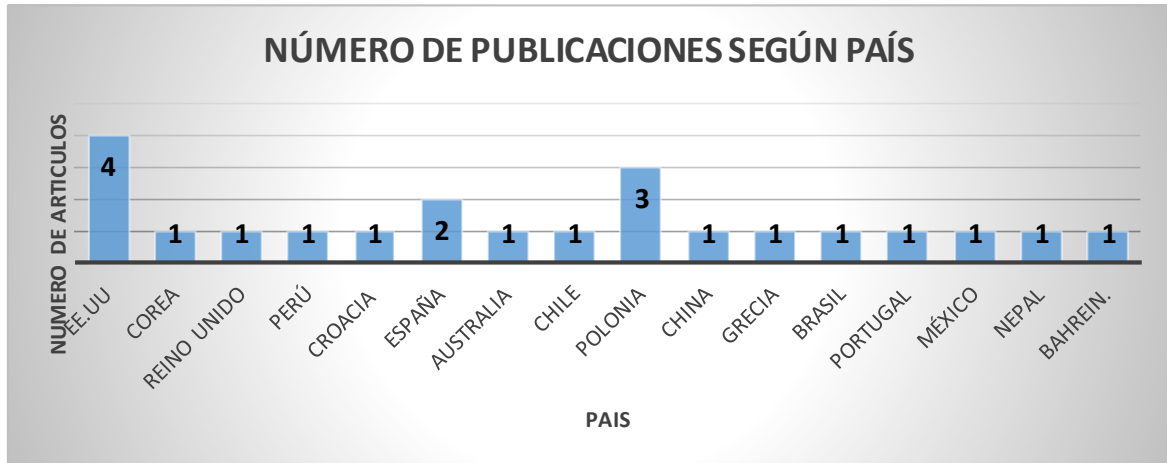
Gráfico 1. Número de artículos según año de publicación.



Fuente: elaboración propia.

En la revisión realizada, se encontró que 2019 y 2020 fueron los años de mayor publicación, con 4 artículos cada uno respectivamente.

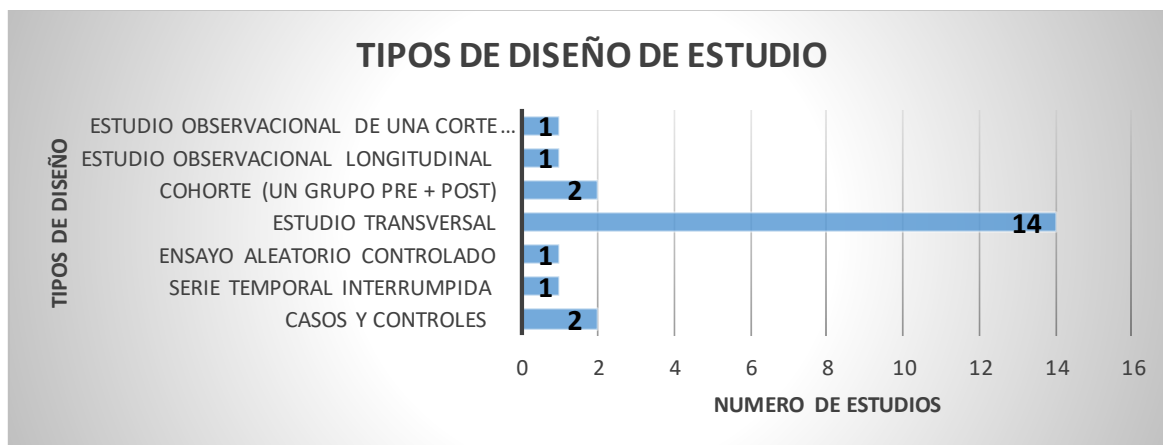
Grafico 2. Número de publicaciones según país donde se realizó el estudio



Fuente: elaboración propia.

La revisión bibliográfica evidenció que Estados Unidos, Polonia y España fueron los países con mayor número investigaciones publicadas. De autores estadounidenses se encontraron 4 artículos (1), (3), (5), (8); 3 de autores polacos (11), (13), (15), y 2 de autores españoles (9), (22), mientras que en todo América del Sur, solo se encontraron 3 artículos (5), (12), (17).

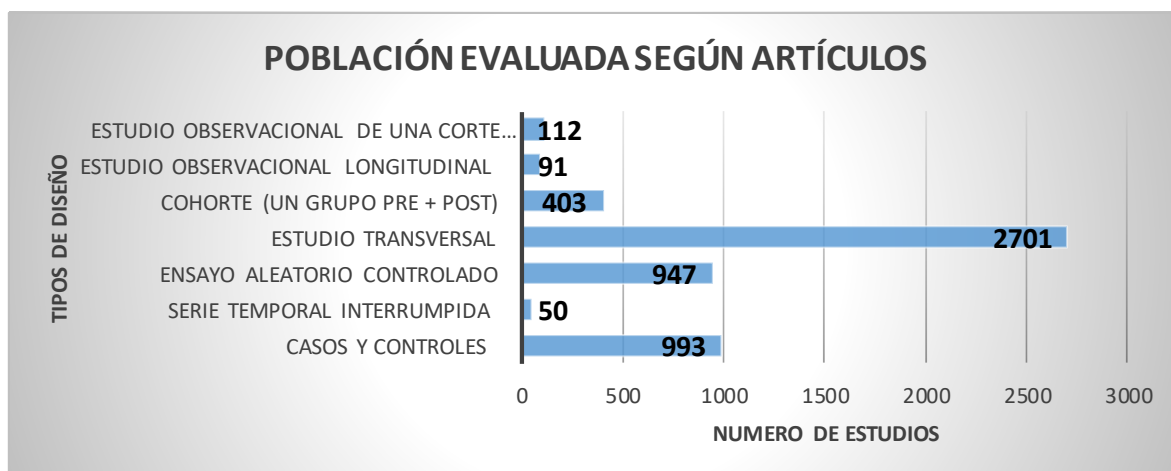
Grafico 3. Tipos de diseño de estudio



Fuente: elaboración propia.

Se estableció el uso de 7 diseños de estudio, siendo el tipo de diseño más referido, el estudio transversal reportado en 14 artículos revisados.

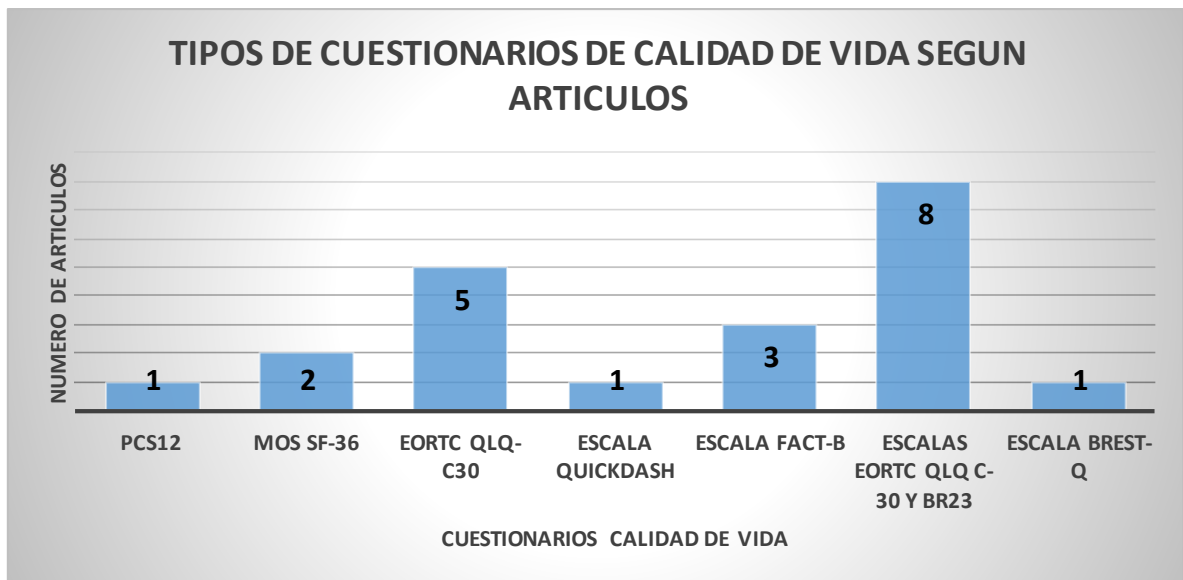
Grafico 4. Población evaluada según artículos



Fuente: elaboración propia.

El total de la población evaluada en los diferentes estudios publicados fue de 5.297 entre estos 2.701 hicieron parte de estudios transversales, 993 de casos y controles, 947 ensayo aleatorio controlado, 403 cohorte, 112 de estudio observacional de una corte prospectiva, 91 observacional longitudinal y 50 de serie temporal interrumpida.

Grafico 5. Tipos de Cuestionarios de Calidad de Vida



Fuente: elaboración propia.

Se estableció el uso de 7 tipos de Cuestionarios de Calidad de Vida siendo la más empleada la ESCALAS EORTC QLQ C-30 y BR23 con 8 artículos, seguido de la escala EORTC QLQ-C30 con 5 artículos y la ESCALA FACT-B con 3 artículos. Entre los menos empleados está el MOS SF-36 con 2 artículos, la escala PCS12, Escala QuickDASH y Escala BREST-Q con 1 artículo cada uno.

Caracterización sociodemográficas

Tabla 4. Características Sociodemográficas y Clínicas

Características	Calidad de vida antes del tratamiento (n = 198)		Calidad de vida después del tratamiento (n = 4.426)		Calidad de vida antes y después del tratamiento (n = 817)	
	No.	(%)	No.	(%)	No.	(%)
Edad (Media)	75		52,4		55	
Raza (Media)						
Blanca	154	78%	1.636	37%	-	-
Negra	17	9%	69	2%	-	-
Asiático	13	7%	-	-	-	-
Hispano	11	6%	18	0,4%	-	-
Otro	3	2%	44	1%	-	-
Estado civil (Media)						
Soltero	12	6%	233	5%	84	10%
Casado	92	46%	1.844	42%	458	56%
Separado	16	9%	183	4%	34	4%
No casado	70	35%	429	10%	2	0,2%
No reporta	8	4%			7	1%
Educación (Media)						
Grado de escuela sin terminar	-	-	588	13%	244	30%
High School terminada	-	-	873	20%	126	15%
Universidad sin terminar	-	-	561	13%	-	-
Universidad terminada	-	-	850	19%	124	15%
Ocupación (Media)						
Empleado	-	-	778	18%	222	27%
Desempleado	-	-	649	15%	337	41%
Menopausia (Media)						
Premenopausia	-	-	487	11%	114	14%
Perimenopausia	-	-	74	2%	-	-
Postmenopausia	-	-	1010	23%	250	31%
Comorbilidades (Media)						
Si	-	-	107	2%	226	28%
No	-	-	795	18%	113	14%
Histología (Media)						
In situ	38	19%	2189	49%	582	71%
Invasivo	160	81%	22	0,5%	4	0,5%
Estadio Clínico (Media)						
0	-	-	134	3%	-	-
I	-	-	620	14%	210	26%
II	-	-	565	12,8%	144	18%
III	-	-	150	3,4%	141	17%
IV	-	-	10	0,2%	-	-

Tipo de Cirugía (Media)						
Ninguna	3	2%	5	0,1%	3	0,4%
Lumpectomía	-	-	1.478	33,4%	339	41%
Mastectomía	195	98%	2.111	47,7%	200	24%
Quimioterapia (Media)						
Si	-	-	2.534	57,3%	264	32%
No	198	100%	217	4,9%	158	19%
Radioterapia (Media)						
Si	107	54%	1.365	30,8%	446	54
No	91	46%	603	13,6%	55	7%

Fuente: elaboración propia.

En la tabla 4 se describe los artículos analizados en su conjunto según las características sociodemográficas y clínicas agrupados de acuerdo a la calidad de vida antes del tratamiento, después del tratamiento y antes y después del tratamiento usando los promedios de los resultados. En los artículos incluidos antes del tratamiento (1), el promedio de edad mediana de las pacientes era de 75 años, había un predominio de la raza blanca (154) y cerca de la mitad era casado (92). En los aspectos clínicos, 161 de las evaluadas tenían cáncer de tipo invasivo. El tipo de cirugía que más se realizó fue la mastectomía en 195 casos y en ninguna paciente se realizó quimioterapia mientras que en 107 si se realizó radioterapia.

En los artículos incluidos después del tratamiento (3), (4), (5), (6), (7), (8), (12), (13), (14), (15), (16), (18), (19), (20), (21), se halló que el promedio de edad era de 52,4 años; 1.636 pacientes eran de raza blanca; 1.844 eran casadas; 873 tenía High School terminada y 850 tenía Universidad terminada; 778 eran

empleadas; 1.010 de las pacientes tenía postmenopausia; 795 reporto comorbilidades; en 2.189 el cáncer estaba *in situ*; 620 se encontraba en estadio clínico I mientras que 565 en estadio II; 2.111 se habían realizado Mastectomía; 2.534 pacientes se les realizo quimioterapia; 1.365 se les realizo radioterapia.

En los artículos incluidos antes y después del tratamiento (2), (9), (10), (11), (17), (22), se halló que el promedio de edad era de 55 años. En cuanto al estado civil 458 eran casadas; 244 no habían terminado la escuela; 337 eran desempleadas; 250 pacientes eran postmenopáusica; 226 tenían comorbilidades; en 582 el tipo de cáncer era *in situ*; 210 se encontraba en estadio clínico I, 144 en estadio II y 141 en estadio III. A 339 se le practico lumpectomía, mientras que a 200 mastectomías; 264 se les realizo quimioterapia; a 54 se les realizo radioterapia.

En las siguientes tablas se describen los artículos analizados de acuerdo a los cuestionarios de Calidad de Vida según la escala, población, objetivo y resultados de la evaluación.

Tabla 5. Descripción de las características de los métodos de evaluación de calidad de vida antes del tratamiento

No.	Autor(es)	Título	Año	País	Cuestionarios de Calidad de Vida.	Pob. Objeto	Objetivo	Resultado
1	Dr. David M. Euhus, Jamin K. Addae MPH, MD , Claire F. Snyder PhD , Joseph K. Canner MHS	Cambio en la calidad de vida relacionada con la salud en mujeres mayores después del diagnóstico de un cáncer de mama pequeño	2019	EE. UU.	Physical and Mental Health Summary Scales - PCS12	Mujeres diagnosticadas con un cáncer de mama in situ o invasivo que medía de 1 a 10 mm y pacientes de control, que no fueron diagnosticados con ningún cáncer.	Determinar si el diagnóstico de un cáncer de mama muy pequeño, probablemente detectado por exámenes de detección, en mujeres de una población de Medicare afecta la CVRS de forma positiva o negativa.	Se encontró que la puntuación 12 del componente físico SF-36 / VR-12 disminuyó en 1,6 puntos entre la línea de base y encuestas de seguimiento para los controles en comparación con 3,2 puntos para las mujeres diagnosticadas con cáncer de mama pequeño ($p = 0,016$). Una disminución de 2 puntos se reconoce como la diferencia mínimamente significativa para esta medida. En el análisis multivariable, el diagnóstico de un cáncer de mama pequeño resultó ser uno de los predictores más fuertes de una disminución significativa en los dominios físico y mental del CVRS ($p = 0,012$ y $p = 0,023$, respectivamente) y su vez, el estado civil "separado", predice un aumento significativo en la puntuación PCS12.

Tabla 6. Descripción de las características de los métodos de evaluación de calidad de vida después del tratamiento

No.	Autor(es)	Título	Año	País	Cuestionarios de Calidad de Vida.	Pob. Objeto	Objetivo	Resultado
3	Elizabeth B. Claus , Stacey Petruzella , Darryl Carter , Stanislav Kasl	Calidad de vida de las mujeres diagnosticadas con Carcinoma de mama in situ.	2016	EE.UU	Medical Outcomes Study 36-item - MOS SF-36	La población de casos y controles incluye mujeres diagnosticadas con BCIS entre los residentes de Connecticut.	Existen datos limitados sobre la calidad de vida a largo plazo (CDV) de las mujeres diagnosticadas con carcinoma de mama in situ (BCIS).	Cinco años después del diagnóstico, las mujeres diagnosticadas con BCIS informan niveles de funcionamiento de la salud física, emocional y mental similares a los reportados en una población femenina sana. Los participantes del caso y los controles no difirieron en los niveles informados de limitaciones debido a problemas de salud física, dolor corporal, funcionamiento social o funcionamiento físico general. Los participantes del caso que se

								sometieron a tumorectomía con radiación informaron niveles más bajos de funcionamiento emocional, percepciones de salud general, vitalidad, interés sexual y salud mental en general, así como más síntomas depresivos que los sujetos de control.
4	Galina Velikova, Linda Jane Williams, Sarah Willis, J Michael Dixon, Juliette Loncaster, Matthew Hatton, Jacqueline Clarke, Ian H Kunkler*, Nicola S Russell*,	Calidad de vida después de la radioterapia postmastectomía en pacientes con cáncer de mama de riesgo intermedio (SUPREMO): resultados de 2 años de seguimiento de un ensayo aleatorio y controlado	2018	Reino Unido	European Organization for Research and Treatment of Cancer Quality of Life Questionnaire EORTC QLQ-C30	Mujeres de 18 años o más que se habían sometido a una mastectomía por cáncer de mama unilateral y, si tenían cáncer de mama de riesgo intermedio (definido como pT1-2N1; pT3N0; o pT2N0 si también es de grado III o con invasión linfovascular en la histología), a un procedimiento de estadificación axilar con disección de los ganglios linfáticos axilares. Las pacientes debían ser aptas para la cirugía, la radioterapia o	Examinar los efectos de la radioterapia postmastectomía en varios resultados primarios de la CdV (CdV global, fatiga, función física, síntomas de la pared torácica, síntomas del hombro y del brazo, imagen corporal y ansiedad y depresión) a 1, 2, 5 y 10 años después del tratamiento. En este estudio se informan los resultados a los 2 años.	Hasta los 2 años, los síntomas de la pared torácica eran peores en el grupo de radioterapia que en el grupo de no radioterapia (puntuación media 14-1 [SD 15-8] en el grupo de radioterapia frente a 11-6 [14-6] en el grupo de no radioterapia; estimación del efecto 2-17, IC 95% 0-40-3-94; p=0-016); sin embargo, hubo una mejora en ambos grupos entre los años 1 y 2 (efecto de la

						la terapia sistémica adyuvante.		visita -1-34, IC 95% - 2-36 a -0-31; p=0-010). No se observaron diferencias entre los grupos de tratamiento en los síntomas del brazo y el hombro, la imagen corporal, la fatiga, la CdV general, la función física o las puntuaciones de ansiedad o depresión.
5	Vanessa Lostaunau, Claudia Torrejón, Mónica Cassaretto	Estrés, afrontamiento y calidad de vida relacionada a la salud en mujeres con cáncer de mama	2017	Perú	Cuestionario de salud SF-36, el inventario de estimación del afrontamiento COPE, la escala de estrés percibido EEP y la adaptación peruana de la escala de estrés traumático	Mujeres adultas que han sido diagnosticadas por primera vez con cáncer de mama en un periodo entre 3 a 12 meses y que asisten a un centro nacional de atención de enfermedades neoplásicas en la ciudad de Lima.	Examinar el poder explicativo que tienen algunas variables sociodemográficas, de enfermedad, estrés percibido, estrés traumático y los tipos de afrontamiento, sobre los componentes físico y mental de la CVRS de un grupo de pacientes con cáncer de mama que asisten a recibir tratamiento a un centro de atención	Al analizar si la CVRS obtenía variaciones según las variables sociodemográficas, se encontraron diferencias significativas en el componente físico con las variables migración y tipo de tratamiento. Se encuentra que las pacientes no migrantes (provenientes de Lima) obtienen puntajes más elevados que las pacientes migrantes

							<p>especializada en cáncer en el Perú.</p>	<p>en dicho componente (Mmigrante = 63.49, Mmigrante = 52.82, $t = -2.48$, $p = .16$, $d = .68$). En relación con el tipo de tratamiento, los análisis revelaron diferencias estadísticamente significativas entre las pacientes que recibieron tratamiento quimioterapéutico y las pacientes que no recibieron ningún tipo de tratamiento; las primeras reportaron mejores puntuaciones en el componente físico en comparación con las mujeres que no recibieron tratamiento alguno (Mquimioterapia = 63.70, Mninguno = 53.21, $t = 2.316$, $p = .02$, $d = .69$). En lo que respecta al componente físico, se observa que la migración, el tipo de tratamiento y el estrés traumático</p>
--	--	--	--	--	--	--	--	---

								consiguieron explicar el 30% de su variabilidad, con una $F(52) = 6.976$, $p < .001$. En este caso, el afrontamiento no consiguió explicar la variabilidad de dicho componente.
6	Elizabeth A. Chrischilles, Danielle Riley, Elena Letuchy, Linda Koehler, Joan Neuner, Cheryl Jernigan, Brian Gryzlak, Neil Segal, Bradley McDowell, Brian Smith, Sonia L. Sugg, Jane M. Armer, Ingrid M. Lizarraga.	Discapacidad de las extremidades superiores y calidad de vida tras el tratamiento del cáncer de mama en la red de investigación clínica Greater Plains Collaborative	2019	EE.UU	Escala QuickDASH	Pacientes de 18 años o más diagnosticadas de cáncer de mama entre enero de 2013 y mayo de 2014. Las pacientes elegibles fueron mujeres con carcinoma ductal in situ confirmado microscópicamente o con cáncer de mama invasivo en estadio I-III diagnosticado durante el periodo de estudio.	Describir la relación de las características del tratamiento moderno con la CdV en una muestra contemporánea de pacientes con cáncer de mama y cuantificar el posible efecto mediador de la Discapacidad crónica de las extremidades superiores (DEU).	Las mujeres que recibieron radiación y quimioterapia tras la mastectomía experimentaron una calidad de vida significativamente peores. Las mujeres con menores ingresos, menores conocimientos de salud y diagnósticos previos de diabetes, artritis u hombro tuvieron peor DEU. Las pacientes con peor DEU informaron de una calidad de vida significativamente peor. Los ingresos y los conocimientos de salud se asociaron de forma independiente con QoL después de

								ajustar por DEU pero el tratamiento y las condiciones previas no lo fueron, indicando la mediación por la DEU. La DEU medió el 52-79% del efecto de los tratamientos basados en la mastectomía sobre la CdV en comparación con la mastectomía unilateral sin radiación. La DEU y la CdV no difirieron según el tipo de cirugía axilar o la reconstrucción post-mastectomía.
7	Stana Pačarić , Jozo Kristek, Jure Mirat , Goran Kondža, Tajana Turk, Nikolina Farčić, Želimir Orkić and Ana Nemčić	La calidad de vida de las mujeres croatas después de la mastectomía: un estudio transversal de un solo centro	2018	Croacia	Escala de la EORTC QLQ-C30	Mujeres que se habían sometido a una mastectomía (hallazgo histopatológico positivo de cáncer de mama en estadio I o estadio II) 1 mes antes y que estaban recibiendo terapia oncológica adyuvante y a su vez, las mujeres que se habían sometido a una mastectomía (hallazgo fisiopatológico positivo	Examinar la calidad de vida de las mujeres con cáncer de mama después de un mes y después de un año de la cirugía y comparar la calidad de vida después de un mes y después de un año de la mastectomía.	Los valores medios del estado funcional de la escala EORTC QLQ-C30 fueron significativamente más altos en las pacientes 1 año después de la mastectomía (80 [IC del 95%: 73,8-83,1]) en comparación con las pacientes 1 mes después de la mastectomía (57,78

						de cáncer de mama en estadio I o estadio II) 1 año antes y habían terminado la terapia oncológica adyuvante.		[IC del 95%: 48,9-68,5)]. Los valores más afectados del estado funcional en la escala fueron el funcionamiento emocional (37,5 [IC 95%: 33,3-61,6]) y el funcionamiento sexual (16,67 [IC 95%: 0-33,3]) para ambos grupos. Los síntomas más afectados fueron la pérdida de cabello (66,67 [IC 95%: 33,3-100]) y la fatiga (33,33 [IC 95%: 24-44]) 1 mes y 1 año después de la mastectomía, respectivamente.
8	Kenneth P. Tercyak , Beth N. Peshkin , Barbara M. Brogan , Tiffani DeMarco , Marie F. Pennanen , Shaw na C. WilleyColette M. Magnant, Sarah Rogers,	Calidad de vida después de la mastectomía profiláctica contralateral en pacientes recién diagnosticadas con cáncer de mama de alto riesgo que se sometieron a	2016	EE.UU	Escala FACT-B, Escala IES y Escala MICRA.	Pacientes diagnosticadas recientemente con carcinoma ductal in situ (DCIS) hasta cáncer de mama en estadio IIIA, no habían recibido tratamiento definitivo para el cáncer de mama local (es decir, mastectomía o tumorectomía unilateral	Comparar el impacto inmediato y a largo plazo del resultado de la prueba genética <i>BRCA1 / 2</i> y la CPM entre pacientes con cáncer de mama recién diagnosticadas que optaron por CPM en el momento de su tratamiento	Después de controlar por FACT-B basal, estadio y quimioterapia adyuvante ($\Delta R 2 = 0.35$, $P < .001$), ni el resultado de la prueba ($\Delta R 2 = 0.00$, $P = .96$) ni CPM ($\Delta R 2 = 0.00$, $P = .49$) predijo la calidad de vida a corto plazo.

	Claudine Isaacs, Marc D. Schwartz	pruebas genéticas <i>BRCA1</i> / 2				o bilateral más el inicio del tratamiento con radiación), y cumplían los criterios clínicos diseñados para identificar individuos con un mínimo del 10% de probabilidad de portar una mutación <i>BRCA1</i> / 2.	quirúrgico definitivo versus pacientes que no lo hicieron sobre la calidad de vida y el funcionamiento psicosocial de las mujeres.	Solo la recepción de quimioterapia adyuvante se asoció de forma independiente con la calidad de vida ($\beta = -.15, P = .04$).
12	Paola Salas-Rivas ,Javiera Pousa-Benavente, Jeannette Astudillo-Astudillo.	Relación entre satisfacción usuaria y calidad de vida en mujeres con cáncer de mama en quimioterapia	2018	Chile	Escalas EORTC QLQ C-30 y BR23	Mujeres con diagnóstico de cáncer de mama en tratamiento con QT endovenosa sistémica en la Unidad de Oncología, atendidas por enfermeras del Hospital de La Serena, periodo mayo-junio del año 2018.	Evaluar la relación entre la CV y la SU de atención de mujeres con cáncer de mama en tratamiento de quimioterapia (QT) del Hospital de La Serena.	El 53,7% de las usuarias manifestó satisfacción con la atención de salud destacando el dominio de los cuidados de enfermería con un 95,1%, el cual incluyó: conocimientos, técnicas y/o procedimientos y buen trato. El nivel de mayor insatisfacción fue en el dominio de la accesibilidad al equipo médico y de enfermería (34,2%), que incluía; cercanía de los equipos de salud, disposición a conversar y contestar

									<p>dudas respecto a su tratamiento o enfermedad. A su vez, el 73,2% calificó como "buena" su CV, excepto las áreas del funcionamiento sexual (21,9%) y el disfrute sexual (19,5%) además de la preocupación por el futuro (con un valor entre 20 y 30 puntos), los demás aspectos evaluados estaban sobre el puntaje 50, que en esta escala señala buena calidad de vida. Se encontró relación en los puntajes totales entre CV y SU (correlación de Pearson $r^2=0,459$ valor $p=0,003$), encontrando riesgo de presentar insatisfacción usuaria asociado a una mala calidad de vida (OR=23 IC 95% 2,5-210). Además, el análisis multivariado reafirma esta relación luego de controlar por edad, lugar de residencia y el</p>
--	--	--	--	--	--	--	--	--	---

								estadio del cáncer OR=34 (IC95% 2,2-531,7).
13	Marzena Kamińska, Tomasz Ciszewski, Bożena Kukielka-Budny, Tomasz Kubiатовski, Bożena Baczevska, Marta Makara-Studzińska, Elżbieta Starosławska, Iwona Bojar	Calidad de vida de las mujeres con cáncer de mama tras una mastectomía o una terapia conservadora de la mama tratada con quimioterapia adyuvante.	2015	Polonia	Escalas EORTC QLQ C-30 y BR23	Mujeres caucásicas seleccionadas aleatoriamente, que se sometieron a un tratamiento conservador de la mama y otras tratadas con mastectomía en el Centro Oncológico.	Evaluar la calidad de vida de las pacientes con cáncer de mama sometidas a mastectomía o a tratamiento conservador de la mama con terapia adyuvante sistémica.	Para el análisis, los pacientes se dividieron en dos grupos de edad: de 30 a 45 años y de 45 a 70 años. La única diferencia significativa que se observó fue la mayor evaluación del "funcionamiento sexual" en el grupo de pacientes de 45 a 70 años después del TDC, en comparación con el grupo de pacientes de 30 a 45 años. Del mismo modo, se encontró una mayor evaluación del "funcionamiento sexual" en el grupo

								<p>de pacientes de 45 a 70 años después de la mastectomía, en comparación con el grupo de pacientes de 30 a 45 años. También se observaron diferencias en el pronóstico de la propia salud de las pacientes. Las pacientes de entre 30 y 45 años que se habían sometido a un TBC o a una mastectomía evaluaron peor su propio pronóstico de salud que las pacientes de entre 45 y 70 años.</p> <p>El análisis descrito del material de estudio muestra que los pacientes de entre 30 y 45 años estaban más preocupados por el pronóstico y su futuro, estaban ansiosos por la influencia de la enfermedad en su vida familiar y la</p>
--	--	--	--	--	--	--	--	--

									relación con su pareja Los factores sociales y demográficos (edad, educación, estado civil) incluyeron en la evaluación de la calidad de vida entre ambos grupos. Los datos obtenidos también dependían del tipo de procedimiento quirúrgico y del tratamiento químico. El nivel de ansiedad y depresión también incluyó en la calidad de vida general y fue mayor en las mujeres sometidas a mastectomía.
--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

14	Z.-Y. He, Q. Tong, S.-G. Wu, F.-Y. Li, H.-X. Lin & X.-X. Guan.	Una comparación de la calidad de vida y la satisfacción de las mujeres con cáncer de mama en estadio temprano tratadas con terapia conservadora de mama VS mastectomía en el sur de China.	2012	China	Functional assessment of cancer therapy—breast, FACT-B	Se reclutaron 200 pacientes con cáncer de mama en estadio T1-2N0M0 (100 pacientes que habían recibido TBC y 100 pacientes que se habían sometido a MAS), con adenocarcinoma de mama, estadio T1-2N0M0, haber recibido terapia en el Centro de Cáncer de la Universidad Sun Yat-sen entre 2000 y 2008, haber completado datos, viviendo en el sur de China, sin recidiva ni metástasis hasta febrero de 2010.	Comparar la calidad de vida y la satisfacción de las mujeres con cáncer de mama en estadio T1-2N0M0 tratadas con TBC o MAS en el sur de China.	Las puntuaciones de los dominios físico, funcional y emocional y las preocupaciones específicas de la mama del FACT-B no fueron significativamente diferentes entre los grupos. La puntuación del dominio social del grupo BCT fue significativamente mayor que la del grupo MAS.
15	Magdalena Konieczny, Elz'bieta Cipora, Wojciech Roczniak, Magdalena Babus'ka-Roczniak y Marek Wojtaszek	Impacto del tiempo hasta el inicio del tratamiento en la calidad de vida de las mujeres con cáncer de mama.	2020	Polonia	Escala EORTC QLQ-C30 y QLQ-BR23	Mujeres con cáncer de mama confirmado histopatológicamente, mayor de 18 años, tratamiento quimioterapéutico del cáncer y consentimiento informado para participar en el estudio.	Evaluar la calidad de vida de las mujeres con cáncer de mama, en función del tiempo transcurrido hasta el tratamiento inicial.	Las mujeres examinadas tenían una calidad de vida y salud general reducida (M = 53,88). La calidad de vida fue mayor en las mujeres que consultaron al médico lo antes posible tras notar los síntomas iniciales de la enfermedad, es decir, hasta una semana (M = 57,58),

								en comparación con las pacientes que retrasaron la decisión (más de cuatro semanas; M = 47,8) ($p = 0,002$). La calidad de vida también fue considerada más alta por las mujeres que recibieron el tratamiento dentro de las dos semanas siguientes al diagnóstico (M = 56,79) y fue más baja para las pacientes que esperaron el tratamiento durante más de dos meses (M = 43,68). Se demostraron relaciones estadísticamente significativas para las escalas funcionales y la intensidad de la enfermedad.
16	Aris Yfantis, Pavlos Sarafis, Ioannis Moissoglou, Maria Tolia,	Cómo afectan los tratamientos del cáncer de mama a la calidad de vida de las mujeres con cáncer de	2020	Grecia	Escala EORTC QLQ-C30 y QLQ-BR23	Los participantes se definieron como: edad entre 18 y 75 años, capacidad de entender, enviar y completar el cuestionario,	Explorar los efectos de los tratamientos contra el cáncer en la CdV de los supervivientes de CB no metastásicos en	Según la Regresión Lineal Múltiple, los pacientes mayores mostraron una perspectiva de futuro más baja siendo los

	<p>George Intas, Ioanna Tniakou, Konstantinos Zografos, George Zografos, Marianna Constantinou, Athanasios Nikolentzo y Michalis Kontos.</p>	<p>mama metastásico un año después del tratamiento quirúrgico: estudio transversal en Grecia</p>	<p>no un en</p>			<p>tratamiento quirúrgico para el CB aproximadamente 1 año antes, pacientes externos en hospitales públicos.</p>	<p>Grecia 1 año después de la cirugía. Investigar la asociación de los efectos secundarios relacionados con el tratamiento y las características demográficas y clínicas de los pacientes con la CdV.</p>	<p>que vivían en las zonas rurales, lo que se asoció con más dificultades financieras ($p = .001$). Mujeres con educación terciaria y aquellas que habían sido hospitalizadas en el hospital universitario obtuvieron mejores resultados en el estado de salud global ($p = .003$ y $.000$ respectivamente). Los pacientes sometidos a quimioterapia informaron mejores puntuaciones en la subescala de función emocional ($p = 0,025$). Mujeres con reconstrucción y al menos una complicación parecía tener puntuaciones significativamente mejores en perspectiva futura y función social ($p = .005$, $.002$ respectivamente).</p>
--	--	--	-----------------	--	--	--	---	--

18	M. Graça Pereira, Ana Cristina Paredes, Rui Nabiço, Catarina Ribeiro e Gabriela Ferreira.	Calidad de vida en pacientes con cáncer de mama: El papel moderador del estrés familiar.	2019	Portugal	Escala EORTC QLQ-C30	Mujeres con edad superior a 18 años; diagnóstico de cáncer de mama; y estar en tratamiento de quimioterapia en el momento de la evaluación.	<p>Analizar la relación entre variables psicológicas como la angustia, el estrés familiar, la imagen corporal, el optimismo disposicional y la CdV.</p> <p>Encontrar las variables clínicas y psicológicas que contribuyen a la CdV física y emocional.</p> <p>Analizar si el estrés familiar, moderando la relación entre la angustia psicológica de las pacientes y la CdV, durante el tratamiento de cáncer de mama.</p>	<p>Un mayor optimismo y una mejor imagen corporal se asociaban a una mejor calidad de vida. La angustia predijo significativamente la calidad de vida física y emocional, pero la recurrencia sólo predijo la calidad de vida física. El estrés familiar fue un moderador en la relación entre la angustia psicológica y la calidad de vida emocional, lo que demuestra la necesidad de detectar e intervenir el estrés familiar en pacientes con cáncer de mama. Los resultados pueden ayudar a diseñar intervenciones para las mujeres con cáncer de mama con el fin de promover la calidad de vida.</p>
----	---	--	------	----------	----------------------	---	---	--

19	<p>J Jesús Medina Valencia Wenceslao Guillermo Ángeles Bueno, Juan Antonio Delgado Vázquez, Jorge Antonio Lomelí Muñoz, Joan Arlene Ojeda Babilonia Leonora Montes Velázquez.</p>	<p>Calidad de vida de las pacientes con cáncer de mama: cirugía radical versus cirugía conservadora.</p>	2020	México	<p>Escala EORTC QLQ-C30 y QLQ-BR23</p>	<p>Mujeres de entre 16 y 80 años, manejadas en la UMAE, con cáncer de mama en etapas clínicas I a III, con al menos seis meses posteriores al tratamiento quirúrgico (cirugía conservadora o cirugía radical), independientemente de si requirieron hormonoterapia, quimioterapia o radioterapia.</p>	<p>Determinar la calidad de vida de las pacientes con cáncer de mama con tratamiento quirúrgico, cirugía radical versus cirugía conservadora, en la Unidad Médica de Alta Especialidad en el Hospital de Especialidades del Centro Médico Nacional de Occidente (UMA E HE CMNO).</p>	<p>La calidad de vida global de las pacientes fue de 45.5 para mastectomía y 42.7 para cirugía conservadora, con un estado global de salud de 44.1. De todos los parámetros, sólo fueron significativos para el apartado de síntomas - específicamente para el estreñimiento- y el impacto económico, los cuales fueron peores para las pacientes con mastectomía. De la misma forma, en el cuestionario específico para cáncer de mama, ninguno de los apartados mostró una diferencia estadísticamente significativa, por lo que se puede asumir una calidad de vida igual entre los diferentes tipos de tratamiento.</p>
----	---	--	------	--------	--	---	--	---

20	Muna Maharjan, Niresh Thapa, Raj Devi Adhikari, Marcia A Petrini, Kapendra Shekhar Amatya.	Calidad de vida de las mujeres nepalíes después de la mastectomía	2018	Nepal	Escala EORTC QLQ-C30 y QLQ-BR23	Mujeres de 20 años o más que visitaron el departamento de consultas externas del Hospital del Cáncer de Bhaktapur seis meses después de la mastectomía, que dieron su consentimiento voluntario para participar.	Investigar el estado de salud global, el estado funcional y los aspectos de los síntomas, las características demográficas y los factores asociados en mujeres después de la mastectomía.	Los resultados revelaron una buena puntuación en el estado de salud/calidad de vida global (79,43±11,86). Las encuestadas obtuvieron buenos resultados en las escalas funcionales (90,21±6,09 y 100±0) y de síntomas. En el módulo específico de la mama, todas las encuestadas obtuvieron una puntuación baja en cuanto a la función y el disfrute sexual. El estado de salud global mostró una asociación significativa con la ocupación (P = 0,033) y el uso de prótesis mamarias (P =0,018). En el módulo específico de la mama, los efectos secundarios de la terapia sistémica mostraron fuertes asociaciones estadísticas con la (p = 0,000), el estado civil (p = 0,007), la
----	--	---	------	-------	---------------------------------	--	---	--

								ocupación (p = 0,008), la educación (p = 0,001), el uso de prótesis (p = 0,014) y la comorbilidad (p = 0,033).
21	Ghufran Ahmed Jassim y David L Whitford	Calidad de vida de las mujeres bahreiníes con cáncer de mama: un estudio transversal	2013	Bahrein.	Escala EORTC QLQ-C30	Mujeres bahreiníes supervivientes de cáncer de mama diagnosticadas entre el 1 de enero de 1999 y el 31 de diciembre de 2008 a partir del registro de Cáncer de Bahrein.	Describir la calidad de vida de las mujeres bahreiníes con cáncer de mama e identificar los factores que pueden facilitar la mejora de la atención sanitaria a las mujeres supervivientes de cáncer de mama en Bahrein.	Los participantes tenían una puntuación media de salud global de 63,9 (IC del 95%: 61,21-66,66). Entre las escalas funcionales, el funcionamiento social obtuvo la puntuación más alta (media de 77,5 [IC del 95%: 73,65-81,38]), mientras que el funcionamiento emocional obtuvo la puntuación más baja (63,4 [IC del 95%: 59,12-67,71]). El síntoma más angustioso en las escalas de síntomas fue la fatiga (media 35,2 [IC del 95%: 31,38-39,18]). Utilizando la herramienta específica de la enfermedad, se

								<p>encontró que el funcionamiento sexual fue el que obtuvo la puntuación más baja (media de 25,9 [IC del 95%: 70,23-77,90]). En la escala de síntomas, el malestar debido a la pérdida de cabello obtuvo la puntuación más alta (media de 46,3 [IC del 95%: 37,82-54,84]). Se observaron diferencias medias significativas en muchas escalas funcionales y de síntomas.</p>
--	--	--	--	--	--	--	--	---

Tabla 7. Descripción de las características de los métodos de evaluación de calidad de vida antes y después del tratamiento.

No.	Autor(es)	Título	Año	País	Cuestionarios de Calidad de Vida.	Pob. Objeto	Objetivo	Resultado
2	Oh, Pok-Ja RN, PhD; Cho, Jung-Ran RN	Cambios en la fatiga, el malestar psicológico y la calidad de vida después de la quimioterapia en mujeres con cáncer de mama	2018	Corea	FACT-B	Pacientes con cáncer de mama de un Hospital en Corea antes del inicio de su quimioterapia adyuvante.	Identificar cambios e interrelaciones en el grupo de síntomas de fatiga-depresión-ansiedad y la calidad de vida durante la trayectoria de atención del cáncer en mujeres con cáncer de mama.	Se observó un aumento significativo de la fatiga ($F = 41,95$, $P < 0,001$) y la angustia psicológica ($F = 26,55$, $P < 0,001$) desde la pre quimioterapia hasta la postquimioterapia observando mejoría 6 meses después de la finalización de la quimioterapia. Un cambio positivo o negativo en la fatiga se asoció con lo mismo en la angustia psicológica. La calidad de vida ($F = 65,22$, $P < 0,001$) también mostró patrones de cambio similares a los observados con la fatiga y la angustia psicológica. La fatiga tuvo un mayor impacto en la calidad de vida después de la quimioterapia, pero la angustia psicológica tuvo un mayor impacto en la pre

								quimioterapia y en el seguimiento de 6 meses.
9	Raquel Rey Villar, Salvador Pita Fernández, Carmen Cereijo Garea, M ^a Teresa Seoane Pillado, Vanesa Balboa Barreiro, Cristina González Martín.	Calidad de vida y ansiedad en mujeres con cáncer de mama antes y después del tratamiento	2017	España	Escala EORTC QLQ-C30 y QLQ-BR23	Casos con diagnóstico histopatológico de cáncer de mama que se presentaron desde diciembre de 2013 hasta febrero de 2015.	Determinar el nivel de calidad de vida y ansiedad como rasgo en mujeres diagnosticadas de cáncer de mama antes y después del tratamiento. Este estudio también trata de determinar las variables asociadas a la calidad de vida y la ansiedad basales.	En el momento del diagnóstico, las puntuaciones más altas de calidad de vida fueron las de función física (92,3/100), rol (93,3/100) e imagen corporal (94,2/100), con puntuaciones superiores al 90%. Las dimensiones de calidad de vida basal con menor puntuación fueron las perspectivas de futuro (46,0/100) y el disfrute sexual (55,7/100). Los síntomas más molestos fueron el insomnio, la fatiga y la preocupación por la caída del cabello. Una vez finalizados los tratamientos, las dimensiones que se modificaron negativa y significativamente fueron la función física, el rol, la imagen corporal, las preocupaciones económicas y los síntomas como la fatiga, el dolor, la disnea y los relacionados con la mama, el brazo y los efectos adversos de las terapias sistémicas. Las puntuaciones que mejoraron fueron la función

								emocional y las perspectivas de futuro. El mayor nivel educativo (bajo frente a alto) se asoció a una mejor calidad de vida (OR=0,48), mientras que la presencia de comorbilidades (OR=2,07), el uso de ansiolíticos=1,61), los embarazos previos (OR=1,99) y la retracción del pezón (OR=4,50) resultaron aumentar el riesgo de una peor calidad de vida.
10	P. Sundaresan, L. Sullivan, S. Pendlebury, A. Kirby, A. Rodger, D. Joseph, I. Campbell, H.M. Dhillon, M.R. Stockle	Percepciones de las pacientes sobre la calidad de vida relacionada con la salud durante y después de la radioterapia adyuvante para el cáncer de mama T1N0M0.	2014	Australia	Escala EORTC QLQ-C30 y QLQ-BR23	Mujeres con un tumor primario de mama T1 (2 cm o menos); ganglios linfáticos axilares negativos determinados por disección axilar, muestreo axilar o biopsia de ganglio linfático centinela; y ninguna evidencia de metástasis a distancia.	Determinar las valoraciones de las mujeres sobre los síntomas, las funciones y las actitudes pertinentes durante y después de la radioterapia adyuvante para el cáncer de mama T1N0M0, y relacionar estas valoraciones con las evaluaciones de toxicidad de los médicos.	Durante la radioterapia, los formularios de CVRS autoinformados fueron completados cada semana por el 98% de los 161 participantes. La adhesión a la cumplimentación del UBQ-C fue muy buena, El 92% de los que iniciaron el estudio completaron el formulario a los 12 meses (el 94 y el 96% de los formularios se completaron a los 1 y 3 meses, respectivamente). Aunque sólo el 71% completó el QLQ BR23 y el 73% el QLQ C30 a los 12 meses, los porcentajes en los

								<p>momentos intermedios fueron todos superiores al 93%. Hubo muy pocos cambios en los resultados medios durante este periodo. No hubo diferencias apreciables en ninguna de las preguntas de todos los instrumentos entre las mujeres que completaron un cuestionario a los 12 meses y las que no lo hicieron.</p> <p>Las puntuaciones medias de la función física, cognitiva, social y de rol, así como de la salud global y la calidad de vida, se mantuvieron estables o se deterioraron sólo ligeramente durante el tratamiento y mejoraron hasta los niveles iniciales o mejores a las 12 semanas. Del mismo modo, las puntuaciones medias de salud con el termómetro de salud UBQ-C se mantuvieron estables antes y durante la radioterapia.</p>
11	Agata Krzos , Andrzej Stanisław ek, Marian Jedrych, Marta Łuczyk and	Satisfacción con el efecto estético y la calidad de vida de las mujeres después de la	2019	Polonia	Escala Breast-Q Questionnaire	Pacientes que se habían sometido a una ECM en uno de los centros de referencia para el tratamiento	Determinar el nivel de satisfacción con el resultado estético de la cirugía y la calidad de vida de las pacientes con cáncer	Antes de la cirugía, las pacientes evaluaron su satisfacción con el aspecto de sus mamas (SwB) en un nivel medio de M = 56,0. La puntuación media en la

	Barbara Slusarska	terapia conservadora de la mama (BCT) - Investigación preliminar.				integral de los cánceres malignos en la región de Lublin, Polonia.	de mama sometidas a TCM en un estudio longitudinal realizado a los tres, seis y 12 meses de la operación. La relación entre la satisfacción de las pacientes con el efecto estético de la BCS y la calidad de vida asociada a la salud también se investigó.	subescala de bienestar psicosocial (Psico-soc W-B) antes de la cirugía fue de M = 62,0, mientras que en los periodos posteriores del estudio fue mayor. La puntuación media en la subescala de bienestar físico (Physical W-B) antes de la cirugía fue de M = 69,92; y en los periodos posteriores del estudio, fue menor. El nivel de satisfacción del paciente con el resultado de la cirugía y la CdV relacionada con la salud no difieren significativamente en la observación postoperatoria. La CdV en términos de funcionamiento psicosocial en los pacientes sometidos a TBC es significativamente mayor 12 meses después de la cirugía en comparación con el periodo preoperatorio.
17	Sabrina Nunes Garcia, Michele Jacow skib, Gisele Cordeiro Castro,	Dominios de la calidad de vida afectados en mujeres con cáncer de mama	2015	Brasil	Escala EORTC QLQ-C30 y QLQ-BR23	Mujeres con diagnóstico confirmado de cáncer de mama, mayores de 18 años y comenzar el tratamiento de quimioterapia dentro del período	Investigar la calidad de vida de las mujeres con neoplasia mamaria sometidas a quimioterapia, en el seguro médico público (IA) y privado (IB).	Fueron verificadas diferencias estadísticamente significativas en los cuestionarios QLQ-C30 y Herramienta BR23 en el seguro médico público: la función física, síntoma dolor, la imagen corporal, los efectos sistémicos en las

	Carila Galdino, Paulo Ricardo Bittencourt Guimarãese, Luciana Puchalski Kalinke							perspectivas de futuro, en el seguro médico privado fueron la función sexual, la imagen social y el cuerpo. La calidad de vida se vio perjudicada por la quimioterapia en ambas instituciones.
22	Sergio Builes Ramírez, Benigno Acea Nebril, Alejandra García Novoa, Carmen Cerejo, Alberto Bouzón, Joaquín Mosquera Osés.	Evaluación de la percepción preoperatoria de la calidad de vida y satisfacción de la mujer con cáncer de mama mediante el cuestionario.	2020	España	Escala EORTC QLQ-C30	Mujeres mayores de 18 años con diagnóstico de carcinoma infiltrante o <i>in situ</i> de mama.	Evaluar su calidad de vida previa a la intervención propuesta y posterior al tratamiento instaurado para su comparación.	La satisfacción media de las pacientes con sus mamas fue de $58,9 \pm 16,9$. La media de bienestar psicosocial prequirúrgico fue de $70,5 \pm 16,1$. A las pacientes que se les propuso una cirugía conservadora presentaron una media de bienestar físico de $80,7 \pm 18,5$ y a las pacientes que se les propuso una mastectomía con reconstrucción fue de $79,9 \pm 17,7$. La media de score para el bienestar sexual fue de $63,2 \pm 20,7$. No se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre el grupo de mujeres con score bajo y el grupo con score medio o alto en cuanto a las características clinicoepidemiológicas de las pacientes (edad, peso, talla, IMC, distancia clavícula-

								CAP), por lo que no fue posible determinar un perfil físico-clínico de las mujeres con baja o alta satisfacción.
--	--	--	--	--	--	--	--	--

Discusión

El cáncer de mama es un problema de salud pública a nivel mundial y de allí el creciente interés por evaluar la calidad de vida asociada a los tratamientos y sus efectos secundarios. Así de acuerdo a estudios internacionales se indica que las áreas que más pueden verse afectadas por esta enfermedad de manera negativa son el bienestar emocional, físico y funcional.

Existen multitud de instrumentos útiles a la hora de evaluar la calidad de vida, tanto de una forma general, como de forma más focalizada en algunos subgrupos de pacientes o frente a síntomas concretos lo cual se evidencia en el alto número de publicaciones encontradas, en el que se incluían diferentes escalas de evaluación de calidad de vida.

Se encontró en este estudio que es usual emplear los tradicionales métodos de evaluación, siendo los más reportados: Escala EORTC QLQ-C30 y QLQ-BR23 (9), (10), (12), (13), (15), (16), (19), (20), Escala EORTC QLQ-C30 (4), (7), (18), (21), (22), Medical Outcomes Study 36-item - MOS SF-36 (3), (5), Escala QuickDASH (6) y FACT-B (8), (14), (2), Physical and Mental Health Summary Scales - PCS12 (1). Llama la atención el empleo sobre todo de la Escala EORTC QLQ-C30 y QLQ-BR23 en los estudios publicados entre los años 2014 y 2020, el cual es considerado como uno de los mejores cuestionarios de valoración de CV relacionada con la salud en cáncer, destacando por su fiabilidad.

Los cuestionarios de calidad de vida fueron utilizados con diferentes propósitos como determinar los aspectos positivos y negativos frente al diagnóstico de cáncer de mama, examinar los efectos de los distintos tratamientos en la calidad de vida antes, durante y después y establecer la asociación entre la presencia de factores de riesgos sobre los componentes físico y mental de la calidad de vida, acorde con los objetivos para el que fueron desarrollados. En 9 de los 43 artículos (10), (11), (12), (16), (21), (25), (29), (31), (35), se reportó una asociación significativa entre los factores de riesgo sociodemográficos y clínicos y la CV donde la edad el estado civil separado (1), (20), tipo de tratamiento (radiación y quimioterapia) (3), (5), (6), nivel educativo (bajo frente a alto) (9), (20), menores ingresos (6), ocupación (20), comorbilidades (6) se asociaron a una peor calidad de vida, sin embargo, en dos estudios se observaron diferencias en cuanto a la edad donde en uno de ellos se halló que los pacientes de 45 a 70 años evaluaron mejor su calidad de vida (13) mientras que en otra investigación se encontró que contrario al estudio anterior, los pacientes mayores mostraron una calidad de vida más baja asociado a que vivían en zonas rurales por lo que presentaban mayores dificultades financieras (16).

Existen otros factores que según también pueden aumentar el riesgo de una peor calidad de vida como el uso de ansiolíticos, los embarazos previos y la retracción del pezón (9), en cambio otros factores como el uso de prótesis mamarias mostró una asociación significativa con el estado de salud global y por ende una mejor calidad de vida (20). Con base en todos estos resultados,

pareciera que la enfermedad en sí misma no produce un impacto devastador en la calidad de vida de las mujeres con cáncer de mama, sino que son algunas condiciones médicas, sociales, culturales, familiares y personales que lo acompañan, las que facilitan un adecuado ajuste a la enfermedad y, por lo tanto, repercuten en la calidad de vida de las pacientes.

En relación con la calidad de vida antes del tratamiento empleando la escala PCS12 se encontró que el diagnóstico de un cáncer de mama aunque sea pequeño resulta en una disminución significativa en la calidad de vida de las pacientes sobre todo en los dominios físico y mental por lo que recibir un diagnóstico de este tipo supone una mayor vulnerabilidad en estos dos los aspectos fundamentales de la vida (1).

En cuanto a los artículos que evalúan la calidad de vida después del tratamiento usando la Escala EORTC QLQ-C30 y QLQ-BR23 se halló que solo dos artículos calificaron en general como “buena” la calidad de vida de las pacientes (12), (20), en cambio en los demás artículos las mujeres examinadas tenían una calidad de vida y salud general reducida (13), (15), (19) sobre todo en cuanto a las pacientes que se habían sometido a una mastectomía o cirugía conservadora (19) y donde el nivel de ansiedad y depresión sería mayor en las mujeres sometidas a mastectomía (13). Así mismo, se encontró que las pacientes jóvenes entre 30 y 45 años que se habían sometido a una terapia conservadora de la mama o a una mastectomía evaluaron peor su propio pronóstico de salud que las pacientes de entre 45 y 70 años, donde este grupo estaba más preocupado

por el pronóstico y su futuro, estaban ansiosos por la influencia de la enfermedad en su vida familiar y la relación con su pareja (13). Se encontró también que la calidad de vida depende del inicio del tratamiento luego de recibir el diagnóstico donde es más alta en el caso de las mujeres que fueron tratadas dentro de las dos semanas y más baja para las pacientes que esperaron el tratamiento durante más de dos meses (15). Se evidencia además que en el módulo específico de la mama, en algunos artículos se obtuvieron puntuaciones bajas en cuanto a la función y el disfrute sexual (12), (13), (20).

En cuanto al empleo de la Escala EORTC QLQ-C30 se evidencia que la calidad de vida en relación a los diferentes tratamientos como la mastectomía fue significativamente más alto en las pacientes 1 año después en comparación con las pacientes 1 mes después de este tratamiento. En tratamientos como la radioterapia se describe en un artículo que al comparar los síntomas en un grupo de radioterapia con un grupo de no radioterapia, los de la pared torácica eran peores en el primer grupo (4). También se referencia que en la escala de síntomas los más afectados fueron la fatiga y la pérdida de cabello (7), (21). Además, se halló que los valores más afectados del estado funcional en la escala fueron el funcionamiento emocional y el funcionamiento sexual (7), (21). Un aspecto que también se evaluó en esta escala fue el papel moderador del estrés familiar. El estrés familiar es un moderador en la relación entre la angustia psicológica y la calidad de vida emocional, lo que demuestra la necesidad de detectar e intervenir el estrés familiar en pacientes con cáncer de mama (18).

Otra escala de evaluación empleada en los estudios después del tratamiento es la FACT B aplicada en dos investigaciones en el que se observó en uno de ellos que el tratamiento con quimioterapia como adyuvante se asoció de forma independiente con la calidad de vida (8). Así mismo, en el otro estudio se realizó una comparación de la calidad de vida y la satisfacción de las mujeres con cáncer de mama en estadio temprano tratadas con terapia conservadora de mama VS mastectomía donde se encontró que la puntuación del dominio social del grupo de terapia conservadora de mama fue significativamente mayor que la del grupo mastectomía (14). Situación similar se presente en otra investigación usando la escala QuickDASH donde Las mujeres que recibieron radiación y quimioterapia tras la mastectomía experimentaron una calidad de vida significativamente peores (6).

La escala MOS SF-36 fue usada en dos artículos para evaluar Calidad de vida de las mujeres con Carcinoma de mama cinco años después del diagnóstico, las mujeres con BCIS informan niveles de funcionamiento de la salud física, emocional y mental similares a los reportados en una población femenina sana. En cuanto al tratamiento recibido los participantes del caso que se sometieron a tumorectomía con radiación informaron niveles más bajos de funcionamiento emocional, percepciones de salud general, vitalidad, interés sexual y salud mental en general, así como más síntomas depresivos que los sujetos de control (3). Mientras que el otro artículo en relación con el tipo de tratamiento, los análisis revelaron diferencias estadísticamente significativas entre las pacientes que

recibieron tratamiento quimioterapéutico y las pacientes que no recibieron ningún tipo de tratamiento; las primeras reportaron mejores puntuaciones en el componente físico en comparación con las mujeres que no recibieron tratamiento alguno (5).

En cuanto a los estudios que evalúan la calidad de vida antes y después del tratamiento usando la Escala EORTC QLQ-C30 y QLQ-BR23 en uno de sus tres artículos se evidencia que en el momento del diagnóstico, las puntuaciones más altas de calidad de vida fueron las de función física, rol e imagen corporal con puntuaciones superiores al 90%. Las dimensiones de calidad de vida con menor puntuación fueron las perspectivas de futuro y el disfrute sexual. En cuanto a los síntomas más molestos fueron el insomnio, la fatiga y la preocupación por la caída del cabello. Una vez finalizados los tratamientos, las dimensiones que se modificaron negativa y significativamente fueron la función física, el rol, la imagen corporal, las preocupaciones económicas y los síntomas como la fatiga, el dolor, la disnea y los relacionados con la mama, el brazo y los efectos adversos de las terapias sistémicas. Las puntuaciones que mejoraron fueron la función emocional y las perspectivas de futuro (9). En otro artículo que midió la calidad de vida durante y después de la radioterapia adyuvante para el cáncer de mama no se hallaron diferencias en ninguna de las preguntas de todos los instrumentos entre las mujeres que completaron un cuestionario a los 12 meses y las que no lo hicieron (10). El siguiente artículo con el objetivo de evaluar la satisfacción con el efecto estético y la calidad de vida de las mujeres después de la terapia

conservadora de la mama (BCT) –se encontró que antes de la cirugía, las pacientes evaluaron su satisfacción con el aspecto de sus mamas en un nivel medio, así mismo sucedió con la subescala de bienestar psicosocial y físico aunque siendo mayor en los periodos posteriores del estudio para el bienestar psicosocial pero menor para el físico. En cuanto a la calidad de vida en términos de funcionamiento psicosocial en los pacientes sometidos a BCT es significativamente mayor 12 meses después de la cirugía en comparación con el periodo preoperatorio (11).

En cuanto al empleo de la Escala EORTC QLQ-C30 fue usado en un artículo con el objetivo de evaluar su calidad de vida previa a la intervención propuesta y posterior al tratamiento instaurado hallándose que a las pacientes que se les propuso una cirugía conservadora presentaron una media de bienestar físico de 80,7 y a las pacientes que se les propuso una mastectomía con reconstrucción fue de 79,9. Así mismo, la satisfacción de las pacientes con sus mamas fue de 58,9, el bienestar psicosocial prequirúrgico de 70,5 y el bienestar sexual de 63,2 (22).

La escala FACT B antes y después del tratamiento fue evaluada en un solo artículo en el cual se observó un aumento significativo de la fatiga y la angustia psicológica desde la pre quimioterapia hasta la postquimioterapia observando mejoría 6 meses después de la finalización de la quimioterapia. La fatiga tuvo un mayor impacto en la calidad de vida después de la quimioterapia, pero la angustia psicológica tuvo un mayor impacto en la pre quimioterapia y en el seguimiento de

6 meses. En el momento del diagnóstico, las puntuaciones más altas de calidad de vida fueron las de función física, rol e imagen corporal con puntuaciones superiores al 90%. Las dimensiones de calidad de vida con menor puntuación fueron las perspectivas de futuro y el disfrute sexual. Los síntomas más molestos fueron el insomnio, la fatiga y la preocupación por la caída del cabello. Una vez finalizados los tratamientos, las dimensiones que se modificaron negativa y significativamente fueron la función física, el rol, la imagen corporal, las preocupaciones económicas y los síntomas como la fatiga, el dolor, la disnea y los relacionados con la mama, el brazo y los efectos adversos de las terapias sistémicas. Las puntuaciones que mejoraron fueron la función emocional y las perspectivas de futuro (2).

De esta manera se observan los diferentes cuestionarios que evalúan la calidad de vida de las pacientes antes, durante y después del tratamiento. Entre estos estudios se encontró que quienes evaluaron la calidad de vida antes del tratamiento (escala PCS12) los pacientes evaluados presentaron deterioro de su calidad de vida. En cuanto a los artículos que evalúan la calidad de vida después del tratamiento (Escala EORTC QLQ-C30, QLQ-BR23, EORTC QLQ-C30, FACT B y escala MOS SF-36) en las investigaciones revisadas 14 artículos registran también deterioro en su calidad de vida y solo en un artículo refiere que no hubo este deterioro. En cuanto a los estudios que evalúan la calidad de vida antes y después del tratamiento (Escala EORTC QLQ-C30 y QLQ-BR23, Escala EORTC

QLQ-C30 y Escala FACT B) de 6 artículos evaluados, 4 de estos muestran deterioro de su calidad de vida y solo 2 refieren que no existió tal afectación.

De otro lado, se encontró que el 36% de los estudios emplearon dos o más cuestionarios de calidad de vida forma simultánea (9), (10), (11), (12), (13), (15), (19), (20), siendo el método complementario utilizado con mayor frecuencia el BR23. Adicionalmente se encontraron artículos en los cuales se hacía uso de otros cuestionarios para complementar la valoración en un 14%, del total de los artículos siendo la Escala IES y Escala MICRA, los métodos complementarios más empleados. Este hallazgo es importante, toda vez que, aunque existen métodos complementarios que permiten valorar con mayor precisión la calidad de vida en las pacientes con cáncer de mama, los cuales deberían de emplearse con el objetivo de obtener datos muchos más amplios.

Los estudios encontrados variaron en la cantidad de pacientes evaluadas, destacándose el estudio de Velikova y col (4) donde se evaluaron 947 mujeres. Las personas empleadas en diferentes actividades fue la población con mayor número de investigaciones, y aunque se reportan estudios en diversas áreas laborales, se evidencia la necesidad de ampliar el campo de estudio y publicaciones enfocadas al análisis de la relación que existe entre el tipo de ocupación e incidencia de cáncer de mama.

La búsqueda se realizó en idioma inglés, toda vez que es el idioma más empleado para las publicaciones científicas. No se encontró ningún artículo realizado en Colombia, lo cual llama la atención si se tiene en cuenta que según el

Instituto Nacional de Salud (25), el cáncer de mama en Colombia ha ido aumentando durante los últimos cinco años. De ser la tercera causa de muerte por cáncer en mujeres, después del cáncer de cuello uterino y de estómago, pasó a ser la primera pudiéndose realizar más estudios que evalúen la calidad de vida antes, durante y después de esta enfermedad.

Solo se encontraron dos artículos publicados en español, realizados por Lostaunau y col (5), Salas y col (12) que emplearon Cuestionarios de Calidad de Vida en población trabajadora peruana y chilena, los cuales evaluaron el estrés, afrontamiento y calidad de vida así como la relación entre satisfacción usuaria y calidad de vida, respectivamente. El escaso número de publicaciones en población latinoamericana, es una invitación a divulgar los estudios que se realizan en Colombia y otros países del área, que permitan establecer, diferencias o similitudes con la calidad de vida en pacientes con cáncer de mama de otros países.

Las limitaciones de este estudio se centran en el escaso número de publicaciones en Colombia que evalúen la calidad de vida previo y posterior al tratamiento en mujeres con cáncer de mama por lo tanto es una invitación a divulgar los estudios que se realizan en Colombia y otros países del área, que permitan establecer, diferencias o similitudes con la población afectada. Así mismo, la calidad de vida tiene un carácter subjetivo, en el cual son muchos los aspectos los que están involucrados, y esto hace un poco difícil conocer el verdadero impacto del cáncer de mama sobre el bienestar de las pacientes.

Conclusiones

1. Se caracterizaron las variables sociodemográficas y clínicas que influyen en la calidad de vida de mujeres con cáncer de mama, evidenciando que el estado civil separado, el nivel educativo, la edad asociada a vivir en zonas rurales, el tipo de ocupación, menores ingresos, la presencia de comorbilidades, el tipo de tratamiento, el uso de ansiolíticos y los embarazos previos resultaron aumentar el riesgo de una peor calidad de vida.
2. Se identificó la calidad de vida previa al inicio de tratamiento y posterior al mismo en mujeres con cáncer de mama usando diferentes cuestionarios de evaluación hallándose que antes del tratamiento el diagnóstico de un cáncer de mama aunque sea pequeño resulta en una disminución significativa en la calidad de vida de las pacientes sobre todo en los dominio físico y mental.
3. En cuanto a la calidad de vida después del tratamiento se encontró que las mujeres examinadas tenían una calidad de vida y salud general reducida sobre todo en cuanto a las pacientes que se habían sometido una mastectomía o cirugía conservadora y donde el nivel de ansiedad y depresión sería mayor en las mujeres sometidas a mastectomía, sin embargo también dependería del tiempo transcurrido que tendría la paciente con este tipo de tratamiento el cual se referencia que tendría una mejor calidad de vida 1 año después en comparación con las pacientes que tendrían 1 mes después de este tratamiento. Se encontró también que la calidad de vida depende del inicio del tratamiento luego de recibir

el diagnóstico donde es más alta en el caso de las mujeres que fueron tratadas dentro de las dos semanas y más baja para las pacientes que esperaron el tratamiento durante más de dos meses.

4. En relación a la calidad de vida antes y después del tratamiento se encontró que en general en el momento del diagnóstico, las puntuaciones más altas de calidad de vida fueron las de función física, rol e imagen corporal mientras que las dimensiones de calidad de vida con menor puntuación fueron las perspectivas de futuro y el disfrute sexual. Así mismo, se encontró que antes de la cirugía, las pacientes evaluaron su satisfacción con el aspecto de sus mamas en un nivel medio. Una vez finalizados los tratamientos, las dimensiones que se modificaron negativa y significativamente fueron la función física, el rol, la imagen corporal, las preocupaciones económicas y los síntomas como la fatiga, el dolor, la disnea y los relacionados con la mama, el brazo y los efectos adversos de las terapias sistémicas. Las puntuaciones que mejoraron fueron la función emocional y las perspectivas de futuro.

Recomendaciones

- Es de gran importancia identificar a los pacientes oncológicos como una población con necesidades médicas, psicológicas y sociales particulares. Estas personas necesitan ser estudiadas y comprendidas para poder intervenir adecuadamente en su proceso de recuperación o rehabilitación, poniendo más énfasis en la calidad de vida y no solo en la supervivencia de los pacientes.
- Asimismo, los hallazgos indican que se requiere poner especial atención a los factores de riesgo sociodemográficos y clínicos que influyen en la calidad de vida de mujeres con cáncer de mama. Aunque el estrés fue evaluado en pocos artículos es necesario tener en cuenta este componente y sus repercusiones en las pacientes evaluadas la cual suele asociarse con una menor calidad de vida.
- Esta revisión, si bien se demuestra un alto porcentaje de casos diagnosticados en estadios tempranos, también se encontró un porcentaje importante de casos en estadios avanzados lo que obliga a realizar una evaluación exhaustiva de las estrategias de tamizaje hasta ahora recomendadas a la población.
- La atención primaria en salud es un gran determinante para el diagnóstico temprano del cáncer de mama y el médico familiar interviene en el diagnóstico de la mayoría de los cánceres. Los beneficios de una detección temprana en el cáncer de mama pueden llegar a mejorar la calidad y esperanza

de vida de las pacientes. Ello permite una mejor atención a las mujeres con enfermedades mamarias remitidas desde los consultorios a la consulta multidisciplinaria a las instituciones de salud según la regionalización, y servirá de eslabón entre los diferentes niveles de atención en salud.

- Las patologías como el cáncer de mama requieren un abordaje multidisciplinario, por lo tanto, es necesario capacitar al personal de enfermería tratante, así como a médicos, psiquiatras y/o psicólogos, nutricionista, entre otros especialistas, para la correcta valoración, tratamiento, seguimiento de esta enfermedad y poder impactar en la calidad de vida.

- Al compararse los distintos tipos de tratamiento como quimioterapia, radioterapia y/o cirugía con el tipo de calidad de vida de las pacientes teniendo en cuenta además la evolución de la enfermedad y la respuesta al tratamiento en el tiempo se encontró que en el caso de quienes recibieron quimioterapia se reportaron mejores puntuaciones en el componente físico en comparación con las mujeres que no recibieron tratamiento alguno. A su vez, califican como “buena” su CV, excepto las áreas del funcionamiento sexual y el disfrute sexual además de la preocupación por el futuro. En cuanto al tiempo también se consideró que la calidad de vida fue más alta por las mujeres que recibieron el tratamiento dentro de las dos semanas siguientes al diagnóstico y fue más baja para las pacientes que esperaron el tratamiento durante más de dos meses. Así mismo también en algunos estudios en el momento del diagnóstico, las puntuaciones más altas de calidad de vida fueron las de función física, rol e imagen corporal. Una vez

finalizados los tratamientos, las dimensiones que se modificaron negativa y significativamente fueron la función física, el rol, la imagen corporal y las preocupaciones económicas. Sin embargo, en algunos artículos se resalta que después de finalizada la quimioterapia se observa una mejoría luego de 6 meses. En el caso del tratamiento con radioterapia los pacientes informaron niveles más bajos de funcionamiento emocional, percepciones de salud general, vitalidad, interés sexual y salud mental en general, así como más síntomas depresivos. De igual forma en otro estudio se evidencio que hasta los 2 años, los síntomas eran peores en el grupo de radioterapia que en el grupo de no radioterapia. En un artículo sobresale que las mujeres que recibieron tanto radiación como quimioterapia experimentaron una calidad de vida significativamente peor. En cuanto al tratamiento quirúrgico, los resultados revelaron una buena puntuación en el estado de salud/calidad de vida global seis meses después de la mastectomía. Así mismo, se observa en algunos estudios que la calidad de vida fue significativamente más alta en las pacientes 1 año después de la mastectomía en comparación con las pacientes 1 mes después de la mastectomía es decir que son significativamente mayores 12 meses después de la cirugía en comparación con el periodo preoperatorio.

- Con base en esto se recomienda las siguientes intervenciones que debe realizar el personal de enfermería en los pacientes con cáncer de mama que se encuentren en tratamiento con quimioterapia y radioterapia teniendo en cuenta NANDA, NOC Y NIC: (41)

- Manejo de la nutrición: Determinar el estado nutricional del paciente y su capacidad para satisfacer las necesidades nutricionales. Determinar las preferencias alimentarias del paciente. Enseñar al paciente sobre las necesidades dietéticas específicas. Proporcionar comidas nutritivas y apetitosas para el paciente. Realizar comidas más completas en las horas de mayor apetito. Pesar al paciente a intervalos determinados.
- Manejo de las náuseas: Realizar una valoración completa de las náuseas, incluyendo la frecuencia, la duración, la intensidad los factores desencadenantes. Controlar los factores ambientales que puedan evocar náuseas (malos olores, sonido y estimulación visual desagradable). Repartir la comida en pequeñas cantidades, 5-6 veces al día. Procurar sentarse en un ambiente relajado. Aconsejar al paciente tomar las comidas a temperatura ambiente o frescas, la importancia de comer despacio, masticando bien los alimentos y descansar después de cada comida. Informarle de evitar comidas ricas en grasas, ya que dificultan la digestión. Evitar la ropa que apriete. Si las náuseas aparecen por la mañana, aconsejar que coma alimentos secos (cereales, pan tostado, galletas).
- Manejo del vómito: Valorar el color, la consistencia, la presencia de sangre y la duración de la emesis, así como el grado en el que es forzado. - Aconsejar que se lleven bolsas de plástico para recoger la emesis. Asegurarse de que se han administrado antieméticos eficaces para prevenir el vómito siempre que sea posible. Controlar los factores ambientales que pueden evocar el vómito.

Ofrecer sorbos de líquido después del vómito y valorar tolerancia. - Enjuagar la boca con frecuencia.

- Manejo del dolor: Realizar una valoración exhaustiva del dolor que incluya la localización, características, aparición, duración, frecuencia, calidad. Asegurarse de que el paciente reciba los cuidados analgésicos correspondientes. Vigilar los efectos secundarios de los analgésicos. Explorar el conocimiento y las creencias del paciente sobre el dolor. Determinar el impacto de la experiencia del dolor sobre la calidad de vida (sueño, apetito, actividad, función cognitiva, estado de ánimo, relaciones, trabajo y responsabilidad de roles). Controlar los factores ambientales que puedan influir en la respuesta del paciente a las molestias. Disminuir o eliminar los factores que precipiten o aumenten la experiencia del dolor (ansiedad, fatiga, falta de conocimientos). Evitar estímulos fuertes (luz, ruidos).
- Disminución de la ansiedad: Utilizar un enfoque sereno que dé seguridad. Tratar de comprender la perspectiva del paciente sobre una situación estresante. Proporcionar información objetiva respecto del diagnóstico, tratamiento y pronóstico. Permanecer con el paciente para promover la seguridad y reducir el miedo. Crear un ambiente que facilite la confianza. Animar la manifestación de sentimientos, percepciones y miedos. Identificar los cambios en el nivel de ansiedad (leve, moderado, grave, pánico). Observar si hay signos verbales y no verbales de ansiedad (irritabilidad, tensión, inquietud...)

- Asesoramiento sexual: Establecer una relación terapéutica basada en la confianza y el respeto. Proporcionar intimidad y asegurar la confidencialidad. Animar al paciente a manifestar verbalmente los miedos y a hacer preguntas. Recomendar al paciente el uso de anticonceptivos para evitar el embarazo, ya que la quimioterapia tiene importantes efectos teratógenos. En la mujer, aconsejar el uso de lubricantes, dilatadores para facilitar las relaciones sexuales y recomendar ejercicios de suelo pélvico. Utilizar el humor y animar al paciente a utilizarlo para aliviar la ansiedad o la vergüenza, recomendar grupos de apoyo. Remitir al paciente a un terapeuta sexual, cuando corresponda.

- Mejora de la imagen corporal: Utilizar una orientación anticipatoria en la preparación del paciente para los cambios de imagen corporal que sean previsibles. Comentar al paciente la posibilidad de pérdida de pelo. Explicar que el pelo volverá a crecer después del tratamiento, pero que puede cambiar de color y textura. Ayudar al paciente a comentar los cambios causados por la enfermedad. Ayudar al paciente a separar el aspecto físico de los sentimientos de valía personal. Observar la frecuencia de las afirmaciones de autocrítica. Facilitar el contacto con personas que hayan sufrido cambios de imagen corporal similares. Instruirle en formas para minimizar la cantidad de pelo perdido: utilizar champús suaves, en pocas cantidades, usar cepillos suaves, evitar secadores, lacas, tintes. Sugerir al paciente que se corte el pelo antes de que comience a caer. Generalmente el pelo se cae de manera desigual, por lo que de esa forma resulta

menos angustiante. Sugerir la existencia de recursos como pelucas, postizos, gorros... Recomendar al paciente la utilización de protección solar alta, sombreros. Informarle de la importancia de mantener la piel limpia y seca.

- Enseñanza: proceso de enfermedad: Evaluar el nivel actual de conocimientos del paciente relacionado con el proceso oncológico. Evitar las promesas tranquilizadoras vacías. Comentar los cambios en el estilo de vida que puedan ser necesarios para evitar futuras complicaciones. Instruir al paciente sobre las medidas para prevenir/minimizar los efectos secundarios de la enfermedad. Instruir al paciente sobre cuáles son los signos y síntomas de los que debe notificar al profesional sanitario.

- Por todos estos aspectos se sugiere la necesidad de una articulación de todas las áreas y con todos los responsables de la atención integral en salud, para desarrollar planes de cuidado y programas educativos y de control para lograr una mayor calidad de vida en este tipo de pacientes.

- A modo informativo en cuanto a la calidad de vida en mujeres diagnosticadas con cáncer de mama, cabe mencionar que se aplicó el instrumento FACT-B a 7 pacientes que se abordaron en el periodo de enero-febrero del 2021 donde se logró evidenciar que las subescalas estado físico general fue de 36 puntos y estado emocional de 45 puntos las cuales fueron las más afectadas lo que significa una baja puntuación, teniendo en cuenta que el instrumento se evalúa de 0 (cero) a 144, significando cero una calidad de vida extremadamente deficiente y 144 la mejor calidad de vida posible; se recomienda profundizar más

sobre la calidad de vida de mujeres con cáncer mama, la gestión del cuidado integral es el pilar de Enfermería reconociendo a cada paciente como un ser único que requiere abordaje único e integral.

-

Referencias bibliográficas

- 1 Euhus C., Addae J., Snyder C., Canner J. Cambio en la calidad de vida relacionada con la salud en mujeres mayores después del diagnóstico de un cáncer de mama pequeño. *Cáncer*. [Internet]. 2019 [Consultado 2021 Jun 28]. 125(5 pt 1). Disponible en:
https://www.researchgate.net/publication/330812303_Change_in_health-related_quality_of_life_in_older_women_after_diagnosis_of_a_small_breast_cancer_Small_Breast_Cancers_and_Quality_of_Life DOI:10.1002/cncr.31993
- 2 Oh, Pok-Ja., Cho, Jung-Ran. Cambios en la fatiga, el malestar psicológico y la calidad de vida después de la quimioterapia en mujeres con cáncer de mama. *Cancer Nursing* [Internet]. 2020 [Consultado 2021 Jun 28]. 43(1): 54-60. Disponible en:
https://journals.lww.com/cancernursingonline/Abstract/2020/01000/Changes_in_Fatigue,_Psychological_Distress,_and.18.aspx doi:
10.1097/NCC.0000000000000689
- 3 Claus E., Petruzella S., Carter D., Kasl S. Calidad de vida de las mujeres diagnosticadas con Carcinoma de mama in situ. *J Clin Oncol* [Internet]. 2017 [Consultado 2021 Jun 28]. 24(30):4875-4881. Disponible en:
<https://ur.booksc.eu/book/43499775/536260> DOI: 10.1200/jco.2005.05.2290
- 4 Velikova G., Williams L., Willis S., Dixon J., Loncaster J., Hatton M., Clarke J., Kunkler I., Russell R. Calidad de vida después de la radioterapia

postmastectomía en pacientes con cáncer de mama de riesgo intermedio (SUPREMO): resultados de 2 años de seguimiento de un ensayo aleatorio y controlado. *The Lancet* [Internet]. 2018 [Consultado 2021 Jun 28]. 19: 1516–29. Disponible en: <https://www.thelancet.com/action/showPdf?pii=S1470-2045%2818%2930515-1> DOI: [https://doi.org/10.1016/S1470-2045\(18\)30515-](https://doi.org/10.1016/S1470-2045(18)30515-1)

1

5 Lostaunau V., Torrejón C., Cassaretto M. Estrés, afrontamiento y calidad de vida relacionada a la salud en mujeres con cáncer de mama. *Actualidades en Psicología* [Internet]. 2017 [Consultado 2021 Jun 28]. 31(122): 75-90. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6068747> DOI: <http://dx.doi.org/10.15517/ap.v31i122.25345>

6 Chrischilles E., Riley D., Letuchy E., Koehler L., Neuner J., Jernigan C., Gryzlak B., Segal N. Discapacidad de las extremidades superiores y calidad de vida tras el tratamiento del cáncer de mama en la red de investigación clínica. *Breast Cancer Res Treat* [Internet]. 2019 [Consultado 2021 Jun 29]. 175(3): 675–689. Disponible en: <https://europepmc.org/article/pmc/6534523> doi: 10.1007/s10549-019-05184-1

7 Pačarić S., Kristek J., Mirat J., Kondža G., Turk T., Farčić N., Orkić Z., Nemčić A. La calidad de vida de las mujeres croatas después de la mastectomía: un estudio transversal de un solo centro. *BMC Public Health* [Internet]. 2018 [Consultado 2021 Jun 29]. 18(999) Disponible en:

[https://bmcpublihealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12889-018-5929-](https://bmcpublihealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12889-018-5929-0)

[0#citeas](https://doi.org/10.1186/s12889-018-5929-0) DOI<https://doi.org/10.1186/s12889-018-5929-0>

8 Tercyak K., Peshkin B., Brogan B., DeMarco T., Pennanen M., Willey S., Magnant C., Rogers S., Isaacs C., Schwartz M. Calidad de vida después de la mastectomía profiláctica contralateral en pacientes recién diagnosticadas con cáncer de mama de alto riesgo que se sometieron a pruebas genéticas BRCA1 / 2. *Journal of Clinical Oncology* [Internet]. 2017 [Consultado 2021 Jun 29]. Disponible en: <https://in.booksc.eu/book/19469627/995aa4> DOI: 10.1200/JCO.2006.07.3890

9 Villar R., Fernández S., Cereijo C., Seoane M., Balboa V., González C. Calidad de vida y ansiedad en mujeres con cáncer de mama antes y después del tratamiento. *Rev. Latino-Am. Enfermagem* [Internet]. 2017 [Consultado 2021 Jun 29]. 25:e2958 Disponible en:

<https://www.scielo.br/j/rlae/a/b4kQpywJX5jPstMFnGypfGN/?lang=es&format=pdf>

DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.2258.2958>.

10 Sundaresan P., Sullivan L., S. Pendlebury, A., Kirby A. Rodger, D., Campbell I., Dhillon H., Stockle M. Percepciones de las pacientes sobre la calidad de vida relacionada con la salud durante y después de la radioterapia adyuvante para el cáncer de mama T1N0M0. *Clinical Oncology* [Internet]. 2014 [Consultado 2021 Jun 29]. 27(1): 9-15. Disponible en:

[https://www.clinicaloncologyonline.net/article/S0936-6555\(14\)00340-9/fulltext](https://www.clinicaloncologyonline.net/article/S0936-6555(14)00340-9/fulltext) DOI:

<https://doi.org/10.1016/j.clon.2014.09.007>

- 11 Krzos A., Stanisławek A., Jedrych M., Łuczyk M., Slusarska B. Satisfacción con el efecto estético y la calidad de vida de las mujeres después de la terapia conservadora de la mama (BCT) - Investigación preliminar. Res. Public Health [Internet]. 2019 [Consultado 2021 Jun 29]. 16(23):4682. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/337497922_Satisfaction_with_the_Aesthetic_Effect_and_Quality_of_Life_for_Women_after_Breast_Conserving_Therapy_BCT-Preliminary_Research DOI:10.3390/ijerph16234682
- 12 Salas P., Pousa J., Astudillo J. Relación entre satisfacción usuaria y calidad de vida en mujeres con cáncer de mama en quimioterapia. Rev. chil. obstet. ginecol [Internet]. 2019 [Consultado 2021 Jun 30]. 84(4): 277-287 Disponible en: https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75262019000400277 DOI: <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-75262019000400277>
- 13 Kamińska M., Ciszewski T., Kukielka-B., Kubiowski T., Baczeńska B., Makara M., Starosławska E., Bojar I. Calidad de vida de las mujeres con cáncer de mama tras una mastectomía o una terapia conservadora de la mama tratada con quimioterapia adyuvante. Ann Agric Environ Med [Internet]. 2015 [Consultado 2021 Ago 1]. 22(4): 724–730. Disponible en: <https://pdfs.semanticscholar.org/9ad3/711c7ac6ed8cf9bcc90c8b42b82179a5f080.pdf> DOI: 10.5604/12321966.1185784
- 14 Z.-Y. He, Q. Tong, S.-G. Wu, F.-Y. Li, H.-X. Lin & X.-X. Guan. Una comparación de la calidad de vida y la satisfacción de las mujeres con cáncer de mama en estadio temprano tratadas con terapia conservadora de mama VS

mastectomía en el sur de China. Support Care Cancer [Internet]. 2012 [Consultado 2021 Ago 1]. 20(10):2441-9. Disponible en:

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22237806/> doi: 10.1007/s00520-011-1364-9

15 Konieczny M., Cipora E., Roczniak W., Babus'ka M., Marek M.

Impacto del tiempo hasta el inicio del tratamiento en la calidad de vida de las

mujeres con cáncer de mama. Int. J. Environ. Res. Public Health [Internet].

[Consultado 2021 Ago 10]. 2020 Disponible en:

https://www.researchgate.net/publication/346869812_Impact_of_Time_to_Initiation_of_Treatment_on_the_Quality_of_Life_of_Women_with_Breast_Cancer

DOI:10.3390/ijerph17228325

16 Yfantis A., Sarafis P., Moisoglou L., Tolia M., Intas G., Tiniakou I.,

Zografos K., Zografos G., Constantinou M., Nikolentzo A., Kontos M. Cómo

afectan los tratamientos del cáncer de mama a la calidad de vida de las mujeres

con cáncer de mama no metastásico un año después del tratamiento quirúrgico:

un estudio transversal en Grecia. BMC Surg [Internet]. 2020 [Consultado 2021 Ago

10]. 20: 210. Disponible en:

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7507267/> doi: 10.1186/s12893-020-

00871-z

17 García S., Jacowskib M., Cordeiro G., Galdino C., Bittencourt P.,

Puchalski L. Dominios de la calidad de vida afectados en mujeres con cáncer de

mama. [Internet]. 2015 [Consultado 2021 Ago 12]. 36(2):89-96 Disponible en:

<https://www.scielo.br/j/rgenf/a/mjNgNnx95nRJhgwDwqNcYyw/?format=pdf&lang=p>

DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2015.02.45718>

18 Graça M., Paredes A., Nabiço R., Ribeiro C., Ferreira K. Calidad de vida en pacientes con cáncer de mama: El papel moderador del estrés familiar. [Internet]. 2019 [Consultado 2021 Ago 12]. 35(2), 181–187. Disponible en:

<https://revistas.um.es/analesps/article/view/303561> DOI:

<https://doi.org/10.6018/analesps.35.2.303561>

19 Medina J., Guillermo W., Delgado J., Lomelí J., Ojeda J., Montes L. Calidad de vida de las pacientes con cáncer de mama: cirugía radical versus cirugía conservadora. Anales de Psicología [Internet]. [Consultado 2021 Ago 15].

20 Maharjan M., Thapa N., Adhikari R., Petrini M., Shekhar K. Calidad de vida de las mujeres nepalíes después de la mastectomía. Asian Pac J Cancer Prev [Internet]. 2018 [Consultado 2021 Ago 15]. 5;19(4):1005-1012 Disponible en:

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29693969/> DOI: 10.22034/APJCP.2018.19.4.1005

21 Jassim G., Whitford D. Calidad de vida de las mujeres bahreiníes con cáncer de mama: un estudio transversal. BMC Cancer. [Internet]. [Consultado 2021 Ago 19]. 28;13:212 Disponible en:

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23622020/> doi: 10.1186/1471-2407-13-212.

22 Ramírez S., Nebril B., García A., Cereijo C., Bouzón A., Mosquera J. Evaluación de la percepción preoperatoria de la calidad de vida y satisfacción de la mujer con cáncer de mama mediante el cuestionario. [Internet]. 2020 [Consultado 2021 Ago 20]. 98(4)212-218 Disponible en:

<https://www.elsevier.es/es-revista-cirugia-espanola-36-articulo-evaluacion-percepcion-preoperatoria-calidad-vida-S0009739X19303276> DOI:

10.1016/j.ciresp.2019.10.004

23 World Health Organization. WHO. Cancer. Centro de Prensa. [internet]. [Consultado 2021 Sep 10]. Disponible en:

<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs297/es/>

24 World Health Organization. WHO. Cáncer de mama: prevención y control. [internet]. [Consultado 2021 Sep 10]. Disponible en:

<http://www.who.int/topics/cancer/breastcancer/es/index1.html>

25 BREASTCANCER. Riesgo de desarrollar cáncer de mama. 2016. [internet]. [Consultado 2021 Sep 10]. Disponible en:

http://www.breastcancer.org/es/sintomas/cancer_de_mama/riesgo/desarrollar

26 Bohórquez, C., Elles de Hoyos, L., Montero, L., Palomino, Y. Conocimientos, actitudes y prácticas sobre el autoexamen de mama en mujeres del área rural de Cartagena 2015. [Trabajo de grado Enfermería]. Cartagena: Universidad de Cartagena. Facultad de enfermería; 2015.

27 Acevedo, D., Pineda L., Moreno N. Características clínicas sociodemográficas y antecedentes del cáncer de mama diagnosticado en el Hospital Universitario de Neiva en el periodo comprendido entre enero de 2005 a junio del 2007. [Internet]. [Consultado 2021 Sep 10]. Disponible

en: <https://contenidos.usco.edu.co/images/documentos/grados/T.G.Medicina/252>.

[T.G-Derly-Milena-Acevedo-Otalora,-Leydy-Milena-Pineda-Perdomo,-Nairy-Rossy-Moreno-Aqualimpia-2007.pdf.](#)

28 Leuro, Y., Mayorga P. Lineamientos para la promoción y prevención de cáncer de mama a partir de revisión bibliográfica entre 1997 - 2007. IPS Javesalud, Bogotá D.C. [Trabajo de grado Enfermería]. Bogotá: Universidad de Javeriana. Facultad de enfermería; 2008.

29 Sánchez, H., Paz, M. Prevalencia de factores de riesgo para cáncer de mama en población urbana y rural Salud en Tabasco. Revista Salud en Tabasco. [Internet]. 2006; 12(2):410-414. [Consultado 2021 Sep 12]. Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/487/48712202.pdf>

30 García, M. Epidemiología del cáncer de mama en hospitales públicos de la comunidad de Madrid: análisis de supervivencia. [Tesis Doctoral]. Madrid: Universidad Complutense. Facultad de Medicina; 2008.

31 BREASTCANCER.ORG. Riesgo de desarrollar cáncer de mama. [Internet]. [Consultado 2021 Sep 12]. Disponible en: http://www.breastcancer.org/es/sintomas/cancer_de_mama/riesgo/desarrollar

32 Guevara G., Chacaltana A. Aspectos epidemiológicos del Cáncer de Mama en el Hospital Regional de Ica. Revista de la Sociedad Peruana de Medicina Interna. [Internet]. 2003 [Consultado 2021 Sep 12]. 16(2): 64-8. Disponible en: <http://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/spmi/v16n2/pdf/a03.pdf>.

33 Rodríguez I, Miro M. Cáncer de mama: aspectos epidemiológicos en 500 casos, Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas (INEN). [Trabajo de grado Medicina]. Lima: Universidad Peruana Cayetano Heredia; 2012.

34 Peralta O. Cáncer de mama en Chile. Datos Epidemiológicos. Rev. Chil. Obstet. Ginecol. [Internet]. 2002 [Consultado 2021 Sep 12]. 67 (6)439-445 Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75262002000600002

35 Pinto, I., Pinto, I. Perfil epidemiológico, clínico y anatomopatológico del cáncer de mama en el hospital nacional Almanzor, Aguinaga Asenjo enero-diciembre 2011. Rev. cuerpo méd. [Internet]. 2013. [Consultado 2021 Sep 12]. 6(1): 8-13 Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4262687>

36 Carrero N, Betancourt L, Bergamo L. Perfil clínico patológico de pacientes del servicio de patología mamaria. Rev Venez Oncol. . [Internet]. 2008 [Consultado 2021 Sep 12]. 20(4): 186-191. Disponible en: http://www.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0798-05822008000400004

37 Piñeros, M., Sanchez R., Cendales, R., Perry, F., Ocampo, R. Características sociodemográficas, clínicas y de la atención de mujeres con cáncer de mama en Bogotá. Rev Colomb CanCeRol. [Internet]. 2008. [Consultado 2021 Sep 12]. 12(4):181-190. Disponible en: <http://www.cancer.gov.co/images/revistas/2008/volumen4/3.%20Caracteristicas%20sociodemograficas.pdf>

38 Acevedo, D., Pineda L., Moreno N. Características clínicas sociodemográficas y antecedentes del cáncer de mama diagnosticado en el Hospital Universitario de Neiva en el periodo comprendido entre enero de 2005 a junio del 2007. [Internet]. [Consultado 2021 Sep 12]. Disponible en: <https://contenidos.usco.edu.co/images/documentos/grados/T.G.Medicina/252.T.G-Derly-Milena-Acevedo-Otalora,-Leydy-Milena-Pineda-Perdomo,-Nairy-Rossy-Moreno-Aqualimpia-2007.pdf>.

39 Colombia. Ministerio de la Protección Social. Plan Nacional de Salud Pública. 2012-2021. [internet]. [Consultado 2021 Sep 12]. Disponible en: http://www.odc.gov.co/Portals/1/publicaciones/pdf/consumo/estudios/internacionales/CO0335_plan_decenal_salud_publica_2012-2021.pdf

40 Colombia. Resolución 3280 de 2016. [internet]. [Consultado 2021 Sep 12]. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/resolucion-3280-de-2018.pdf>

41 Agudo, I. Plan de cuidados estandarizado para pacientes oncológicos en tratamiento ambulatorio con quimioterapia. [Trabajo de grado]. Zaragoza: Universidad de Zaragoza. Escuela de Enfermería; 2016.

42 Martínez-Rojas SM. Calidad de vida y apoyo social en mujeres con cáncer de mama. Rev Cienc Cuid. [Internet]. 2018;15(1):34-47. [Consultado 2021 Sep 14]. Disponible en: <https://revistas.ufps.edu.co/index.php/cienciaycuidado/article/view/1232>

43 Zhijie, Hu J, McCoy TP. Quality of life among women with breast cancer living in Wuhan, China. *Int J Nurs Sci*. [Internet]. 2014;1(1):79-88.

[Consultado 2021 Sep 14]. Disponible en:

<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2352013214000234>

44 Recalde M., Samudio M. Calidad de vida en pacientes con cáncer de mama en tratamiento oncológico ambulatorio en el Instituto de Previsión Social en el año 2010. *Mem. Inst. Investig. Cienc. Salud*. [Internet]. 2012; 10(2):13-29.

[Consultado 2021 Sep 14]. Disponible en:

<http://scielo.iics.una.py/pdf/iics/v10n2/v10n2a03.pdf>

45 Ahles TA, Saykin AJ, Furstenberg CT, Cole B, Mott LA, Titus-Ernstoff L, et al. Quality of Life of Long-Term Survivors of Breast Cancer and Lymphoma Treated With Standard-Dose Chemotherapy or Local Therapy. *J Clin Oncol*. [Internet]. 2005;23(19):4399-405. [Consultado 2021 Sep 14]. Disponible en:

46 Cáncer de mama - Ginecología y obstetricia [Internet]. Manual MSD versión para profesionales. [citado 11 de marzo de 2020]. Disponible en:

<https://www.msdmanuals.com/es-co/professional/ginecolog%C3%ADa-y-obstetricia/trastornos-mamarios/c%C3%A1ncer-de-mama>

47 Gangane N, Khairkar P, Hurtig A-K, Sebastián MS. Quality of Life Determinants in Breast Cancer Patients in Central Rural India. *Asian Pac J Cancer Prev APJCP*. [Internet]. 2017;18(12):3325-32. [Consultado 2021 Sep 14].

Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29286227/>

48 García, M. Epidemiología del cáncer de mama en hospitales públicos de la comunidad de Madrid: análisis de supervivencia. [Tesis Doctoral]. Madrid: Universidad Complutense. Facultad de Medicina; 2008.

49 BREASTCANCER.ORG. Riesgo de desarrollar cáncer de mama. [Internet]. [Consultado 2021 Sep 12]. Disponible en: http://www.breastcancer.org/es/sintomas/cancer_de_mama/riesgo/desarrollar

50 Guevara G., Chacaltana A. Aspectos epidemiológicos del Cáncer de Mama en el Hospital Regional de Ica. Revista de la Sociedad Peruana de Medicina Interna. [Internet]. 2003 [Consultado 2021 Sep 12]. 16(2): 64-8. Disponible en: <http://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/spmi/v16n2/pdf/a03.pdf>.

51 Rodríguez I, Miro M. Cáncer de mama: aspectos epidemiológicos en 500 casos, Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas (INEN). [Trabajo de grado Medicina]. Lima: Universidad Peruana Cayetano Heredia; 2012.

52 Peralta O. Cáncer de mama en Chile. Datos Epidemiológicos. Rev. Chil. Obstet. Ginecol. [Internet]. 2002 [Consultado 2021 Sep 12]. 67 (6)439-445 Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75262002000600002

53 Pinto, I., Pinto, I. Perfil epidemiológico, clínico y anatomopatológico del cáncer de mama en el hospital nacional Almanzor, Aguinaga Asenjo enero-diciembre 2011. Rev. cuerpo méd. [Internet]. 2013. [Consultado 2021 Sep 12].

6(1): 8-13 Disponible en:

<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4262687>

54 Carrero N, Betancourt L, Bergamo L. Perfil clínico patológico de pacientes del servicio de patología mamaria. Rev Venez Oncol. . [Internet].

2008 [Consultado 2021 Sep 12]. 20(4): 186-191. Disponible en:

http://www.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0798-05822008000400004

55 Piñeros, M., Sanchez R., Cendales, R., Perry, F., Ocampo, R. Características sociodemográficas, clínicas y de la atención de mujeres con cáncer de mama en Bogotá. Rev Colomb CanCeRol. [Internet]. 2008.

[Consultado 2021 Sep 12]. 12(4):181-190. Disponible en:

<http://www.cancer.gov.co/images/revistas/2008/volumen4/3.%20Caracteristicas%20sociodemograficas.pdf>

56 Acevedo, D., Pineda L., Moreno N. Características clínicas sociodemográficas y antecedentes del cáncer de mama diagnosticado en el Hospital Universitario de Neiva en el periodo comprendido entre enero de 2005 a junio del 2007. [Internet]. [Consultado 2021 Sep 12]. Disponible

en: <https://contenidos.usco.edu.co/images/documentos/grados/T.G.Medicina/252.T.G-Derly-Milena-Acevedo-Otalora,-Leydy-Milena-Pineda-Perdomo,-Nairy-Rossy-Moreno-Aqualimpia-2007.pdf>.

57 Los conceptos de calidad de vida, salud y bienestar analizados desde la perspectiva de la Clasificación Internacional del Funcionamiento (CIF) [Internet]. [Consultado 2021 Sep 12]. Disponible en:

http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-57272010000200005

58 Urzúa M A. Calidad de vida relacionada con la salud: Elementos conceptuales. Rev Médica Chile. [Internet]. 2010;138(3):358-65. [Consultado 2021 Sep 12]. Disponible en:

https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872010000300017

59 Group WQ of LA. Que calidad de vida? Foro Mundial de la Salud 1996. [Internet]. [Consultado 2021 Sep 12]. Disponible en:

<https://apps.who.int/iris/handle/10665/55264>

60 Schwartzmann L. Calidad de vida relacionada con la salud: aspectos conceptuales. Cienc. enferm. [Internet]. 2003;9(2): 09-21. [Consultado 2021 Sep 12]. Disponible en:

http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95532003000200002&lng=es.

61 MINSALUD. Cáncer de mama [Internet]. [Consultado 2021 Sep 12]. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/salud/publica/ssr/Paginas/Cancer-de-mama.aspx>

62 Instituto Nacional de Cáncer. Diccionario de cáncer. [Internet].

[[Consultado 2021 Sep 12]. Disponible en:

<https://www.cancer.gov/espanol/publicaciones/diccionario?expand=C>

63 Colombia. Ministerio de la Protección Social. Plan Nacional de Salud Pública. 2012-2021. [internet]. [Consultado 2021 Sep 12]. Disponible en:

http://www.odc.gov.co/Portals/1/publicaciones/pdf/consumo/estudios/internacionales/CO0335_plan_decenal_salud_publica_2012-2021.pdf

64 Colombia. Resolución 3280 de 2016. [internet]. [Consultado 2021 Sep 12]. Disponible en:

<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/resolucion-3280-de-2018.pdf>

65 Agudo, I. Plan de cuidados estandarizado para pacientes oncológicos en tratamiento ambulatorio con quimioterapia. [Trabajo de grado]. Zaragoza: Universidad de Zaragoza. Escuela de Enfermería; 2016.