

UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS

FACULTAD DE MEDICINA

UNIDAD DE POSGRADO

**Conocimiento de las pacientes mastectomizadas
sobre rehabilitación en el Servicio de Cirugía en el
Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas 2014**

TRABAJO DE INVESTIGACIÓN

Para optar el Título Profesional de Especialista en Enfermería
Oncológica

AUTOR

Cecilia Montero Follegati

ASESOR

Juana Elena Durand Barreto

Lima - Perú

2016

**CONOCIMIENTO DE LAS PACIENTES MASTECTOMIZADAS SOBRE
REHABILITACIÓN EN EL SERVICIO DE CIRUGÍA EN EL INSTITUTO
NACIONAL DE ENFERMEDADES NEOPLÁSICAS 2014**

A Dios, por ser el creador divino quien me iluminó con su amor en todo momento para la culminación del presente trabajo de investigación.

A mi adorado hijo y a todas aquellas personas que con su motivación constante y apoyo incondicional fueron los artifices en el logro de mis objetivos profesionales y personales

Agradezco a las autoridades del INEN por las facilidades para realizar el presente estudio. A las pacientes mastectomizadas en el servicio de cirugía por su colaboración en la culminación del presente trabajo de investigación.

INDICE

	Pág.
ÍNDICE DE GRÁFICOS	6
RESUMEN	7
PRESENTACIÓN	9
CAPÍTULO I. INTRODUCCION	
1.1. Situación Problemática	12
1.2. Formulación del Problema	14
1.3. Justificación	14
1.4. Objetivos	15
1.5. Propósito	15
CAPÍTULO II. MARCO TEORICO	
2.1. Antecedentes	17
2.2. Base Teórica	23
2.3. Definición Operacional de Términos	76
CAPÍTULO III. METODOLOGIA	
3.1. Tipo y Diseño de la investigación	77
3.2. Lugar de estudio	77
3.3. Población de estudio	77
3.4. Criterios de selección	78
3.5. Técnica e Instrumento de recolección de datos	78
3.6. Procedimiento de análisis e interpretación de la Información	79
3.7. Consideraciones Éticas	79
CAPÍTULO IV. RESULTADOS Y DISCUSION	
4.1. Resultados	80
4.2. Discusión	87
CAPITULO V. CONCLUSIONES, RECOMENDACIONES Y LIMITACIONES	
5.1. Conclusiones	97
5.2. Recomendaciones	99
5.3. Limitaciones	100

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	101
BILIOGRAFIA	107
ANEXOS	108

ÍNDICE DE GRÁFICOS

GRÁFICO N°		Pág.
1	Conocimiento de la paciente mastectomizada sobre Rehabilitación en el servicio de cirugía en el Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas 2014. Lima – Perú. 2016.	81
2	Conocimiento de la paciente mastectomizada sobre generalidades de los ejercicios de rehabilitación según ítems en el servicio de cirugía en el Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas 2014. Lima – Perú. 2016.	82
3	Conocimiento de la paciente mastectomizada sobre los ejercicios de rehabilitación acostada según ítems en el servicio de cirugía en el Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas 2014. Lima – Perú. 2016.	83
4	Conocimiento de la paciente mastectomizada sobre los ejercicios de rehabilitación sentada según ítems en el servicio de cirugía en el Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas 2014. Lima – Perú. 2016.	85
5	Conocimiento de la paciente mastectomizada sobre los ejercicios de rehabilitación de pie según ítems en el servicio de cirugía en el Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas 2014. Lima – Perú. 2016.	86

RESUMEN

AUTOR : MONTERO FOLLEGATI CECILIA

ASESOR : JUANA ELENA DURAND BARRETO

El **Objetivo** fue determinar los conocimientos de la paciente mastectomizada sobre Rehabilitación en el servicio de cirugía en el Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas 2014. Lima – Perú. 2016. **Material y Método.** El estudio fue de nivel aplicativo, tipo cuantitativo, método descriptivo de corte transversal. La población estuvo conformada por 30. La técnica fue la encuesta y el instrumento un cuestionario aplicado previo consentimiento informado. **Resultados.** Del 100 % (30), 67% (20) conocen y 33% (10) no conocen; acerca de generalidades sobre ejercicios de rehabilitación 67% (20) no conocen y 33% (10) conocen; en cuanto a la rehabilitación acostado 60% (18) no conocen y 40% (12) conocen; acerca de la rehabilitación sentado 63% (19) no conocen y 37% (11) conocen; y sobre la rehabilitación de pie 77% (23) no conocen y 23% (07) no conocen. **Conclusiones.** El mayor porcentaje no conocen que los ejercicios de rehabilitación debe realizarse en forma suave, lenta y progresiva, que otro ejercicio físico acostado es poner las manos detrás del cuello, unir y separar los codos, y que el ejercicio con bastón con las manos en extremos detrás de la espalda es levantar el bastón o palo por detrás hasta sentir estiramiento; seguido de un menor porcentaje considerable que conocen que la rehabilitación consiste en realizar ejercicios físicos para prevenir linfedema, que el ejercicio de rehabilitación acostada debe realizarse en el suelo, y que el ejercicio físico con el bastón o palo de escoba es levantar por encima de la cabeza y ponerlo detrás de la cabeza.

PALABRAS CLAVES: Paciente mastectomizada. Rehabilitación. Enfermería Oncológica.

SUMMARY

AUTHOR: MONTERO FOLLEGATI CECILIA

ADVISOR: JUANA ELENA DURAND BARRETO

The **objective** was to determine knowledge of patient mastectomized on Rehabilitation in the surgery department at the National Institute of Neoplastic Diseases 2014 Lima - Peru. 2016. **Material and Method.** The study was applicative level, quantitative type, descriptive method of cross section. The population consisted of 30. The technique was the survey instrument and a questionnaire prior informed consent. **Results.** 100% (30), 67% (20) know and 33% (10) do not know; about rehabilitation exercises generalities about 67% (20) do not know and 33% (10) known; regarding rehabilitation lying 60% (18) 40% do not know and (12) known; about rehabilitation sitting 63% (19) do not know and 37% (11) known; rehabilitation and standing 77% (23) do not know and 23% (07) do not know. **Conclusions.** The highest percentage do not know that rehabilitation exercises should be done gently, slowly and gradually, another lying exercise is to put your hands behind your neck, attach and detach the elbows, and the exercise stick with your hands in extreme behind his back is to lift the cane or stick to feel a stretch behind; followed by a less significant percentage who know that rehabilitation is physical exercise to prevent lymphedema, that the exercise of lying rehabilitation must be done on the ground, and that physical exercise with the stick or broomstick is lifted above the head and put it behind his head.

KEY WORDS: Patient mastectomies. Rehabilitation. Oncology Nursing.

PRESENTACIÓN

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), el 2002, el cáncer a nivel mundial acabo con la vida de más de 6.7 millones de personas en todo el mundo y es la segunda causa de muerte en los países desarrollados. A nivel mundial se pronostica que la mortalidad por cáncer aumentará un 45% entre 2007 y 2030 (pasará de 7,9 millones a 11,5 millones de defunciones), debido en parte al crecimiento demográfico y al envejecimiento de la población. ⁽¹⁾

La aparición del cáncer se ha asociado a varios factores de riesgo comunes, a saber: un modo de vida poco sano (consumo de tabaco y alcohol, dieta inadecuada, falta de actividad física) y exposición a carcinógenos (por ejemplo amianto) en el entorno laboral o en el medio ambiente (por ejemplo por contaminación del aire en locales cerrados), radiación (por ejemplo ultravioleta o ionizante) y algunas infecciones (por ejemplo hepatitis B o infección por virus del papiloma humano).

A nivel mundial, el cáncer de mama ocupa el primer lugar de muerte por neoplasia maligna. Para el 2030, representará aproximadamente 850 000 muertes de mujeres en edad productiva y más del 85 % estará en un rango de 29 a 69 años de edad. Para las mujeres con cáncer de mama sometidas a mastectomía y que pasaron por quimioterapia y/o radioterapia, el cuidado que la enfermera debe ofrecer es imprescindible. ⁽²⁾

Por lo que uno de los tratamientos que se indica para controlar el cáncer de mama, está dada por la mastectomía, considerada como un procedimiento quirúrgico agresivo y mutilador, acompañado de las consecuencias que se produce en la imagen corporal, sentimientos de

tristeza, baja autoestima, y limitaciones en el miembro superior afectado, desencadenando implicaciones sociales, psicológicas y sexuales que puede afectar su calidad de vida.

Aunque la mayoría de las mujeres mastectomizadas presentan actitudes y reacciones variadas, dependiendo de su personalidad; el tratamiento con ejercicios físicos terapéuticos constituye una de las formas de rehabilitación; disminuyendo su limitación articular causada por la extirpación quirúrgica y logrando una rápida reincorporación a la vida social, con un mínimo de invalidez y recuperación de sus capacidades funcionales; disminuyendo los sentimientos de incapacidad, ansiedad e inseguridad y promoviendo la autoestima.

El presente estudio titulado: “Conocimiento de la paciente mastectomizada sobre rehabilitación en el Servicio de Cirugía en el Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas – 2014”; tuvo como objetivo determinar el conocimiento de la paciente mastectomizada sobre rehabilitación en el servicio de cirugía en el INEN. Con el propósito de que los resultados proporcionen información actualizada a las autoridades y al servicio de cirugía oncológica a fin de que a partir de ello diseñen un programa de rehabilitación con estrategias participativas y activas en el cual se incluyan las terapias físicas y psicológicas individuales y colectivas; favoreciendo la práctica de ejercicios de rehabilitación destinada a fortalecer la capacidad funcional del miembro superior afectado, con aceptación de su imagen corporal, elevando su autoestima, y disminuir el riesgo de aparición de linfedema durante el proceso de recuperación.

El estudio consta de Capítulo I. Introducción; que contiene la situación problemática, formulación del problema, justificación, objetivos y

propósito. Capítulo II. Marco Teórico; que incluye los antecedentes, base teórica y definición operacional de términos. Capítulo III. Metodología; en el que se expone el tipo y diseño de investigación, lugar de estudio, población, técnica e instrumento, procedimientos para el análisis e interpretación de la información y consideraciones éticas. Capítulo IV. Resultados y Discusión. Capítulo V. Conclusiones, recomendaciones y limitaciones. Finalmente se presenta las referencias bibliográficas, bibliografía y anexos.

CAPÍTULO I

INTRODUCCIÓN

1.1. SITUACIÓN PROBLEMÁTICA

Desde hace décadas, el cáncer de mama se ha incrementado ostensiblemente sobre todo en países occidentales a pesar del avance de la ciencia y la tecnología. Aun cuando existen instrumentos de diagnóstico precoz, con frecuencia estos no son efectivos para la detección temprana y el tratamiento precoz.

El cáncer de mama es la neoplasia maligna más frecuente en la mujer occidental y la principal causa de muerte en Europa, EEUU, Australia y algunos países de América Latina el 2012 ⁽³⁾; representando el 31% de todos los cánceres de la mujer en el mundo; y el 43% de todos los casos registrados en los países en vías de desarrollo. La incidencia está aumentando en América Latina con riesgo intermedio (Uruguay, Canadá, Brasil, Argentina, Puerto Rico y Colombia) y riesgo bajo (Ecuador, Costa Rica y Perú). Sin embargo, son cinco los países donde la mortalidad anual por cada 10.000 mujeres es mayor, y están dados por Uruguay 46,4%, Trinidad y Tobago 37,2%, Canadá 35,1%, Argentina 35,2% y Estados Unidos 34,9%. ⁽⁴⁾

En el Perú (2012) se registraron 3,500 casos de cáncer de mama, que representa el 70% de cánceres ginecológicos; según el Ministerio de Salud (MINSU), la incidencia se encuentra en un promedio del 8% con mayor proporción en departamentos como Lima, Arequipa y Trujillo, según la Diresa Arequipa y Lima su incidencia es del 2.6% y 3% respectivamente. ⁽⁵⁾

Si bien es cierto que la mama es un órgano muy importante para la mujer, no sólo por su papel en la nutrición de los recién nacidos a través de la lactancia, éste es un símbolo de la feminidad. Asimismo, la imagen corporal es importante y en consecuencia, no resulta extraño el estigma que supone para la mujer someterse a una mastectomía; ocasionando problemas psicológicos debido a la mutilación; así como problemas en las relaciones sexuales provocados por el miedo a mostrar el cuerpo desnudo, especialmente de la parte afectada que incluso puede conducir a un estado de ansiedad y/o depresión.

De ahí, que el profesional de enfermería enfrenta un reto en el cuidado basado en la rehabilitación quirúrgica en pro de la mejoría orientada a prevenir complicaciones, promover y enseñar a las pacientes y familiares a adquirir independencia a fin de facilitar su integración al medio social en el cual se desenvuelve. Afortunadamente, los resultados en el tratamiento de este cáncer han experimentado una notable mejoría en los últimos años, considerando tanto a la supervivencia como los resultados de reconstrucción estéticos.

Por lo tanto, el ejercicio físico es una de las actividades fundamentales de la promoción de la salud; toda vez que su práctica regular, permite generar adaptaciones en diferentes sistemas como el sistema cardiopulmonar y osteomuscular, para mejorar la condición física y la función del organismo, como elemento indispensable para el control del cáncer de mama, orientado a velar por la exigencia de los ejercicios físicos acorde a las necesidades y expectativas de las mujeres mastectomizadas.

En el Servicio de Cirugía del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas (INEN), al interactuar con las pacientes mastectomizadas por primera vez refirieron: “no sé qué ejercicios tengo que realizar”,

“cuál es el beneficio de los ejercicios físicos”, “qué tipos de ejercicios tenemos que hacer en casa”, “con qué intensidad y frecuencia debo realizar los ejercicios”; entre otras expresiones.

1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

Por lo expuesto, se creyó conveniente realizar un estudio sobre:
¿Cuáles son los conocimientos de las pacientes mastectomizadas sobre rehabilitación en el Servicio de Cirugía en el Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas – 2014?

1.3. JUSTIFICACIÓN / IMPORTANCIA

Dado el incremento en los últimos años del cáncer de mama, el cual ocasiona serias repercusiones tanto en el aspecto físico, emocional, social y laboral en la persona afectada, que se evidencia en su imagen corporal, sentimientos de tristeza, baja autoestima, entre otros. Es necesario que luego de la mastectomía, se lleve a cabo los ejercicios de rehabilitación a fin de disminuir el riesgo de linfedema y limitaciones del miembro afectado. Por lo que la enfermera oncológica debe identificar precozmente las complicaciones derivadas de la extirpación del seno orientado a disminuir los riesgos o limitaciones del miembro y la pérdida de su capacidad funcional afectando en su proceso de recuperación y calidad de vida.

1.4. OBJETIVOS

1.4.1. Objetivo general

Determinar el conocimiento de las pacientes mastectomizadas sobre rehabilitación en el Servicio de Cirugía en el Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas – 2014.

1.4.2. Objetivos específicos

- Identificar el conocimiento de las pacientes mastectomizadas sobre generalidades de los ejercicios de rehabilitación según ítems en el Servicio de Cirugía en el INEN.
- Identificar el conocimiento de las pacientes mastectomizadas sobre los ejercicios de rehabilitación acostada según ítems en el Servicio de Cirugía en el INEN.
- Identificar el conocimiento de las pacientes mastectomizadas sobre los ejercicios de rehabilitación sentada según ítems en el Servicio de Cirugía en el INEN.
- Identificar el conocimiento de las pacientes mastectomizadas sobre los ejercicios de rehabilitación de pie según ítems en el Servicio de Cirugía en el INEN.

1.5. PROPÓSITO

Los resultados del estudio están orientados a proporcionar información actualizada a las autoridades y al servicio de cirugía oncológica del INEN, a fin de que a partir de ello se diseñen programas de educación para la salud destinada a contribuir a la rehabilitación del paciente con terapias físicas y psicológicas individuales y colectivas; favoreciendo el

fortalecimiento de la capacidad funcional del miembro superior afectado, con la consiguiente aceptación de su imagen corporal, elevando su autoestima, y disminuir el riesgo de aparición de linfedema durante el proceso de recuperación.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1. ANTECEDENTES

Luego de haber revisado los antecedentes se han encontrado algunos estudios relacionados al tema, así tenemos:

A nivel internacional:

Prado Spinoso María Antonieta; Mamede Vilela Marli; Almeida Ana María; Clapis María José; el 2011, en Brasil, realizaron un estudio titulado; “La práctica de actividad física en mujeres sometidas a cirugía por cáncer de mama: percepción de barreras y beneficios”. El objetivo fue identificar las creencias y percepciones sobre los beneficios y barreras a la práctica de la actividad física por un grupo de mujeres mastectomizadas, de acuerdo con el modelo de creencias en salud. El método utilizado fue de tipo cuantitativo, método descriptivo de corte transversal. La muestra estuvo conformada por 30 mujeres atendidas en un servicio especializado en rehabilitación de mastectomizadas. La técnica fue la encuesta y el instrumento un cuestionario. Las conclusiones fueron entre otras que:

“La importancia del ejercicio físico post-mastectomía está en la prevención de la limitación articular, linfedema, alteraciones posturales, fibrosis muscular o adherencia del tejido del área quirúrgico. El grupo estudiado se dio cuenta de un conjunto de beneficios, y mencionó la falta de ganas como la mayor barrera. El conocimiento sobre la importancia y la necesidad de los ejercicios físicos con la presencia de un profesional y el apoyo de los familiares fueron los incentivos más referidos por las mastectomizadas”.⁽⁶⁾

Louzada Petite Eliana; Pinto Nazário Afonso Celso; Martinelli Simone Elias; Facina Gil; Rivero De Gutiérrez María Gaby; el 2010, en Sao Paulo, realizaron un estudio titulado: “Aplicación de un programa de ejercicios domiciliarios en la rehabilitación del hombro después de cirugía por cáncer de mama”. El objetivo fue evaluar la efectividad de un programa de ejercicios para recuperación de la amplitud de movimientos (ADM) del hombro. El método fue cuasi experimental desarrollada en el Ambulatorio de Mastología, en 64 mujeres con cáncer de mama, sometida a cirugía. La intervención constó de: evaluación preoperatoria, orientación verbal y escrita, demostración y ejecución de los ejercicios y reevaluaciones en los retornos al ambulatorio. Las conclusiones fueron entre otras que:

“Los resultados de este estudio mostraron que el número y el tipo de ejercicios que constituyeron el programa extramuros fueron efectivos para la recuperación de los movimientos de flexión, abducción y extensión del hombro ipsilateral a la cirugía, en la población estudiada. El tiempo de recuperación de esos movimientos ocurrió en diferentes momentos del programa, desde el 7º hasta el 105ºPO, siendo que el seguimiento mínimo después de la cuadrantectomía es de 75 días, y, para la mastectomía, de 105 días. Se confirma, así, el beneficio del inicio precoz de la rehabilitación funcional, con seguimiento continuado hasta, por lo menos, tres meses después de la cirugía”.⁽⁷⁾

Silva de Oliveira Mariza; Alves Souza Angela María; Carvalho Fernández Ana Fátima; el 2009, en Brasil, realizaron un estudio sobre: “Grupo apoyo/soporte: espacio de rehabilitación para mujeres mastectomizadas”. El objetivo fue describir por medio de un relato de experiencia, la dinámica de un grupo de apoyo / soporte a la mujer mastectomizada. El estudio fue descriptivo, método retrospectivo realizado a partir de consultas recurrentes a los documentos, libro de actas, fotografías, grabaciones y trabajos existentes relacionados con

el grupo GEPAM (Grupo de Enseñanza y Asistencia a la Mujer Mastectomizada). Las conclusiones fueron entre otros que:

“El estudio permitió rescatar los beneficios de un grupo de apoyo/soporte para el bienestar de mujeres mastectomizadas, objetivando la recuperación del equilibrio psicosocial y la calidad de vida, además devolver a la plenitud de sus actividades profesionales, domiciliarias y afectivas por medio de estímulos para su rehabilitación total”.⁽⁸⁾

Pereira Mendes A; Da Costa Lindolpho M; Pinto Leite A; el 2009, en Brasil, realizaron un estudio titulado: “La asistencia de la enfermera en la visión de mujeres mastectomizadas”. Los objetivos fueron identificar las expectativas de mujeres que se sometieron a la mastectomía en relación al cuidado de la enfermera y cómo estas mujeres percibían la asistencia que les fue prestada. El método fue descriptivo, tipo cualitativa. La técnica fue la entrevista a profundidad realizada a mujeres mastectomizadas. Las conclusiones fueron entre otras que:

“Se concluye que, para las mujeres mastectomizadas, la enfermera deberá tener competencia técnica y comprender el momento vivenciado por ellas. Precisa de una visión amplia para dirigir las a otros profesionales y ser cariñosa. Sobre la actuación profesional de la enfermera ellas relatan que esta profesional aclaró dudas, fue esencial en el pos-operatorio, realizó procedimientos técnicos, de amparo y apoyo emocional. Se evidenció que esta asistencia de enfermería, tanto relativa a la enfermera como al resto del equipo se manifestaban de una forma diferente según la procedencia de la institución. En la institución especializada la función de la enfermera estaba más clara y definida, mientras que en las instituciones generalistas estaba más velada, limitándose a acciones específicas en el tratamiento de las mujeres”.⁽⁹⁾

Bascuñana Garrido Blanca; el 2008, en España, realizó un estudio titulado: “Fisioterapia en cáncer de mama: nivel de información en

pacientes y personal sanitario”. El objetivo fue identificar el nivel de información en pacientes y personal sanitario existente en el ámbito hospitalario. El material bibliográfico revisado en el estudio fueron libros de texto referentes a la patología de la mama y fisiopatología quirúrgica, bases de datos, Medline y Doyma, y visitas a distintos centros e instituciones. Las conclusiones fueron entre otras que:

“En términos generales hay un desconocimiento general de la existencia de tratamiento fisioterápico post mastectomía ya que existe poca demanda de profesionales especializados en apoyo a los servicios de atención en mujeres con cáncer de mama. Dentro del ámbito sanitario, mayoritariamente, se conoce el tratamiento fisioterápico después de este tipo de cirugía. Aun así, resulta sorprendente que un alto porcentaje de sanitarios que si lo conocen no lo recomienden. Actualmente el tratamiento de linfedema es el más conocido, seguido de la movilización de hombro y tratamiento de cicatriz. El linfedema no es un problema de resolución espontánea, pero si podemos prevenir su progresión y múltiples complicaciones con una mayor difusión al personal sanitario sobre la prevención del mismo. Los estudios analizados indican la aparición de alteraciones glenohumerales tras la operación y los beneficios que el tratamiento de fisioterapia aporta en la evolución física y en actividades de la vida diaria. En cuanto al lugar de tratamiento, se evidencia que la sanidad pública española aun no apuesta por la integración de la fisioterapia como parte del tratamiento post operatorio de las mastectomías. Siendo la paciente quien debe tomar la iniciativa de acudir a centros privados y costear el tratamiento. Si bien nuestra función en calidad de personal sanitario es prevenir, paliar y promocionar en salud, debemos ser consciente de que el cáncer de mama está en nuestra sociedad y aunque hoy en día las probabilidades de supervivencia a él han aumentado, la lucha no acaba en el quirófano, sino en nuestra readaptación a la vida cotidiana disfrutando de nuestra autonomía, bienestar y lo más importante, nuestra salud”.⁽¹⁰⁾

A nivel nacional

Missiaggia Elaine, el 2010, en Lima-Perú, realizó un estudio titulado; “Calidad de vida y hostilidad/cólera en pacientes con cáncer de mama con quirúrgica radical y de conservación, en el HNERM”. El objetivo fue describir la calidad de vida y hostilidad/cólera en pacientes con cáncer de mama con intervención quirúrgica radical y de conservación. El método fue descriptivo correlacional. La población estuvo conformada por 35 pacientes intervenidas con cirugía radical y 35 conservadoras. El instrumento utilizado fueron las pruebas IMEC y EORTC-QLQ-30. Las conclusiones fueron entre otros:

“La mastectomía, por ser una experiencia vinculada directamente con el cuerpo vulnera la imagen corporal de la mujer que la sufre, dificultando la integración mental de la misma”. “Ante la pérdida de la mama las mujeres suelen utilizar mecanismos de compensación y negación, con los que intentan disminuir el impacto de pérdida”.⁽¹¹⁾

Valderrama Torres Elizabeth, el 2009, en Lima-Perú, realizó un estudio titulado: “Relación entre la imagen corporal y las estrategias de afrontamiento en mujeres mastectomizadas en el HNERM”. El objetivo fue establecer la relación entre imagen corporal y estrategias de afrontamiento de la mastectomizada. El método fue descriptivo y la población fue de 52 pacientes. El instrumento fue el Inventario de Estimación de Afrontamiento COPE-Forma situacional. Las conclusiones fueron:

“La mastectomía radical genera un sentimiento de ambivalencia emocional ya que protege el estado de salud de la mujer y al mismo tiempo es fuerte estresor que provoca reacciones de miedo a la muerte, a la alteración de la imagen corporal y al dolor”.⁽¹²⁾

Escobar Rodríguez Evelyn Yovana, el 2008, en Lima-Perú, realizó un estudio titulado: “Percepción de la paciente mastectomizada sobre su

imagen corporal en el Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas”. El objetivo fue determinar la percepción de la paciente mastectomizada sobre su imagen corporal en el aspecto físico, psicológico y social. El estudio fue de nivel aplicativo, tipo cuantitativo, método descriptivo de corte transversal. La población estuvo constituida por 46. La técnica fue la entrevista y el instrumento un formulario tipo Escala de Likert Modificada. Las conclusiones fueron entre otras que:

“La percepción de las pacientes mastectomizadas sobre su imagen corporal es en su mayoría desfavorable referida en el aspecto físico por no aceptar su nueva apariencia física, sentir que han perdido su lado femenino, no desear ver la zona, en el aspecto psicológico piensan que puede cambiar su relación de pareja, son más reservadas, y en el social por no agradarle recibir visita de amigos, no sentirse preparadas para asistir a actividades sociales. Sin embargo existe un menor porcentaje pero muy significativo que presenta percepción favorable, determinada en el aspecto físico por preocuparse por su arreglo personal, por sentirse atractiva para su pareja, en el aspecto psicológico por aceptar con resignación la pérdida de su seno, no temer que su pareja rechace los efectos físicos, y en el aspecto social por no tener problemas de hablar de los resultados de la cirugía, no temor al rechazo de sus amigos”.⁽¹³⁾

Por los antecedentes revisados podemos evidenciar que si bien existen estudios, es importante realizar el estudio a fin de contribuir con sus hallazgos en mejorar el aspecto y la calidad de vida física, social y laboral de la paciente mastectomizada.

2.2. BASE TEÓRICA

ASPECTOS CONCEPTUALES DEL CÁNCER DE MAMA

El cáncer de mama es una enfermedad que provoca que las células que se encuentran dentro de sus pechos crezcan y se multipliquen con mucha rapidez. Por lo general, las células de los pechos crecen en ciclos controlados y regulares; ello evita que se formen o multipliquen demasiadas células al mismo tiempo, estos ciclos se quiebran y desequilibran, y el crecimiento de las células se vuelve caótico, como consecuencia comienzan a formarse masas de células en el tejido mamario canceroso. ⁽¹⁴⁾

SIGNOS Y SÍNTOMAS DEL CÁNCER DE MAMA

En los estadios iniciales del cáncer de mama la mujer no suele presentar síntomas, el dolor de mama no es un signo de cáncer aunque el 10% de estas pacientes lo suelen presentar sin que se palpe ninguna masa. El primer signo suele ser un bulto que, al tacto, se nota diferente del tejido mamario que lo rodea, con bordes irregulares, duro, que no duele al tocarlo y en ocasiones aparecen cambios de color y tirantez en la piel afectada. ⁽¹⁵⁾

En las primeras fases, el bulto bajo la piel se puede desplazar con los dedos. En fases más avanzadas, el tumor suele estar adherido a la pared torácica o a la piel que lo recubre y no se desplaza. El nódulo suele ser claramente palpable e incluso los ganglios de las axilares pueden aumentar de tamaño.

Otros signos que pueden aparecer son:

- Dolor o retracción del pezón.
- Irritación o hendiduras de la piel.
- Inflamación de una parte del seno.
- Enrojecimiento o descamación de la piel o del pezón.
- Secreción por el pezón, que no sea leche materna.

FACTORES DE RIESGO DEL CÁNCER DE MAMA

- **Sexo.-** El cáncer de mama se da principalmente en la mujer aunque. También puede afectar a los hombres pero la probabilidad es mucho menor.
- **Edad.-** El 60% de los tumores de mama ocurren en mujeres de más de 60 años y este porcentaje aumenta mucho más después de los 75 años.
- **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 entre el 50% y el 60% de mujeres que han heredado estos genes mutados pueden desarrollar el cáncer antes de los 70 años.
- **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 o de segundo grado (abuela, tía, prima) sólo aumenta el riesgo ligeramente.
- **Antecedentes personales.-** Una mujer con cáncer en un seno tiene un riesgo de tres a cuatro veces mayor de padecer un nuevo cáncer en el otro seno o en otra parte del

mismo seno. Esto es diferente a la recurrencia (regreso).

- **Raza.-** Las mujeres blancas son más propensas a padecer esta enfermedad que las de raza negra. Las que tienen menor riesgo son las mujeres asiáticas e hispanas.
- **Períodos menstruales.-** La menstruación antes de los 12 años, mayor es el riesgo de dos a cuatro veces de padecer esta enfermedad con aquellas que comenzaron después de los 14 años. 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. ⁽¹⁶⁾

Factores relacionados con el estilo de vida

- **Terapia hormonal sustitutiva.-** 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.
- **Alcohol.-** El consumo de alcohol durante años está claramente vinculados al riesgo elevado de cáncer de mama.
- **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 de padecer el cáncer de mama. ⁽¹⁷⁾

DIAGNÓSTICO DEL CÁNCER DE MAMA

En la actualidad la mejor lucha contra el cáncer de mama es una detección temprana del tumor pues aumentarán las posibilidades de éxito del tratamiento. ⁽¹⁸⁾

- **Autoexploración.-** 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.
- **Mamografía.-** Una mamografía es una simple radiografía que le proporcionará a su doctor de cabecera o al especialista que la estuviera atendiendo una imagen clara del interior de sus pechos. Un mamógrafo es una máquina que utiliza bajas dosis de rayos X para poder reproducir una imagen de sus pechos, la cual puede ser analizada en busca de posibles tumores o bultos sospechosos.
- **Biopsias.-** Durante una biopsia, su doctor de cabecera extraerá una muestra de células del tejido de sus pechos. Dichas células luego serán analizadas bajo un microscopio en busca de alguna evidencia de la presencia de cáncer. Existen tres tipos de biopsias: aspiración con aguja fina, biopsia con aguja y biopsia por escisión.
- **Radiografías del tórax.-** Para descartar una afectación pulmonar; ecografía abdominal para valorar la situación hepática, gammagrafía ósea y análisis de sangre para evaluar la correcta función medular, hepática y renal.

TRATAMIENTO DEL CÁNCER DE MAMA

Los tratamientos tempranos pueden llegar a incrementar significativamente sus probabilidades de supervivencia y podrían brindarle la posibilidad de no tener que perder sus pechos.

- **Lumpectomía.-** Usualmente se practica a las mujeres que padecen cáncer de mamas y están pasando por las etapas I,

II o III del mismo. También conocida como escisión amplia; la misma es un procedimiento bastante sencillo en el cual se le extraerá solamente una pequeña cantidad de tejido de sus pechos. La lumpectomía se dirigirá a extirpar el tumor mamario, acompañado de una pequeña cantidad del tejido sano que lo rodea.

- **Mastectomía.-** La mastectomía es un procedimiento quirúrgico utilizado para extraer todo el tejido canceroso presente en el área de sus pechos. Durante una mastectomía, se le extraerá todo su pecho. La mastectomía también podría llegar a implicar la extirpación de los nódulos linfáticos o los músculos de las paredes del pecho que estuvieran infectados con células cancerígenas.
- **Terapia de Radiación.-** En la terapia de radiación se utilizan rayos X de alta potencia para poder dañar y aniquilar las células cancerígenas. Este procedimiento puede ser aplicado para reducir el tamaño de los tumores o para controlar el avance del cáncer de mamas. Usualmente se la aplica luego de que la mujer afectada por esta enfermedad se haya sometido a una lumpectomía o a una mastectomía.
- **Quimioterapia.-** Es un régimen de tratamiento compuesto por una amplia variedad de drogas anticancerígenas. Estas drogas se encargan de aniquilar las células cancerígenas y de disminuir el tamaño de los tumores. También pueden ser usadas para controlar el desarrollo y avance del cáncer de mamas o para evitar su recurrencia. Usualmente, son suministradas a través de un catéter intravenoso, pero también pueden ser administradas oralmente o mediante inyecciones intramusculares. La quimioterapia usualmente

incorpora más de un tipo de droga conocida con el nombre de quimioterapia combinada, el uso de dos o tres drogas anticancerígenas es mucho más efectivo que una sola. ⁽¹⁹⁾

- **Terapia Hormonal.-** Algunas células cancerígenas se alimentan de las hormonas producidas por su organismo, particularmente del estrógeno y de la progesterona. La terapia hormonal se encarga de bloquear la producción de estas hormonas, matando las células cancerígenas. La terapia con Tamoxifen es el tipo de terapia más común entre las terapias hormonales utilizadas para tratar y curar el cáncer de mamas.
- **Reconstrucción mamaria.-** El implante suele ser de silicona o de suero salino. No todas las mujeres, que han sido sometidas a una mastectomía radical, quieren realizarse un implante de prótesis. El hecho de pasar nuevamente por un quirófano y someterse a una anestesia y cirugía con la posterior recuperación, hace que algunas opten por las prótesis artificiales. ⁽¹⁹⁾

LA MASTECTOMÍA

La técnica quirúrgica más frecuente empleada en el cáncer de mama es la mastectomía. Este procedimiento consiste en la extirpar el seno por completo, incluyendo el pezón. La mastectomía es necesaria en algunos casos, y algunas mujeres optan por este procedimiento. Para describir el tipo de mastectomía se usan palabras diferentes dependiendo de la extensión de la cirugía en la axila y los músculos localizados debajo del seno. En un procedimiento de mastectomía simple (total), los cirujanos extirpan todo el seno pero no cortan ningún ganglio linfático ubicado debajo del brazo ni el tejido muscular ubicado

debajo del seno. ⁽²⁰⁾

Anteriormente los médicos pensaban que la extirpación de la mayor cantidad posible de ganglios linfáticos reduciría el riesgo de propagación del cáncer del seno y mejora las probabilidades de la mujer de lograr una supervivencia a largo plazo. Ahora sabemos que la extirpación de ganglios linfáticos probablemente no mejore las probabilidades de supervivencia a largo plazo. Sin embargo, los medicamentos que previenen la recurrencia del cáncer, es importante saber si los ganglios están afectados.

Tipos de mastectomía

Existen diferentes tipos de mastectomía: mastectomía simple o total, mastectomía radical modificada, mastectomía radical, mastectomía parcial y mastectomía subcutánea. Los tipos más comunes de mastectomía usados hoy en día son:

- **Mastectomía simple o total.-** En la mastectomía simple, se extraen los tejidos de la mama (lóbulos, conductos, y tejido graso) y una capa de piel donde se encuentra el pezón. Este tipo de cirugía usualmente requiere que usted permanezca en el hospital. De acuerdo a los resultados de la cirugía y de los exámenes, podría requerir otros tratamientos.

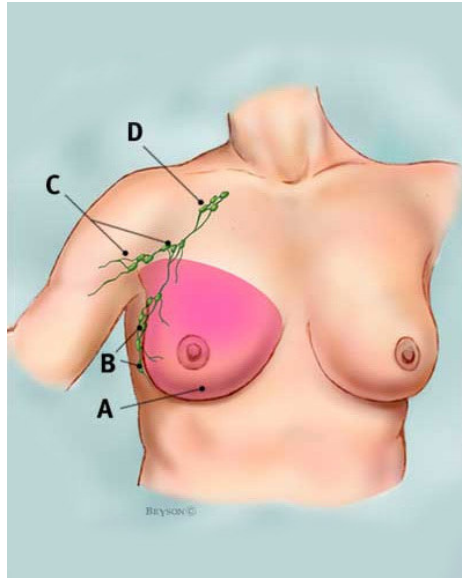


Figura 1. Mastectomía simple o total

La mastectomía simple o total se concentra en el tejido mamario:

- El cirujano extirpa la totalidad de la mama.
- El cirujano no realiza disección de ganglios axilares (extirpación de ganglios linfáticos de la axila). Sin embargo, en algunos casos se extirpan ganglios linfáticos porque se encuentran ubicados dentro del tejido mamario extirpado durante la cirugía.
- No se extirpan los músculos ubicados bajo la mama.

La mastectomía simple o total es adecuada para mujeres que tienen varias o amplias zonas afectadas por carcinoma ductal in situ (CDIS) y para mujeres que solicitan mastectomía preventiva, es decir, extirpación de la mama para evitar cualquier posibilidad de tener cáncer de mama. ⁽²¹⁾

- **Mastectomía radical modificada.-** En este tipo de

mastectomía se extirpa la mama en su totalidad. También se quitan algunos ganglios linfáticos axilares. Estos ganglios linfáticos son examinados para determinar si el cáncer se ha extendido. En algunas ocasiones, se coloca un drenaje quirúrgico para evitar la acumulación de líquidos. Este drenaje se extrae en 3-4 días después de la cirugía. Esta cirugía usualmente requiere que usted permanezca en el hospital. De acuerdo a los resultados de la cirugía y de los exámenes posteriores, usted podría necesitar más tratamientos. ⁽²²⁾

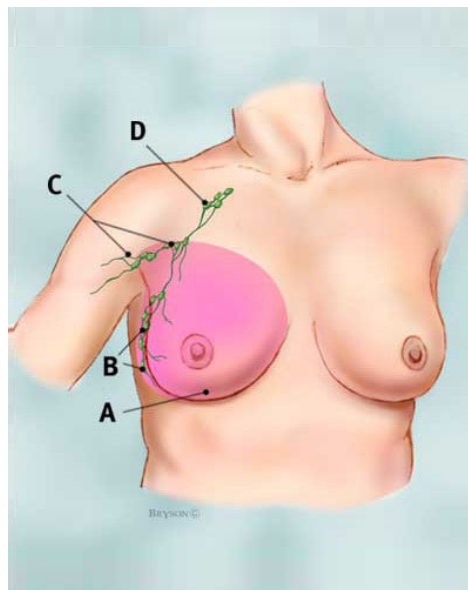


Figura 2. Mastectomía radical modificada

La mastectomía radical modificada implica la extirpación de tejido mamario y ganglios linfáticos:

- El cirujano extirpa la totalidad de la mama.
- Se realiza disección de ganglios linfáticos axilares, en la que se extirpan los niveles I y II de ganglios axilares (Ilustración B y C).
- No se extirpan los músculos ubicados bajo la mama.

A la mayoría de las personas diagnosticadas con cáncer de mama invasivo que deciden someterse a mastectomía se les practicará mastectomía radical modificada para poder examinar los ganglios linfáticos. El examen de ganglios linfáticos ayuda a determinar si las células cancerosas se propagaron fuera de la mama.

- **Mastectomía radical.**- La mastectomía radical es el tipo más extenso de mastectomía:

- El cirujano extirpa la totalidad de la mama.
- Se extirpan los niveles I, II y III de ganglios linfáticos axilares (B, C y D en la ilustración).
- El cirujano también retira los músculos de la pared torácica situados bajo la mama.

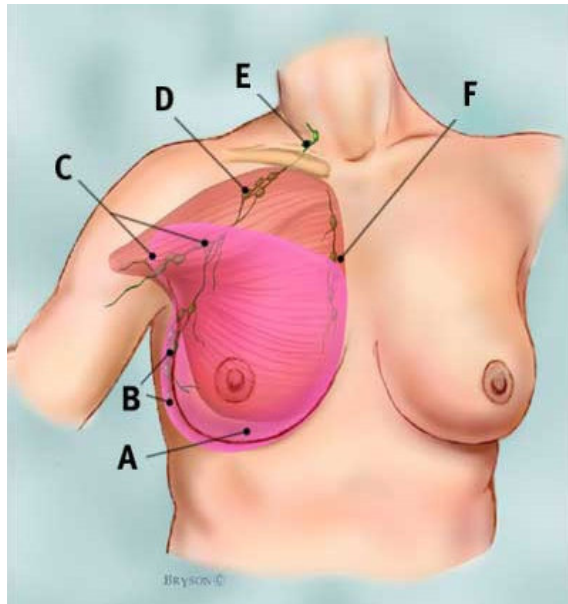


Figura 3. Mastectomía radical

En la actualidad, la mastectomía radical sólo se recomienda cuando el cáncer de mama se ha propagado a los músculos torácicos situados bajo la mama. Aunque era muy común en el pasado, en la actualidad la mastectomía radical es poco habitual porque se ha comprobado que la radical modificada tiene la misma eficacia y es menos antiestética.

- **Mastectomía parcial.-** La mastectomía parcial es la extirpación de la parte cancerosa del tejido mamario y de parte del tejido normal circundante. Si bien la lumpectomía es técnicamente una forma de mastectomía parcial, donde se extirpa más tejido que en la lumpectomía.
- **Mastectomía subcutánea (con preservación de pezón).-** En la mastectomía subcutánea ("con preservación de pezón"), se extirpa todo el tejido mamario pero se deja el pezón. La mastectomía subcutánea se lleva a cabo con menor frecuencia que la mastectomía simple o total, debido a

que se conserva mayor cantidad de tejido mamario en el que, más adelante, podría formarse cáncer. Además, algunos médicos informaron de que la reconstrucción mamaria posterior a una mastectomía subcutánea puede causar deformación y, posiblemente, insensibilidad en el pezón.

- **Mastectomía con preservación de la piel.**- La mastectomía con preservación de la piel es una técnica que resguarda la mayor cantidad posible de piel de la mama. Se puede llevar a cabo como parte de una mastectomía “simple o “total”, o bien como una mastectomía radical modificada, con el fin de brindar la piel necesaria para una reconstrucción inmediata.

Durante una mastectomía con preservación de la piel, el cirujano extirpa únicamente la piel del pezón, la aréola y el tejido cicatricial de la biopsia inicial. Luego, extirpa el tejido mamario a través del pequeño orificio que se crea. El saco de piel restante brinda la mejor forma y estructura para insertar un implante o permitir una reconstrucción con el tejido propio.

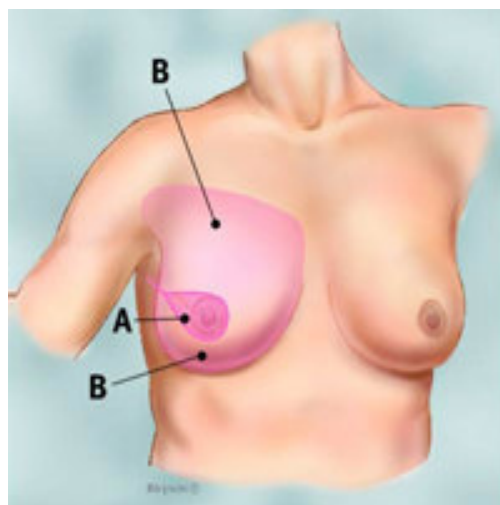


Figura 4. Mastectomía con preservación de la piel

La mayoría de las mujeres pueden someterse a una mastectomía con preservación de la piel. Sin embargo, hay ciertas excepciones:

- Una mastectomía con preservación de piel generalmente no se lleva a cabo si has decidido no someterte a una reconstrucción mamaria inmediata. Si no te realizarán una reconstrucción mamaria inmediata en el momento de la mastectomía, el cirujano probablemente extirpe toda la piel necesaria para que la superficie del tórax y el tejido cicatricial queden parejos.
- Una mastectomía con preservación de la piel no es segura si existe el riesgo de que las células tumorales estén próximas a la piel. Si el tumor podría estar afectando la piel, como en el cáncer de mama inflamatorio, la mastectomía con preservación de la piel no es una opción. ⁽²³⁾

Riesgos durante la cirugía de mastectomía

- **Adormecimiento de la piel a lo largo de la incisión y la sensibilidad leve a moderada en el área adyacente:** Pueden producirse debido a los nervios cortados durante la cirugía.
- **Hipersensibilidad al tacto dentro del área de la cirugía:** Se debe a los terminales nerviosos irritados, la sensibilidad se recupera cuando vuelven a crecer los nervios.
- **Acumulación de líquido debajo de la cicatriz:** Puede ocurrir como resultado de un hematoma (la acumulación de

sangre en la herida) o de un seroma (la acumulación de líquido claro en la herida).

- **Cicatrización lenta:** Durante la mastectomía, se cortan los vasos sanguíneos que alimentan el tejido mamario, esto puede causar problemas cuando el cuerpo intenta cicatrizar el lugar de incisión. Si no hay suficiente irrigación sanguínea a los colgajos de la incisión, las pequeñas áreas de la piel pueden debilitarse y se puede formar una escara.
- **Aumento del riesgo de infección en el área quirúrgica:** Si se produce una infección, por lo general se puede detectar precozmente y responde bien al tratamiento.
- **Formación de tejido cicatricial:** En caso de mastectomía sola y de mastectomía con reconstrucción, existe un riesgo de que se forme tejido cicatricial y se acumule con el tiempo, el tejido cicatricial puede formar bultos o ser doloroso. ⁽²⁴⁾

Tratamientos tras la cirugía de mastectomía

- **Quimioterapia.-** La quimioterapia es un tipo de tratamiento donde se utilizan medicamentos (fármacos) para destruir y evitar el crecimiento, multiplicación y diseminación de las células cancerosas que se encuentren fuera de la zona mamaria. Existen varias vías de administración, aunque la más frecuente es la vía venosa. Se administra en ciclos y su duración suele ser de 4 a 8 meses. No requiere hospitalización por lo que se puede realizar de forma ambulatoria. El tratamiento suele ser bastante duro y los síntomas más frecuentes

son: náuseas, vómitos, cansancio, caída del cabello, mucositis y diarreas.

- **Radioterapia.-** Es la administración de radiaciones ionizantes, producidas a partir de una fuente de cobalto, acelerador lineal, o mediante un isótopo para destruir las células tumorales a nivel de la glándula mamaria o a nivel de los ganglios linfáticos próximos a ella. Suele tener una duración media de 4-5 semanas. El tratamiento, será diario durante unos pocos minutos y no será necesaria la hospitalización. El tratamiento, suele ser bien tolerado, permitiendo a la mujer continuar con su vida familiar y laboral. Sus efectos secundarios más frecuentes son: hinchazón y pesadez en la mama; cambios como quemadura del sol en la zona tratada y fatiga. Los cambios que se presentan en el tejido de la mama suelen desaparecer entre 6 y 12 meses después. En algunas mujeres la mama se hace más pequeña y consistente después de la radioterapia.

Los síntomas suelen aparecer a partir de la 3^a-4^a semana del tratamiento y son:

- **Enrojecimiento de la piel en las zonas tratadas:** Utilizar jabones neutros para la higiene diaria y prendas de algodón que no ajusten. Evitar tomar el sol durante el tratamiento y el trimestre siguiente.
- **Molestias y/o dificultad para tragar:** Coma despacio y comidas blandas que no le cuesten de tragar. Desaparece tras el tratamiento.
- **Cansancio:** Depende de la persona y como los síntomas anteriores cesan tras el tratamiento.

- **Hormonoterapia.-** La hormonoterapia es para el cáncer de seno cuyo crecimiento si es estimulado por el estrógeno, el tamoxifeno inhibe la acción del estrógeno en las células cancerosas, exemestano, que inhibe una enzima llamada aromatasas que se encarga en nuestro cuerpo de producir estrógeno. Es un tratamiento paliativo eficaz en los tumores hormonodependientes, un tumor es hormonodependiente cuando sus receptores hormonales son positivos. Hablemos, primero, de la hormonoterapia aditiva o tratamiento hormonal mediante medicamentos. Para esta modalidad es esencial conocer los receptores de hormonas. Consiste en utilizar medicamentos para bloquear la actividad de las hormonas circulantes y su efecto, lo cual puede frenar el crecimiento de tumores. Los síntomas más frecuentes suelen ser amenorrea (ausencia de menstruación) y sofocos. ⁽²⁵⁾

Reconstrucción / prótesis de mama

- **Reconstrucción mamaria**

La reconstrucción mamaria ayuda a restablecer la imagen corporal. En la actualidad existen varias técnicas, las más habituales son:

- Utilización de expansores y prótesis de silicona: es sencilla y se realiza en dos etapas. Primero se implanta un expansor que se llena de suero durante semanas sucesivas dilatando la piel y luego se coloca una prótesis de silicona.

- Utilizar tejidos de la propia paciente, bien sea de la espalda (músculo dorsal ancho) o del abdomen (músculo recto). Es una técnica más compleja pero los resultados son muy satisfactorios. La reconstrucción del pezón y la areola se realiza bien con injerto de piel de la ingle o bien mediante tatuaje.

Las reconstrucciones pueden ser inmediatas, al mismo tiempo que la mastectomía o diferidas (aproximadamente 18-24 meses después) dependiendo de la mujer y de su situación clínica. Éstas no modifican el pronóstico de su enfermedad (la reconstrucción no mejora ni empeora la enfermedad), no obstruye las pruebas de control (mamografía, ecografía...) y no limita los tratamientos que pueda necesitar en el futuro (quimioterapia, radioterapia y otros).

- **Prótesis externas**

- La primera prótesis que se colocará será una fabricada con materiales suaves (algodón) que no irrita la piel y que se adaptan bien, utilizando los sujetadores especiales que existen en el mercado (ortopedia). Se pueden colocar en el momento que se han retirado los puntos de la piel.
- Prótesis de silicona: se colocarán a los 30-40 días, cuando el proceso de cicatrización ha terminado, salvo en pacientes con colgajo miocutáneo o que hayan sido tratadas con radioterapia, se esperará hasta que la piel esté íntegra.

Las prótesis externas son suaves y flexibles, tienen una buena tolerancia cutánea, no producen alergias, tienen un tacto graso y a la presión externa ofrecen la misma consistencia que un pecho natural; en contacto con la piel adquieren rápidamente la temperatura corporal, resisten bien el calor y no se alteran en contacto con el agua, se secan rápidamente sin retener humedad. Las hay de diferente peso, tamaño y forma para adaptarse a la anatomía de cada mujer.

Hay en el mercado una variada gama de modelos. Muchas mujeres utilizan la prótesis directamente sobre la piel, otras prefieren usarla con una funda de algodón. Por otro lado, hay quien sigue usando su sujetador habitual y quien los adquiere especialmente adecuados para sostener la prótesis. El uso diario de esta prótesis es importante para evitar deformaciones de la columna vertebral. ⁽²⁶⁾

Complicaciones de la mastectomía

La mastectomía es una cirugía muy segura donde la mayor parte de las mujeres se recuperan sin complicaciones. Sin embargo como en cualquier cirugía existen riesgos y/o complicaciones, los más importantes son:

- **Linfedema.-** Obedece por lo general a un fallo o a una insuficiencia en el sistema linfático, y como consecuencia el aumento del volumen de extremidades, en forma completa o parcial, y la desaparición de los relieves que por debajo de la piel. Es la inflamación del brazo de la zona donde se le ha realizado la mastectomía causada por la extirpación de los ganglios linfáticos de la axila. Puede aparecer hasta meses o años tras la operación.

Precauciones a tener en cuenta:

- Evitar extracciones de sangre del brazo del mismo lado de la operación.
- Evitar coger peso o realizar ejercicios bruscos.
- Evitar heridas que puedan provocar infección (usar guantes cuando se usen productos corrosivos, evitar mordeduras y arañazos, tener cuidado con la manicure).
- Evitar ropa ajustada.
- No llevar reloj, pulsera o anillos en el brazo afectado.
- Por las noches mantener el brazo ligeramente elevado.
- Cuidado con los masajes en los brazos, deben ser dados por profesionales cualificados, huir de los masajes de drenaje linfático ofrecidos por las clínicas de estética.
- **Alteración de la sensibilidad de la zona operada.-** Apareciendo sensaciones dolorosas, punzantes. El grado de intensidad es variable pero no hay tratamiento eficaz. También puede aparecer adormecimiento e hipoestesia (falta de sensibilidad) sobre todo en la cara interna del brazo afecto por sección de alguna estructura nerviosa.
- **Alteración de la movilidad del brazo operado.-** Se produce por el linfedema o por defecto neuromuscular postquirúrgico. A veces el área se amplía al hombro, columna cervical y parrilla costal, siendo frecuentes las contracturas musculares y el dolor de tipo inflamatorio.
- **Seroma.-** Aparece normalmente tras la retirada del drenaje. Es el acúmulo de líquido en la herida. Su causa suele ser una falta de adhesión de los bordes de la sutura en la axila o por

movimientos muy bruscos en las primeras horas tras la intervención.

Un seroma es la acumulación de grasa líquida, suero y linfa en un área del cuerpo en donde se ha producido un traumatismo o se ha practicado una cirugía y usualmente se forma debajo de una herida quirúrgica reciente. Es una complicación frecuente, benigna pero muy molesta para el paciente y se manifiesta como una tumefacción en la piel bien circunscrita, molestia a la presión y salida de líquido por la herida. La más temida es la infección dando lugar a un absceso. También pueden volverse persistentes y al encapsularse formar quistes. Su presencia dificulta la cicatrización dando lugar a cicatrices irregulares.

ENFERMERIA ONCOLOGICA

La enfermería como disciplina de las ciencias de la salud, es un servicio especial en la atención de la salud que se caracteriza por el establecimiento de un proceso interpersonal, dinámico y continuo con la persona para identificar y resolver los problemas de naturaleza bio-psico-sociocultural en el mantenimiento del equilibrio entre él y su medio ambiente, en todas las etapas del ciclo vital, mediante actividades preventivo promocionales, recuperativo y de rehabilitación valiéndose de su preparación científica, ética, deontológica, técnica y de la realidad nacional que ayuda a comprender al hombre como a una unidad sin olvidar el ente espiritual; tomando decisiones y empleando juicio crítico en la solución de la problemática que se presenta en el diario que hacer .

La enfermera es una profesional capacitada con el conocimiento avanzado, que demuestra competencia clínica, identifica y prioriza las necesidades en el cuidado, diagnostica y desarrolla e implementa

planes terapéuticos de cuidados. La asistencia total o individualizada del paciente está a su cargo desde la admisión hasta el alta y de esta forma la enfermera tiene la oportunidad de llevar a cabo su papel profesional de una manera directa. La razón de la enfermera es el paciente y por ello acepta la responsabilidad total en cuanto a la calidad de atención que brinda. Este tipo de asistencia se dirige a la satisfacción total de las necesidades individuales, así como de la bio-psico-sociales del paciente. La enfermera debe incluir al paciente y familia de manera directa en todas las facetas de su cuidado, es así como la enfermera viabiliza la comunicación con otros miembros del equipo de salud, lo cual le permite proporcionar continuidad en su cuidado garantizando una asistencia de calidad.

La enfermera que labora en los servicios de oncología debe creer en el valor del equipo, en su capacidad de planificar, prever y adelantarse a las complicaciones, en el valor de la educación y el apoyo emocional. Debe potenciar la intervención de la familia y acompañar al paciente durante su proceso buscando la continuidad de atención y la toma de decisiones compartidas.

Los cuidados en oncología es definida como “la prestación de servicios enfermeros profesionales y competentes al individuo, familia o comunidad en todo el continuum salud-enfermedad, desde la prevención del cáncer a los cuidados del enfermo en situación terminal. Para ello, la enfermería oncológica desarrolla sus funciones de asistencia, docencia, gestión e investigación, utilizando un método científico que le permite identificar y tratar respuestas humanas y determinar la influencia de sus servicios en la evolución física, psicosocial y espiritual del cliente”.

Partiendo de los estándares de la práctica, se pusieron las bases de lo que hoy se denomina competencias específicas para enfermería oncológica que capacitarían a la enfermera generalista para ofrecer un cuidado especializado en oncología.

Dichas competencias implican asumir un marco de referencia y valores propios cuyos fundamentos están ligados a una manera concreta de ver a la persona, la salud, el equilibrio con su entorno y el cuidado.

El rol de la enfermera oncológica:

- Educar para la salud sobre los cuidados del paciente mastectomizado en el hogar.
- Organiza sus intervenciones garantizando el cuidado integral e individualizado y fomentando la autonomía del paciente.
- Organiza y emplea la comunicación con el equipo interdisciplinario, como elemento básico de su práctica profesional.
- Utiliza el sistema de registro que contempla el aspecto filosófico, metodológico y operativo de su práctica profesional.

El paciente se convierte en cliente y en el auténtico protagonista en torno al cual giran todas las intervenciones:

- Proporcionar atención integral al paciente y familia, respondiendo a sus necesidades individuales.

- Propiciar los máximos niveles de recuperación de la autonomía del individuo enfermo, alentándole a participar activamente en el proceso, a pesar de los límites impuestos por su enfermedad.
- Promover el desarrollo de la persona, impulsando la capacidad de adaptación y crecimiento del individuo, desde el momento del diagnóstico y hasta la situación terminal.
- Establecer una relación terapéutica y de apoyo hacia el cliente y su familia. En el ejercicio del cuidado nos convertimos en sus aliados, sus colaboradores a lo largo del proceso, como un compromiso de acompañamiento que se hace presente en todas las actividades enfermeras, sea cual sea su situación clínica.
- Contribuir a una atención especializada, mediante el seguimiento clínico, la prevención, detección y control de síntomas, el uso de la tecnología propia y la administración segura y correcta de tratamientos complejos.
- Elaborar protocolos de actuación propios para el manejo de problemas más frecuentes.
- Colaborar en la relación interdisciplinar efectiva, imprescindible para lograr el éxito de las estrategias terapéuticas.
- Garantizar la continuidad de la atención, estableciendo una mayor coordinación e interrelación entre las diversas áreas y niveles del sistema. Esto exige un crecimiento constante y un talante de cambio y renovación permanente, así como avanzar en el propio conocimiento de los fenómenos de interés para la disciplina.

- Promover actividades de búsqueda e investigación, destinadas a mejorar los fundamentos de los cuidados basados en la evidencia.
- Mantener e implementar los conocimientos clínicos y las habilidades técnicas y de comunicación mediante el estudio y la formación continuada.
- Actualizar la práctica clínica mediante el contacto con otros profesionales. ⁽²⁶⁾

CUIDADOS DE LA ENFERMERA ONCOLÓGICA

Los cuidados postoperatorios de la enfermera oncológica, consisten en precauciones mínimas que permitan prevenir complicaciones después del procedimiento quirúrgico, para tener una mejor calidad de vida; no son normas complicadas ni difíciles de llevar a cabo, sólo debemos estar pendientes y recordarlas, nuestros familiares o personas cercanas también deberían conocerlas para que nos ayuden a recordarlas y nos faciliten determinadas tareas. ⁽²⁷⁾

Tras una intervención quirúrgica hay una serie de cuidados de enfermería que deben seguirse:

- Controle la herida, observando si se producen hematomas, seromas (acumulo de líquido) o infecciones.
- Con frecuencia, si aparece un seroma hay que realizar punciones después de retirar los drenajes.
- Limpie la herida mediante una ducha y un jabón neutro, con una esponja suave y secándola después. No tome baños porque aumenta el riesgo de infección de la herida, ni se dé

cremas en la zona afectada.

- Revise los drenajes o apósitos a través de un control diario y, si tiene algún incidente, avise a su médico.
- Pasadas 48 o 72 horas de la intervención, es muy importante que ejercite la mano, brazo y hombro implicados para que no se produzca atrofia muscular y para que mejore la circulación de la sangre. ⁽²⁸⁾

Las nuevas posiciones de reposo del brazo del lado afectado serán útiles desde el primer momento y a lo largo de los años:

- **Posición de relajación sentada:** Para descansar el brazo, mientras se mira la televisión por ejemplo, se puede poner sobre el brazo de una butaca, apoyando el antebrazo en un almohadón, procurando mantener siempre el brazo en alto.

Figura 5.- Posición sentada



- **Posición de relajación con almohada bajo el brazo:** Si se nota el brazo cansado, se puede tumbar unos momentos y poner el antebrazo sobre una o varias almohadas. Esta posición alivia la sensación de pesadez, hormigueo o inflamación y adoptar esta postura a la hora de dormir.

Figura 6.- Posición acostada



- Posición de relajación boca arriba, con las manos por encima del nivel de la cabeza.

Figura 7.- Posición boca arriba



LA PACIENTE MASTECTOMIZADA

Tras el alta la paciente mastectomizada debe seguir una serie de cuidados encaminados a evitar posibles complicaciones y a detectar precozmente algún signo de ellas. Cuando se han extirpado los ganglios linfáticos de la axila la circulación de la linfa es más lenta; esto hace que a veces se acumule en el brazo y en la mano del lado operado, provocando una inflamación que se denomina linfedema, la cual es la principal complicación después del alta. ⁽²⁹⁾

Estos cuidados están basados en dos principios:

- Evite el incremento de la producción de linfa: por ejemplo en caso de infecciones.
- No aumente el bloqueo de eliminación de la linfa: por ejemplo con compresión.
 - a) Use guantes protectores para actividades que comporten un riesgo: (cocina, costura, jardinería).

- b) Evite compresión de mangas y puños.
- c) No use joyas que puedan comprimir la extremidad: anillos, pulseras.
- d) No exponga la extremidad al sol sin utilizar un filtro solar superior al FP 15 y en las horas centrales del día.
- e) Evite en el brazo afectado los traumatismos, el frío y calor excesivo, quemaduras y cambios bruscos de temperatura.
- f) Procure no sobrecargar o hacer esfuerzos con ese brazo, así como llevarlo colgando (peso) y dormir sobre el brazo del lado operado.
- g) Evite en el brazo afectado, extracciones de sangre, inyecciones, vacunas o tomas de tensión arterial.
- h) Prevenga el sobrepeso, evitando el exceso de sal en las comidas.
- i) Mantenga el brazo elevado el mayor tiempo posible.
- j) Evite (en la medida de lo posible) picaduras de insectos y arañazos de animales.
- k) Cuide la piel de forma meticulosa, use jabón neutro y evite la sequedad con una buena crema hidratante. Ante cualquier herida en el brazo afectado lave con agua y jabón, aplique solución antiséptica y cubra con un apósito.

- l) Evite las depilaciones axilares con cera o cuchillas, siendo más recomendable la utilización de rasuradora eléctrica. Cuando se realice la manicura, hágalo sólo con lima de cartón y evite cortarse las cutículas.
- m) Utilice un sujetador de tirante ancho, evitando la presión sobre el hombro.
- n) Lleve el bolso en el brazo del lado no afectado.

AUTOCUIDADOS DE LA PACIENTE MASTECTOMIZADA

- **Higiene y cuidados del brazo afecto**

La extirpación de los ganglios linfáticos puede alterar la función del sistema inmunitario. Al retirar los ganglios linfáticos el drenaje de fluidos, bacterias, etc., es deficiente, lo que conduce a un mayor riesgo de infecciones. Para prevenir se deben seguir estos cuidados postoperatorios: ⁽³⁰⁾

Las precauciones especiales en la higiene son:

- Evite formalmente que le saquen sangre o le pongan inyecciones en ese brazo. Además no utilice, el brazo afectado para la toma de la presión arterial.
- No use nada apretado en el brazo, incluyendo: elásticos en las mangas, reloj, pulseras.
- No cargue cosas pesadas (bolsas, maletas, etc.) con ese brazo.
- Use una maquinilla eléctrica si quiere afeitarse las axilas.

- Evite traumatismos, heridas, arañazos, picaduras y pinchazos.
- Utilice guantes para tareas de cierto riesgo.
- Cuidado de la piel y uñas, evite las quemaduras solares.

(31)

Los cuidados del brazo afectado son:

- Utilice jabón con pH alto (5-5.5) o neutros, ya que protege y equilibra la sequedad de la piel.
- Se pueden utilizar desodorantes, preferiblemente aquellos menos irritantes y con menor contenido en alcohol.
- En cuanto a la depilación, es preferible el uso de cremas depilatorias frente a la cera o maquinillas más una crema hidratante vitaminada.
- Después de la ducha o baño, seque bien la zona de la herida.
- Aplicar crema hidratante con frecuencia. Es importante mantener la piel de la zona afectada limpia y bien hidratada. Si presentase prurito en la zona de la cicatriz, puede aplicarse aceite de Rosa Mosqueta.
- Evite la sauna y rayos uva.
- Cuando utilice el secador, proteja hombros y brazos de la acción del calor.
- Protéjase de lugares con altas temperaturas para evitar la sudoración y posible maceración de la piel.
- La caída del pelo debida a los tratamientos también puede afectar a las pestañas y las cejas, si lo desea, puede recomponer la forma de las cejas con un perfilador o bien se las puede tatuar. (31)

- **Vestido y complementos**

No es necesario que cambie su forma de vestir tras la mastectomía. Puede seguir utilizando su vestuario habitual siguiendo unos consejos:

A nivel general se recomienda usar tejidos de algodón y fibras naturales que no dificulten la transpiración, sobre todo en la ropa interior.

- Prescinda de prendas muy ajustadas y aquellas que ejerzan presión.
- Evite tejidos sintéticos, que pueden irritar la piel.
- Utilice sombreros y camisetas ligeras en la exposición solar.
- Evite sortijas, pulseras y otros complementos en el brazo y mano de la intervención.
- Utilice un sujetador preferiblemente sin aros y de tirantes anchos (tipo deportivo), sin blondas, lacitos y accesorios metálicos.
- Lleve el bolso en el brazo no afectado.
- Es posible que tras la mastectomía precise otros tratamientos en los que se le caiga el pelo. ⁽³²⁾

- **Alimentación**

Toda mujer tras un cáncer de mama ha de prestar especial atención a su alimentación, mantener una dieta sana y equilibrada y evitar el

sobrepeso. Beber agua abundantemente a lo largo de todo el día es fundamental en la dieta de la paciente de cáncer de mama, ya que los distintos tratamientos podrían provocar una situación de deshidratación.

En cuanto a los alimentos ingeridos, no tienen por qué ser especiales ni distintos a los que tomase antes de la operación, mientras formen parte de una alimentación equilibrada rica en frutas, verduras y pescado.

Entre los alimentos especialmente recomendados están verduras cocidas, legumbres, cereales, frutas, productos lácteos (para prevenir la descalcificación ósea) y fibra. Los alimentos de los que no hay que abusar son los frutos secos (producen estreñimiento), la sal y las grasas (favorecen el aumento de peso).⁽³³⁾

Los tratamientos sistémicos frente a la enfermedad (quimioterapia y hormonoterapia) provocan efectos perniciosos a nivel muscular (pérdida de masa muscular) y ósteoarticular (osteoporosis, dolores articulares). Un ejercicio físico aeróbico y continuado permite revertir en gran medida estas toxicidades. Lo ideal es seguir una dieta equilibrada en la que no existe ninguna restricción, manteniendo su peso.

A nivel general:

- Debe seguir una dieta equilibrada. No debe saltarse ninguna comida.
- Es aconsejado ingerir verduras frescas y cocinadas, productos lácteos, alimentos con fibra y fruta fresca.
- Beber abundante agua.
- Se aconseja no abusar de los alimentos ricos en grasas que favorezcan el sobrepeso.

- En caso de engordar realizar dieta y/o ejercicio.
- Reducir el consumo de sal y de café, ya que ambos favorecen la formación de edemas.
- Evitar el consumo de salazones y ahumados.
- Evitar el consumo de alcohol.
- Sustituya el alcohol por zumos de fruta naturales e infusiones calientes o frescas.

En caso de pérdida del apetito, se deben estimular conductas como:

- Comer en compañía.
- Realizar ejercicio físico.
- Comer cuando se tenga apetito aunque sea fuera del horario convencional.
- Comer purés y zumos en los que combinemos diferentes alimentos y resulten fáciles de ingerir, etc.

- **Actividades de la vida diaria. Trabajo**

Dependiendo del diagnóstico, el tratamiento, los efectos secundarios, la etapa de la enfermedad y del tipo de trabajo al que se dedique, existe la posibilidad de continuar trabajando si el médico lo considera conveniente. A muchas pacientes seguir vinculadas al trabajo les ayuda a seguir adelante. Esto es más fácil de hacer en el caso de mujeres con profesiones liberales, empresarias o autónomas, y cuando se goza de horarios flexibles.

Si es trabajadora por cuenta ajena, hable con su jefe acerca de su situación, se puede llegar a un acuerdo para reducir la jornada o trabajar desde casa. Aunque no son la mayoría, algunas pacientes eligen la opción de no interrumpir por completo su actividad laboral durante el tratamiento, aunque sí disminuyen el ritmo y la cantidad de

trabajo en función de cómo se sienten y de la evolución del tratamiento. No obstante, recuerde que tiene derecho a continuar de baja laboral hasta que el médico lo considere.

Se aconseja que las actividades cotidianas se realicen gradualmente intercalando periodos de descanso. Los primeros días tras la intervención es normal que precise ayuda para vestirse y hacer las tareas cotidianas. Solicite la ayuda de su familia hasta poder hacerlas por si sola. Al realizar las actividades de la vida diaria hay que tener en cuenta las siguientes recomendaciones para evitar posibles complicaciones en el brazo afecto:

- No coger peso y evitar la tensión en esa extremidad.
- No usar sustancias tóxicas sin llevar guantes.
- Precaución con la plancha y en la cocina.
- Precaución con utensilios cortantes o punzantes.
- Evitar arañazos o mordeduras.
- Al freír alimentos, evitar llevar sin cubrir el lado afectado.
- Manipular hornos y objetos calientes siempre con manoplas. Especial cuidado al planchar.
- Evitar el agua muy caliente al lavar o fregar.
- Evitar las picaduras de insectos (en vacaciones evitar regiones infectadas de insectos y utilizar repelentes).
- Especial cuidado con los arañazos de gato.

A nivel de trabajo fuera de casa durante el periodo de tratamiento es habitual que permanezca de baja laboral un periodo aproximado de 6-12 meses. Normalmente, se pondrá incorporar a su trabajo pasado este tiempo y llevar una vida normal. En aquellos puestos de trabajo que precisen esfuerzos incompatibles con el grado de funcionalidad

postquirúrgico, se intentará negociar con la empresa una reubicación.

(34)

- **Deportes y ocio**

La realización de ejercicio físico progresivo y controlado provoca un efecto positivo, ya que aumenta la fuerza, mejora el movimiento del brazo, disminuye el dolor y la rigidez del hombro y a nivel general previene la osteoporosis y mejora el sistema cardiovascular. Todo ello hace que la mujer se sienta mejor y favorece la reincorporación a las actividades de la vida diaria. Asimismo, el hecho de no mover ni estirar el brazo para evitar el dolor puede propiciar contracturas musculares que perpetuarán el dolor y falta de movilidad.

El ejercicio físico tiene un papel crucial en la prevención y paliación de las consecuencias físicas de la mastectomía, en especial del linfedema. Es importante, pero debe evitar sobreesfuerzos y aquellos deportes en que se empleen excesivamente los brazos. Es imprescindible seguir las pautas del fisioterapeuta, éste le indicará los ejercicios que debe realizar, cómo hacerlos y la intensidad de los mismos. Progresivamente, se irán introduciendo un mayor número de movimientos, que deberá llevar a cabo con suavidad y de forma repetitiva, y que le ayudarán a recobrar la movilidad del brazo y del hombro.

- **El cuidado de la imagen exterior**

La mastectomía, la quimioterapia y la radioterapia pueden tener consecuencias indeseadas para la imagen exterior: cicatrices, pérdida de la mama, pérdida del cabello, alteraciones en la piel, aumento o

disminución de peso. Algunos cambios serán temporales y desaparecerán tras los tratamientos, otros serán permanentes. Cuidado de la piel, pelo y uñas antes, durante y después del tratamiento. La hidratación es una de las claves para una piel sana. El cuidado de la imagen exterior y el estar a gusto consigo misma favorece que la mujer mastectomizada mejore su estado de ánimo, lo que es importante para la recuperación total de la enfermedad.

Puede encontrar ayuda en un psicólogo especializado, que le orientará para que pueda ir aceptando los cambios en su imagen y que estos no dañen su autoestima.

- **Relaciones personales y familiares**

Tras una mastectomía, el temor, la ansiedad y la depresión pueden provocar una alteración en las relaciones de pareja, personales y familiares. Por ello le ofrecemos una serie de sencillas recomendaciones que le ayuden a llevar la situación:

- Es muy importante la comunicación sincera de los sentimientos y las preocupaciones. Haga partícipe a su pareja de todo aquello que le preocupa, así le ayudará a entender y manejar mejor la nueva situación.
- Sus relaciones de pareja no tienen por qué verse alteradas, usted y su pareja siguen siendo las mismas personas.
- Mujeres como usted, que han pasado por la misma situación pueden ayudarle a través de asociaciones y

grupos de autoayuda. También existen profesionales especializados en este tema a los que puede acudir si lo desea.

- Tiene que ser honesta, clara y directa con su familia y allegados al expresar tus sentimientos y necesidades sobre tu enfermedad, así ellos tendrán una idea más clara de cómo pueden ayudarle.
- No piense que los demás saben lo que necesita, o lo que es más adecuado para usted, no todo el mundo se maneja de la misma forma, tiene que entender que ellos están muy preocupados y también lo están pasando mal.
- Es importante encontrar en la familia el apoyo que seguramente necesita, le ayudará a sentirse mejor.⁽³⁴⁾

Si tiene hijos, es muy importante comunicarse con ellos. La información debe ser clara y adecuada para su edad. Hablar de la enfermedad sin dramatizar, de forma sencilla y positiva, facilitará al niño preguntar y expresar sus sentimientos. Con frecuencia, tendemos a ocultarles la enfermedad con el fin de protegerles del dolor y del sufrimiento, los aislamos y los apartamos del problema. Esto es un error, ya que los niños perciben los problemas cuando los hay, no son tontos sólo pequeños. El no hablar abiertamente con el niño de la enfermedad, le creará miedos e incertidumbre, e incluso sentimiento de culpa.⁽³⁵⁾

- **El apoyo psicológico como ayuda para la recuperación**

La atención psicológica es útil para superar el trauma producido por la intervención quirúrgica y por la propia enfermedad. Los psicólogos

especializados asesoran y ayudan a afrontar la enfermedad, a comunicarse mejor con los seres queridos, a manejar las reacciones emocionales... La terapia psicológica puede ser útil tanto para la mujer afectada como para sus familiares.

Las asociaciones de mujeres mastectomizadas también tienen un importante papel a la hora de facilitar la recuperación de las pacientes, ya que:

- Ofrecen información y asesoramiento acerca de cómo acceder a recursos públicos y privados, ayudas económicas (subvenciones para las prótesis), servicios (como fisioterapia), cursos, charlas, orientación para la búsqueda de empleo, etc.
- Pueden proporcionar apoyo psicológico (manejo del estrés, mejora del estado de ánimo, la autoestima, la sexualidad y la imagen corporal).
- Pueden ponerle en contacto con un grupo de apoyo. Nadie podrá entenderle mejor que una persona que haya pasado por una experiencia similar. Conversar con mujeres que hayan pasado por una mastectomía ayudará a otras mujeres que acaban de ser diagnosticadas, ofreciéndole un modelo de hacer frente a la enfermedad.

(36)

REHABILITACIÓN EN PACIENTES MASTECTOMIZADAS

Tras una mastectomía es frecuente y normal que aparezcan molestias en el hombro afecto por la cirugía, así como en cuello y la zona cervical. Además el dolor a la movilidad va a favorecer la atrofia de los músculos de la región así como una reducción de la movilidad de la articulación. Esta reducción de la movilidad puede provocar con el tiempo un deficiente vaciado del sistema linfático, más aún si en su caso se ha retirado parte del sistema linfático del brazo. Esto puede dar lugar a la aparición de uno de los posibles problemas secundarios como linfedema.

Es por ello que todas las mujeres intervenidas deben realizar un plan de ejercicios sencillo y continuados en el tiempo a fin de recupere la máxima movilidad del brazo afecto, así como la elasticidad de la piel de la zona, lo que va a mejorar su actividad cotidiana y servirá de prevención en la aparición del linfedema. Estos ejercicios deberán realizarse de forma temprana, entre las 24-48 horas tras la intervención, siguiendo recomendaciones del personal sanitario. A continuación los ejercicios encaminados a que recupere la máxima movilidad de su brazo, son:

- Empiece de forma suave, haciendo solamente 3- 5 repeticiones, para no agotarse y vaya aumentando el número hasta 10-12 según gane movilidad y confianza.
- Repita la tabla de ejercicios de 3 a 4 veces al día, para que estos se conviertan en una rutina.

El límite del movimiento lo pone usted, no debe tener molestias, si aparece dolor pare. Con el paso de los días y realización de ejercicios las molestias disminuirán y podrá ir aumentando el movimiento. ⁽³⁷⁾

Objetivo de los ejercicios físicos

Para que la recuperación tras la intervención se desarrolle con éxito, hay que tener en cuenta una serie de consideraciones prácticas en la vida diaria. Con la realización de los ejercicios físicos que posteriormente se expondrán, se pretende conseguir recuperar la elasticidad para el correcto movimiento de la región del hombro, adoptar una postura corporal correcta y sentirse mejor en general.

Recomendaciones para realizar los ejercicios físicos

- No realice movimientos bruscos.
- Todos los ejercicios deberán repetirse dos o tres veces al día, haciendo cada uno de ellos de 5 a 8 veces.
- Es importante descansar entre ejercicios.
- Se deben hacer con el vendaje o manguito puesto, si lo lleva.
- Acompañe todos los ejercicios con una respiración suave, tomando el aire por la nariz y expulsándolo por la boca.
- Muchas personas sienten una sensación de calor, cosquilleo, adormecimiento o dolor en la cara interna del brazo o en las paredes del tórax. Esto es debido a que la cirugía puede irritar algunos nervios. A veces el frotar o acariciar suavemente con su mano o con un paño suave puede ayudar a que el área sea menos sensible.

Haga los ejercicios hasta que sienta estiramiento. Trate de mantener cada estiramiento y cuente lentamente hasta cinco. Es normal sentir el estiramiento de la piel y los músculos que se han encogido debido a la

cirugía. A medida que realiza los ejercicios no debe sentir dolor sino sólo un leve estiramiento. ⁽³⁸⁾

EJERCICIOS DE REHABILITACIÓN EN EL HOSPITAL

Ejercicio 1

- a) Suba el brazo afectado intentando tocarse la cabeza. Realice el movimiento de peinarse, manteniendo la cabeza derecha.

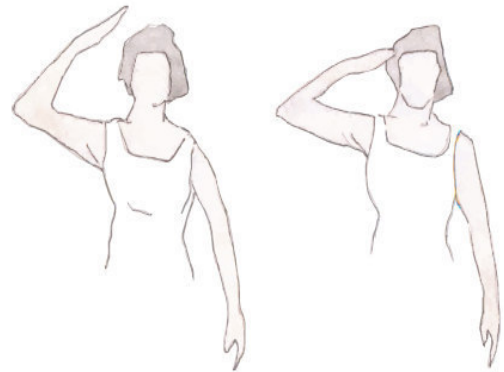


Figura 8.- Tocarse la cabeza

Ejercicio 2

- a) Cuando la enfermera se lo indique, apoye las palmas y antebrazos sobre la pared en ángulo recto. Con los dedos del lado afectado, trepe lentamente por la pared sin separar el codo de la misma, intentando llegar cada vez más alto.
- b) Al principio se repetirá 3 ó 4 veces hasta llegar a 10.

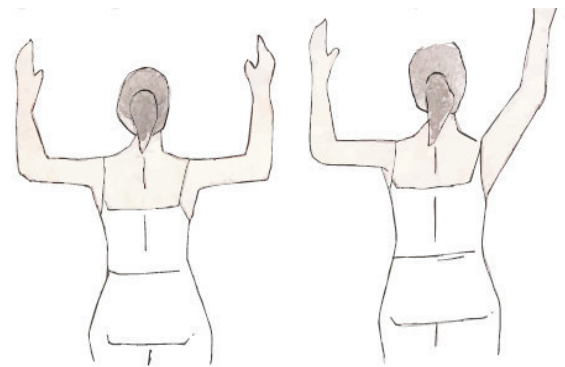


Figura 9.- Apoyarse en la pared

Ejercicio 3

- a) Extienda los brazos a la altura de los hombros. Gírelos 10 veces hacia atrás, según figura.

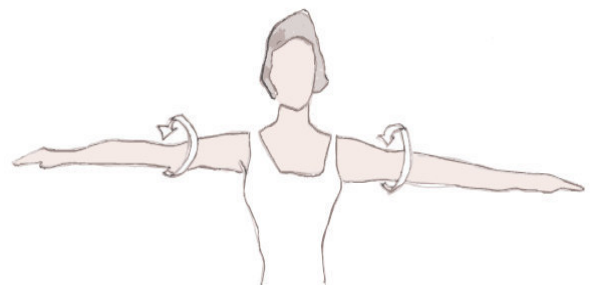


Figura 10.- Brazos estirados

- b) Gire los brazos ahora en sentido contrario, hacia adelante otras 10 veces. Si es necesario descanse y coordine la respiración cogiendo aire por la nariz y expulsándolo por la boca.

Ejercicio 4

- a) Antebrazos elevados a la altura del pecho, en ángulo recto. Presione las palmas de las manos.
- b) Deje de presionar las palmas de las manos.
- c) Repita 10 veces.



Figura 11.- Presione palmaS de las manos

Ejercicio 5

- a) Haciendo ángulo recto, doblando el codo y las manos extendidas hacia abajo, simule fregar cristales.
- b) Eleve los brazos y haga lo mismo por encima de la cabeza.
- c) Repita 10 veces.

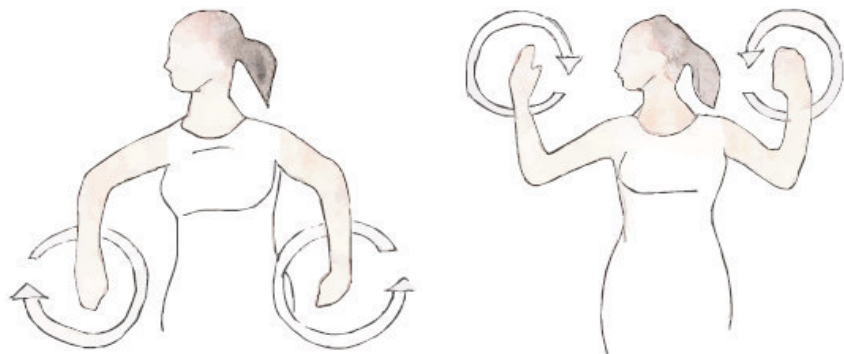


Figura 12.- Fregar cristales

EJERCICIOS DE REHABILITACIÓN EN CASA

EJERCICIOS DE REHABILITACIÓN ACOSTADA: En la cama o suelo, con las rodillas y caderas dobladas y los pies planos tocando el suelo

Ejercicio 1

- Sostenga la vara con ambas manos (las palmas hacia arriba).
- Levántela sobre su cabeza hasta donde pueda. Use el brazo sano afectado para ayudar a levantarla hasta sentir un estiramiento en su brazo afectado.
- Mantenga cinco segundos.
- Baje los brazos y repita.



Figura 13.- Palmas arriba

Ejercicio 2

- Una las manos detrás del cuello, con los codos hacia el techo.
- Separe y muévalos hacia la cama o suelo, mantenga cinco segundos, descanse y repita.



Figura 14.- Manos detrás del cuello

EJERCICIOS DE REHABILITACIÓN SENTADA: Siéntese con la espalda recta y los pies bien apoyados en el suelo.

Ejercicio 3

- a) Apóyese en el respaldo muy cerca de una mesa; coloque el brazo que no está afectado sobre la misma y doble el codo con la palma de la mano hacia abajo (no mueva este brazo).



Figura 15.-Apoyada en una mesa

- b) Coloque el brazo afectado, totalmente estirado sobre la mesa, con la palma de la mano hacia abajo. Sin mover el cuerpo, deslice este brazo adelante (sentirá el movimiento del omóplato). Descanse el brazo y repita. ⁽³⁹⁾

Ejercicio 4

Siéntese en una silla sin apoyarse en el respaldo. Sus brazos deben estar hacia los lados con los codos doblados.

Trate de unir los omóplatos moviendo los codos hacia atrás manteniéndolos alineados, sin subirlos hacia las orejas. Mantenga cinco segundos. Vuelva a la posición inicial y repita.

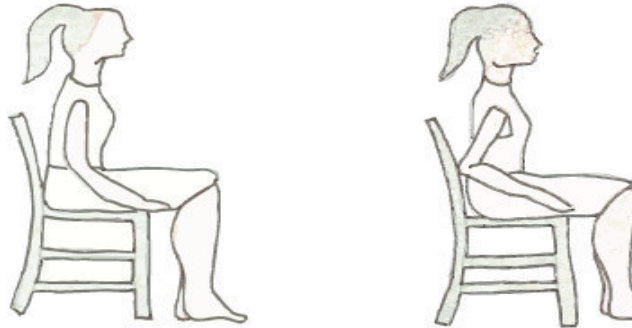


Figura 16.- Sentada en una silla

Ejercicio 5

Siéntese en una silla, frente a un espejo.

- a) Eleve el brazo del lado afectado sobre la cabeza intentando tocar la oreja contraria. Mantenga en todo momento la cabeza alineada sin inclinarla. Vuelva a la posición inicial y repita. ⁽⁴⁰⁾



Figura 17.- Sentada frente al espejo

Ejercicio 6

- a) Coja una cuerda de aproximadamente dos metros y pásela por encima de una puerta. Siéntese y coja los extremos de la cuerda, uno con cada mano.
- b) Tire de ella con la mano derecha y la mano izquierda alternativamente, manteniendo cinco segundos.



Empiece a tirar con el brazo no afectado.

Figura 18.- Pasar la cuerda por encima de la puerta

EJERCICIOS DE REHABILITACIÓN DE PIE

Ejercicio 7

- a) Mirando hacia la esquina de la pared y con los pies aproximadamente a dos palmos de ella, doble los codos y coloque los antebrazos en la pared, uno en cada lado. Eleve los codos lo más que pueda a la altura de los hombros.
- b) Mantenga los brazos y los pies en la misma posición y acerque el tórax hacia la esquina. Vuelva a la posición inicial y repita.



Figura 19.- En la esquina de la pared

Ejercicio 8

- a) Póngase de frente a la pared, con los pies aproximadamente a dos palmos de ella.
- b) Coloque las manos en la pared y trate de subir lo máximo que pueda, manteniendo cinco segundos. Vuelva a la posición inicial y repita.

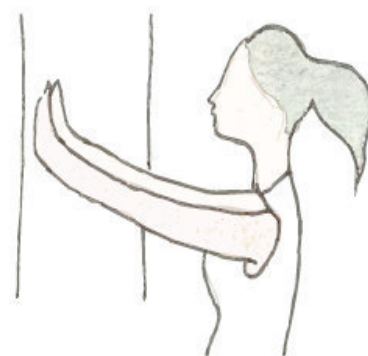


Figura 20.- Sosteniendo la pared

Ejercicio 9

- a) Póngase de lado a la pared, con los pies aproximadamente a dos palmos de ella.
- b) Coloque las manos en la pared y trate de subir lo máximo que pueda cinco segundos. Vuelva a la posición inicial y repita.

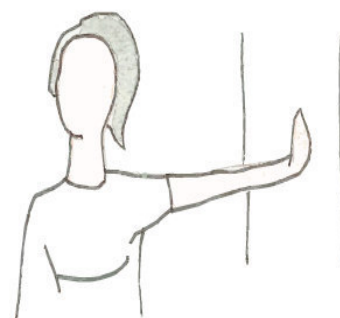


Figura 21.- Con una mano en la pared

Ejercicio 10

- a) De pie con las piernas separadas y los brazos extendidos al frente, tome un bastón o palo de escoba.
- b) Levántelo con los codos rectos por encima de la cabeza. Baje el bastón hasta ponerlo detrás de la cabeza. Mantenga cinco segundos. Vuelva a la posición inicial y repita.

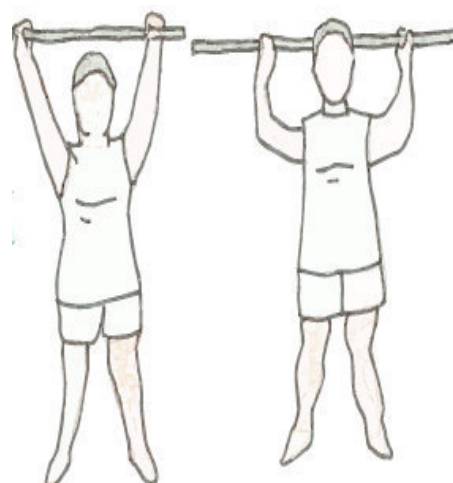


Figura 22.- Sosteniendo un bastón

Ejercicio 11

- De pie con los brazos extendidos, coja un bastón por detrás de la espalda.
- Levántelo hasta notar estiramiento y manténgalo cinco segundos. Vuelva a la posición inicial y repita.

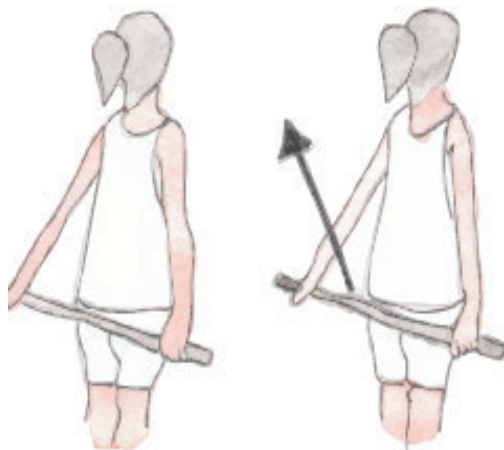


Figura 23.- Bastón detrás de la espalda

Ejercicio 12

- De pie con los brazos extendidos, coja un bastón por los extremos, elevándolo hacia el lado.
- Empújelo con el lado sano y mantenga cinco segundos. Vuelva a la posición inicial y repita.

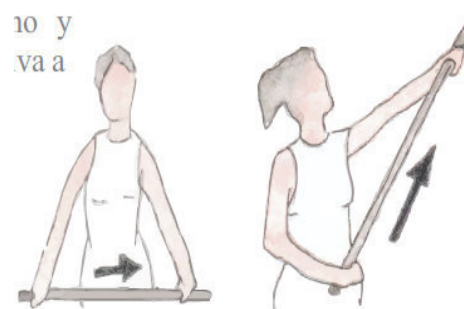


Figura 24.- Coger el bastón por los extremos

Ejercicio 13

- De pie con los codos a 90° y pegados al costado, coja un bastón.
- Muévalo hacia un lado hasta notar estiramiento; mantenga cinco segundos sin separar los codos del costado. Vuelva a la posición inicial y repita alternando.

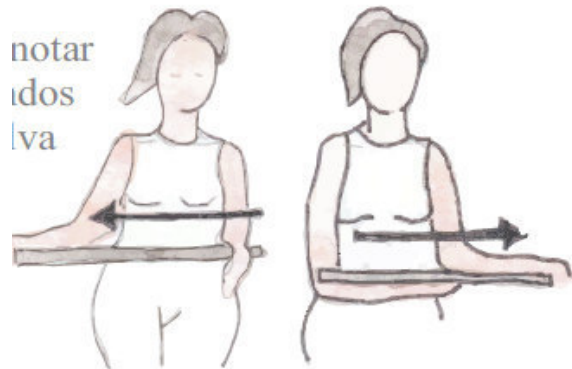


Figura 25.-Con los codos en 90°

Ejercicio 14

- De pie coja una toalla por detrás de la espalda.
- Tire de ella con un brazo por encima de la cabeza, mientras que el otro se eleva simultáneamente por la espalda. Mantenga cinco segundos. Vuelva a la posición inicial y repita alternando.

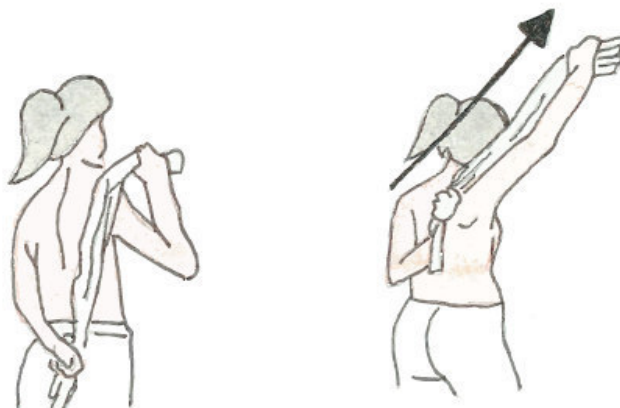


Figura 26.-Con una toalla detrás de la espalda

TEORÍA DEL AUTOCUIDADO DE DOROTHEA OREM

Dorothea Orem, enfermera creadora de esta teoría, la presentó por primera vez en la década de los cincuenta y se publicó en 1972. La define como déficit de autocuidado, compuesta por tres teorías relacionadas:

- **El autocuidado:** Consiste en la práctica de actividades que las personas maduras o que están madurando, inician y llevan a cabo en determinados periodos de tiempo, por sus propios medio el interés de mantener un funcionamiento sano, y continuar con el desarrollo del bienestar personal.
- **El déficit de autocuidado:** Se da cuando la relación entre las propiedades humanas de necesidad terapéutica y la capacidad de autocuidado desarrollada no son operativas o adecuadas para conocer y cubrir algunos o todos los componentes de la necesidad terapéutica de autocuidado.
- **Sistemas de enfermería:** Son las acciones que realiza la enfermera de acuerdo con las necesidades terapéuticas de autocuidado de sus pacientes para proteger y regular el ejercicio de la actividad de autocuidado de los mismos.

El autocuidado podría considerarse como la capacidad de un individuo para realizar todas las actividades necesarias para vivir y sobrevivir con bienestar. Esta autora considera el concepto “auto” como la totalidad de un individuo, donde no sólo incluye sus necesidades físicas, sino también las necesidades psicológicas y espirituales, y el concepto “cuidado” como la totalidad de actividades que un individuo inicia para mantener la vida y desarrollarse de una forma que sea normal para él.

(41)

Las capacidades de autocuidado están influenciadas por la cultura, el grupo social en el que está inserta la persona, el conocimiento de habilidades de autocuidado y el repertorio para mantenerlas, así como por la capacidad para hacer frente a las dificultades con las que se encuentra a lo largo de su historia.

En las variadas aplicaciones prácticas de esta teoría, entre las que se destaca el área de la promoción y el cuidado de la salud, está la oncología, donde la enfermera realiza actividades educativas para mantener el autocuidado del paciente después de haberse mastectomizado. Aquí el sistema de enfermería apoya al paciente oncológico, y opera brindando cuidados a pacientes cuando éstos pierden transitoriamente la capacidad física, psicológica y espiritual de autocuidarse. Esta teoría aporta la enseñanza sobre estilos de vida saludable y ejercicios físicos de rehabilitación de la paciente mastectomizada buscando conductas de independencia, bienestar y mejor calidad de vida.

Sin embargo, hasta aproximadamente el año 1990 se creía firmemente en que el ejercicio físico era contraindicado en pacientes mastectomizadas, y en los últimos años el ejercicio físico se ha destapado como una posible herramienta terapéutica para muchas enfermedades, durante el tratamiento, como post tratamiento. Aportando potenciales beneficios que se derivan de una prescripción adecuada del ejercicio físico con incrementos del rendimiento quirúrgico, reduce las experiencias y sensaciones asociadas a los síntomas, controla los efectos secundarios de la radiación y la quimioterapia, incrementa la salud psicológica, mantiene los niveles de la función física y la competencia motriz, reduce el incremento de grasa y evita la reducción de masa muscular y densidad mineral ósea. ⁽⁴²⁾

2.3. DEFINICIÓN OPERACIONAL DE TÉRMINOS

Conocimiento de las pacientes mastectomizadas sobre la rehabilitación.- Está dado por toda aquella información que refieren poseer las pacientes mastectomizadas sobre los ejercicios de rehabilitación en el miembro superior afectado, en relación a las

generalidades, ejercicios de rehabilitación acostada, sentada y de pie. El cual fue obtenido a través de un cuestionario y valorado en no conoce y conoce.

CAPÍTULO III

METODOLOGÍA

3.1. TIPO Y DISEÑO DE INVESTIGACIÓN

El presente estudio es de tipo cuantitativo, ya que se le asignó un valor numérico a la variable de estudio, nivel aplicativo porque se originó de la realidad para transformarla o modificarla, método descriptivo de corte transversal, ya que nos permitió presentar los hechos tal y como se obtuvieron en un determinado tiempo y espacio.

3.2. LUGAR DE ESTUDIO

El estudio se llevó a cabo en el Servicio de Cirugía del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas (INEN), que se encuentra ubicado en la Av. Angamos Este 2520 Surco, Lima – Perú; en el cual se brinda atención al paciente oncológico; cuenta con 7 pisos de los cuales el 4to. Piso Este es de Cirugía, cuenta con 14 camas para el Departamento de senos y tumores mixtos donde son hospitalizadas las pacientes con diagnóstico de cáncer de mama que serán sometidas a una mastectomía. El horario de atención es durante las 24 horas.

3.3. POBLACIÓN DE ESTUDIO

La población estuvo conformada por las 30 pacientes que fueron sometidas a mastectomía en el Servicio de Cirugía 4to Este del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas durante el mes de marzo y abril del 2014.

3.4. CRITERIOS DE SELECCIÓN

3.4.1. Criterios de inclusión

- Pacientes mastectomizadas del Servicio de Cirugía 4to Este del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas.
- Pacientes intervenidas por primera vez de mastectomía.
- Pacientes post operadas mediatas.
- Pacientes que aceptan participar en el estudio.

3.4.2. Criterios de exclusión

- Pacientes intervenidas quirúrgicamente que no sean de mastectomía (tumorectomía o cuadrantectomía).
- Pacientes quechuahablantes.

3.5. TÉCNICA E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

La técnica fue la encuesta y el instrumento un formulario tipo cuestionario (Anexo B), que constó de; presentación, datos generales, instrucciones y datos específicos. El cual fue sometido a juicio de expertos conformada por enfermeras y especialistas en oncología, el cual fue procesada en la Tabla de Concordancia y Prueba Binomial (Anexo D). Posterior a los reajustes del instrumento el instrumento fue sometido a prueba piloto a fin de determinar la validez del instrumento mediante la Prueba de Correlación de Pearson (Anexo E) y la confiabilidad a través de la Prueba Kuder de Richardson (Anexo F).

3.6. PROCEDIMIENTO PARA EL ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE LA INFORMACIÓN

Para implementar el estudio se realizó el trámite administrativo mediante un oficio dirigido al Director del INEN, a fin de obtener la autorización y facilidades para la realización del estudio. Luego se llevó a cabo la coordinación pertinente con la Enfermera Jefe del Servicio de Cirugía 4to. Este del INEN, para establecer el cronograma de recolección de datos considerando una duración aproximada de 20 a 30 minutos para su aplicación previo consentimiento informado.

Posterior a la recolección de datos, estos fueron procesados a través del paquete estadístico de Excel 2010, previa elaboración de la Tabla de Códigos (Anexo G) y Tabla Matriz de Datos (Anexo H). Los resultados fueron presentados en tablas y/o gráficos estadísticos para su análisis e interpretación considerando el marco teórico.

Para la medición de la variable se utilizó la estadística descriptiva, el promedio aritmético, frecuencia absoluta y porcentajes; valorándose en no conoce y conoce (Anexo I).

3.7. CONSIDERACIONES ÉTICAS

Para ejecutar el estudio se tuvo en cuenta contar con la autorización de la institución, así como el consentimiento informado de los sujetos de estudio, expresándoles que es de carácter anónimo y confidencial (Anexo C).

CAPÍTULO IV

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Luego de recolectados los datos, éstos fueron procesados y presentados en gráficos estadísticos a fin de realizar el análisis e interpretación considerando el marco teórico. Así tenemos que:

4.1. RESULTADOS

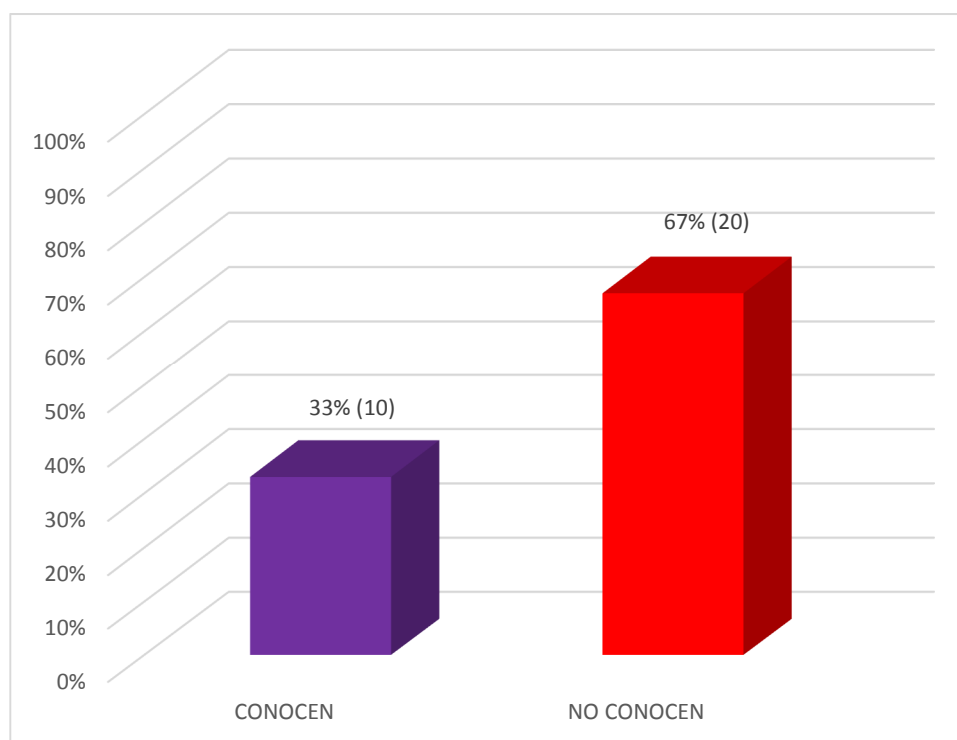
En cuanto a los datos generales de pacientes mastectomizadas; del 100% (30), 63% (19) tienen entre 40 a 59 años, 23% (07) de 20 a 39 años y 14% (04) de 60 a más años; 47% (14) tienen educación superior técnica, 30% (09) secundaria, 20% (06) superior universitaria y 3% (01) primaria; 43% (13) son casados, 20% (06) convivientes, 20% (06) viudas y 17% (05) solteras; 47% (14) son empleadas, 40% (12) amas de casa, 10% (03) jubiladas y 3% (01) no trabajan (Anexo L).

Por lo tanto, se concluye que la mayoría de las pacientes mastectomizadas; son adultas maduras ya que tienen entre 40 a 60 años a más, tienen educación superior técnica y secundaria; son casada, viudas y convivientes; y son amas de casa y empleadas.

Respecto al conocimiento de las pacientes mastectomizadas sobre rehabilitación en el Servicio de Cirugía en el Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas, del 100% (30), 67% (20) no conocen y 33% (10) conocen. (Gráfico N° 1, Anexo K). Los aspectos que conocen está dado porque 40% (12) refieren que la rehabilitación consiste en realizar ejercicios físicos para prevenir linfedema, 50% (15)

GRAFICO N° 1

CONOCIMIENTO DE LA PACIENTE MASTECTOMIZADA SOBRE REHABILITACIÓN EN EL SERVICIO DE CIRUGÍA EN EL INSTITUTO NACIONAL DE ENFERMEDADES NEOPLÁSICAS 2014 LIMA – PERU 2016

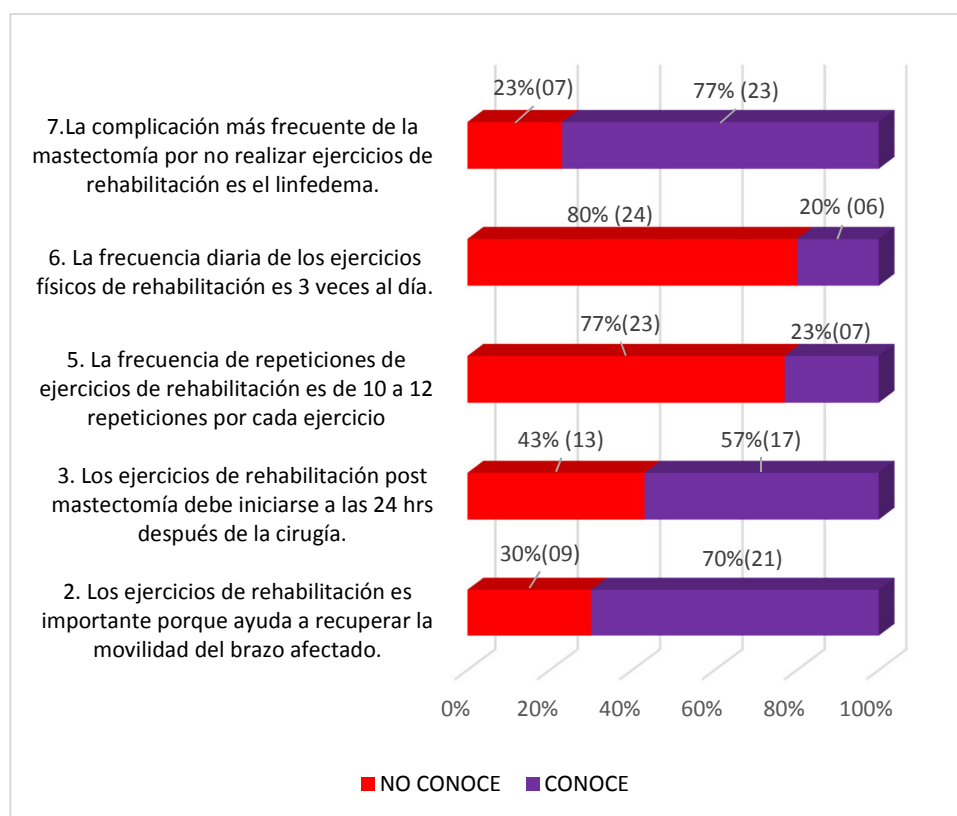


Fuente: Instrumento aplicado a pacientes mastectomizadas en el servicio de cirugía INEN 2014

que el ejercicio de rehabilitación acostada debe realizarse en el suelo, 57% (17) que el ejercicio físico apoyado en una mesa consiste en sin mover el cuerpo deslizar el brazo afectado en mesa hacia adelante, 47% (14) que el ejercicio físico con el bastón o palo de escoba es levantar por encima de la cabeza y ponerlo detrás de la cabeza; mientras que los ítems que no conocen 77% (23) manifiestan que los ejercicios de rehabilitación debe realizarse en forma suave, lenta y

GRAFICO N° 2

CONOCIMIENTO DE LA PACIENTE MASTECTOMIZADA SOBRE GENERALIDADES DE LOS EJERCICIOS DE REHABILITACIÓN SEGÚN ITEMS EN EL SERVICIO DE CIRUGÍA EN EL INSTITUTO NACIONAL DE ENFERMEDADES NEOPLÁSICAS 2014 LIMA – PERU 2016

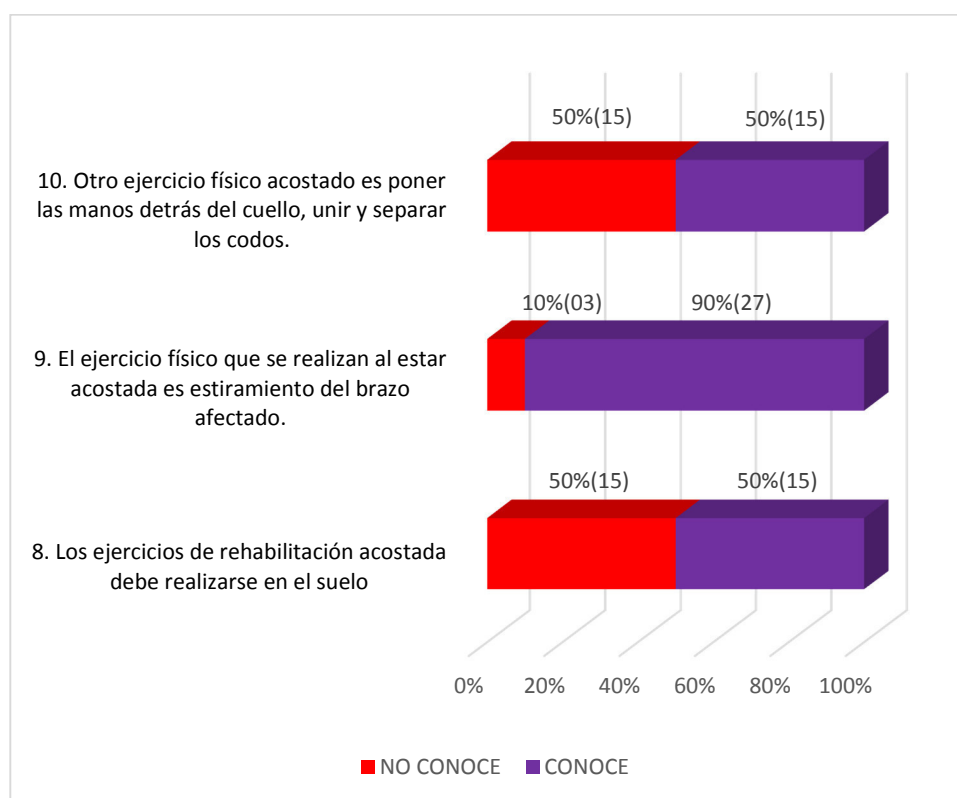


Fuente: Instrumento aplicado a pacientes mastectomizadas en el servicio de cirugía INEN 2014

progresiva, 50% (15) que otro ejercicio físico acostado es poner las manos detrás del cuello, unir y separar los codos, 50% (15) el ejercicio físico sentado usando los codos es apoyado al respaldo de la silla unir los codos lo más que pueda, y 57% (17) que el ejercicio con bastón con las manos en extremos detrás de la espalda es levantar el bastón o palo por detrás hasta sentir estiramiento (Anexo M).

GRAFICO N° 3

CONOCIMIENTO DE LA PACIENTE MASTECTOMIZADA SOBRE LOS EJERCICIOS DE REHABILITACIÓN ACOSTADA SEGÚN ITEMS EN EL SERVICIO DE CIRUGÍA EN EL INSTITUTO NACIONAL DE ENFERMEDADES NEOPLÁSICAS 2014 LIMA – PERU 2016



Fuente: Instrumento aplicado a pacientes mastectomizadas en el servicio de cirugía INEN 2014

En cuanto al conocimiento de la paciente mastectomizada sobre generalidades de los ejercicios de rehabilitación según ítems en el servicio de cirugía tenemos que del 100% (30), 67% (20) no conocen y 33% (10) conocen (Anexo K). Los ítems que conocen 77% (23) refieren que la complicación más frecuente de la mastectomía por no realizar ejercicios de rehabilitación es el linfedema, 70% (21) los ejercicios de

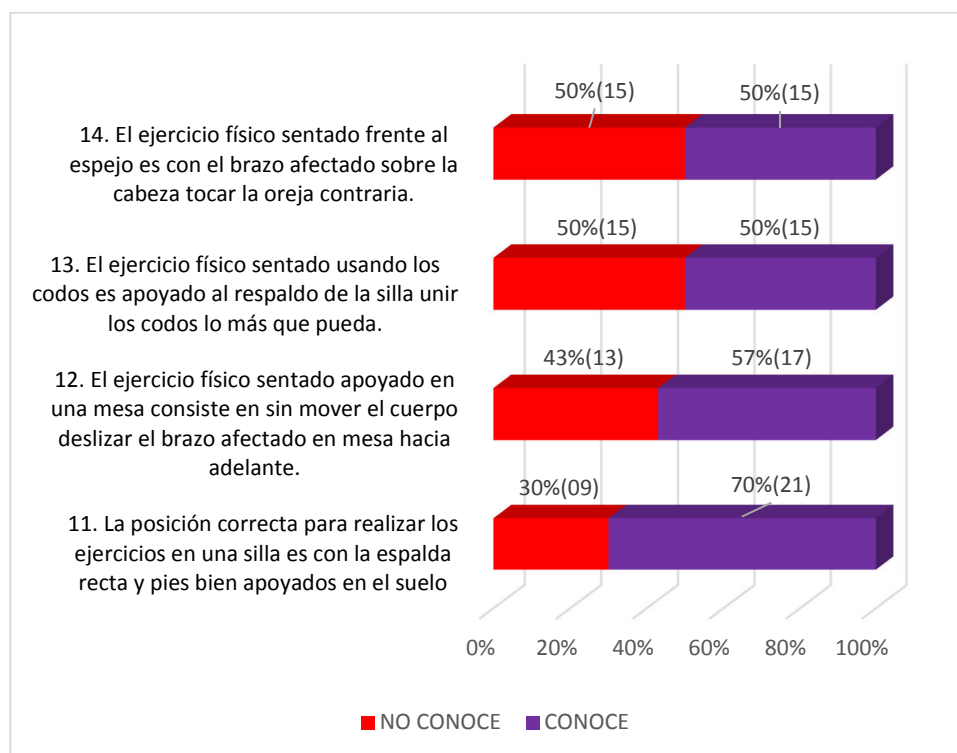
rehabilitación es importante porque ayuda a recuperar la movilidad del brazo afectado y 57% (17) los ejercicios de rehabilitación post mastectomía debe iniciarse a las 24 horas después de la cirugía; los ítems que no conocen 80% (24) manifiestan que la frecuencia diaria de los ejercicios físicos de rehabilitación es 3 veces al día y 77% (23) que la frecuencia de repeticiones de ejercicios de rehabilitación es de 10 a 12 repeticiones por cada ejercicio (Grafico N° 2, Anexo M).

Acerca del conocimiento de la paciente mastectomizada sobre la rehabilitación acostado según ítems en el servicio de cirugía tenemos que del 100% (30), 60% (18) no conocen y 40% (12) conocen (Anexo K). Los ítems que conocen 90% (27) expresan que el ejercicio físico que se realizan al estar acostada es estiramiento del brazo afectado, mientras que los ítems que no conocen 50% (15) refieren que otro ejercicio físico acostado es poner las manos detrás del cuello, unir y separar los codos, y 50% (15) los ejercicios de rehabilitación acostada debe realizarse en el suelo. (Grafico N° 3, Anexo M).

Sobre los conocimientos de la paciente mastectomizada sobre la rehabilitación sentado según ítems en el servicio de cirugía tenemos que del 100% (30), 63% (19) no conocen y 37% (11) conocen (Anexo K). Los ítems que conocen 70% (21) están dados por la posición correcta para realizar ejercicios en una silla es con la espalda recta y pies bien apoyados en el suelo, y 57% (17) que el ejercicio físico sentado apoyado en una mesa consiste en sin mover el cuerpo deslizar el brazo afectado en mesa hacia adelante; sin embargo los ítems que no conocen 50% (15) manifiestan que el ejercicio físico sentado frente al espejo es con el brazo afectado sobre la cabeza tocar la oreja contraria y 50% (15) que el ejercicio físico sentado usando los codos es

GRAFICO N° 4

CONOCIMIENTO DE LA PACIENTE MASTECTOMIZADA SOBRE LOS EJERCICIOS DE REHABILITACIÓN SENTADA SEGÚN ÍTEMS EN EL SERVICIO DE CIRUGÍA EN EL INSTITUTO NACIONAL DE ENFERMEDADES NEOPLÁSICAS 2014 LIMA – PERU 2016



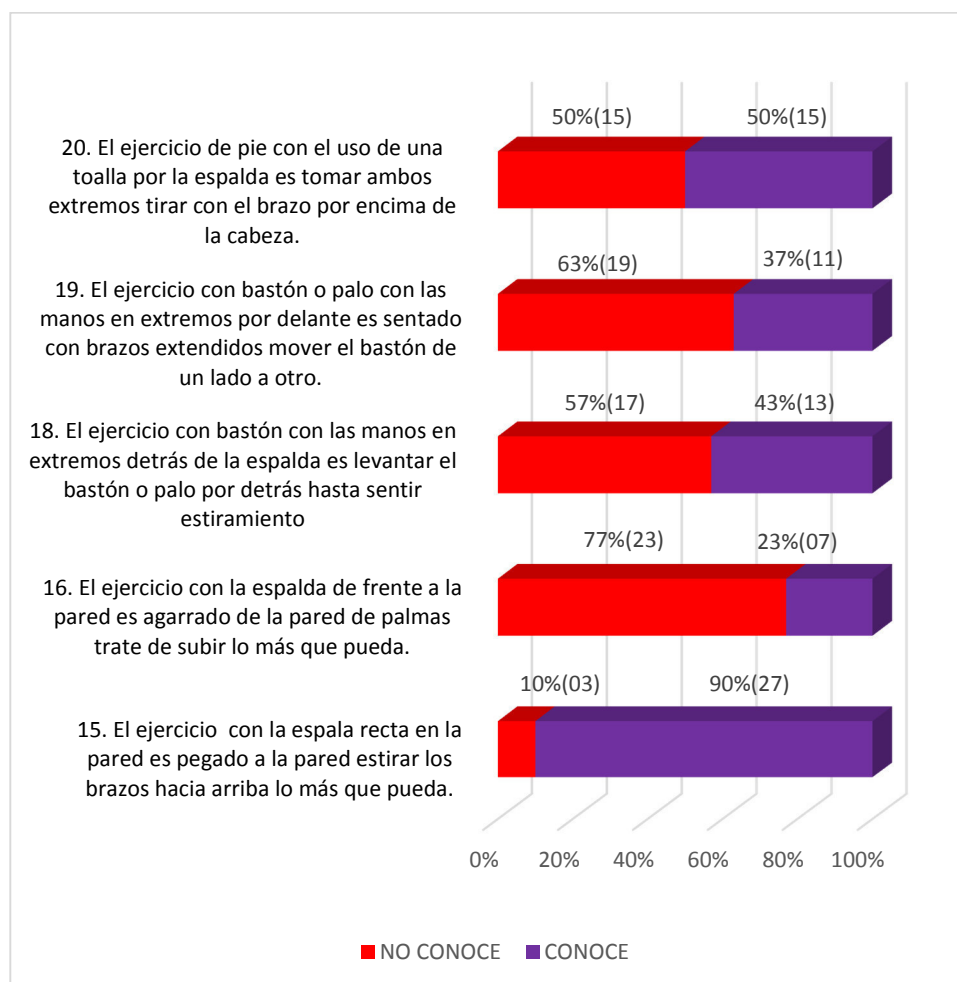
Fuente: Instrumento aplicado a pacientes mastectomizadas en el servicio de cirugía INEN 2014

apoyado al respaldo de la silla unir los codos lo más que pueda. (Anexo M).

Respecto el conocimiento de la paciente mastectomizada sobre la rehabilitación de pie según ítems en el servicio de cirugía tenemos que del 100% (30), 77% (23) no conocen y 23% (07) conocen (Anexo K).

GRAFICO N° 5

CONOCIMIENTO DE LA PACIENTE MASTECTOMIZADA SOBRE LOS EJERCICIOS DE REHABILITACIÓN DE PIE SEGÚN ÍTEMS EN EL SERVICIO DE CIRUGÍA EN EL INSTITUTO NACIONAL DE ENFERMEDADES NEOPLÁSICAS 2014 LIMA – PERU 2016



Fuente: Instrumento aplicado a pacientes mastectomizadas en el servicio de cirugía INEN 2014

Los ítems que conocen 90% (27) refieren que el ejercicio con la espalda recta en la pared es pegado a la pared esturar los brazos hacia arriba lo más que pueda, y 50% (15) que el ejercicio de pie con el uso

de una toalla por la espalda es tomar ambos extremos tirar con el brazo por encima de la cabeza; sin embargo los ítems que no conocen 77% (23) está dado porque el ejercicio con la espalda de frente a la pared es agarrado de la pared de palmas trate de subir lo más que pueda, 63% (19) que el ejercicio con bastón o palo con las manos en extremos por delante es sentado con brazos extendidos mover el bastón de un lado a otro y 57% (17) el ejercicio con bastón con las manos en extremos detrás de la espalda es levantar el bastón o palo por detrás hasta sentir estiramiento. (Grafico N° 5, Anexo M).

4.2. DISCUSIÓN

El cáncer de mama es una enfermedad que provoca que las células que se encuentran dentro de sus pechos crezcan y se multipliquen con mucha rapidez. Por lo general, las células de los pechos crecen en ciclos controlados y regulares; ello evita que se formen o multipliquen demasiadas células al mismo tiempo, estos ciclos se quiebran y desequilibran, y el crecimiento de las células se vuelve caótico, como consecuencia comienzan a formarse masas de células en el tejido mamario canceroso.

La técnica quirúrgica más frecuente empleada en el cáncer de mama es la Mastectomía.

La mastectomía es un procedimiento quirúrgico utilizado para extraer todo el tejido canceroso presente en el área de sus pechos. La mastectomía también puede llegar a implicar la extirpación de los nódulos linfáticos o los músculos de las paredes del pecho que estuvieran infectados con células cancerígenas

Existen diferentes tipos de mastectomía los más comunes son mastectomía simple o total, mastectomía radical modificada, mastectomía radical, mastectomía parcial, mastectomía subcutánea con preservación de pezón, mastectomía con preservación de la piel.

La mastectomía es una cirugía muy segura donde la mayor parte de las

mujeres se recuperan sin complicaciones. Sin embargo como en cualquier cirugía existen riesgos y/o complicaciones siendo los más comunes: el linfedema, alteración de la sensibilidad de la zona operada, alteración de la movilidad del brazo operado, seroma.

Es por ello que todas las mujeres intervenidas deben realizar un plan de ejercicios sencillo y continuado en el tiempo a fin de recuperar la máxima movilidad del brazo afectado, así como la elasticidad de la piel de la zona , lo que va a mejorar su actividad cotidiana y servirá de prevención de las complicaciones y / o secuelas.

Estos ejercicios deberán realizarse de forma temprana, entre las 24-48 horas tras la intervención, siguiendo recomendaciones del personal profesional capacitado.

Los ejercicios de rehabilitación después de una mastectomía es un paso importante en su recuperación, estos ejercicios pueden ayudar a eliminar la rigidez y dolor que puede sentir en su brazo afectado; evitando sobrecargas y presiones en el brazo. El ejercicio físico tiene un papel crucial en la prevención y paliación de las consecuencias físicas y en especial del linfedema la cual le produce hinchazón, dolor y sensibilidad en el brazo y mano. Por lo que el conocimiento de los ejercicios terapéuticos constituye una de las formas de rehabilitación en las pacientes mastectomizadas, orientados, dirigidos y supervisados por un personal calificado, para ser una costumbre generalizada en la vida cotidiana, para ayudar a incorporar a las pacientes a la vida social lo antes posible con menos costo en los tratamientos.

Al respecto Bascuñana Garrido Blanca; (2008), concluyo en su estudio que *“en términos generales hay un desconocimiento general de la existencia de tratamiento fisioterápico post mastectomía ya que existe poca demanda de profesionales especializados en apoyo a los servicios de atención en mujeres con cáncer de mama”*. Prado

Spinoso María Antonieta; Mamede Vilela Marli; Almeida Ana María; Clapis María José; (2011), en su estudio concluyeron que; *“la importancia del ejercicio físico post-mastectomía está en la prevención de la limitación articular, linfedema, alteraciones posturales, fibrosis muscular o adherencia del tejido del área quirúrgico. El grupo estudiado se dio cuenta de un conjunto de beneficios, y mencionó la falta de ganas como la mayor barrera. El conocimiento sobre la importancia y la necesidad de los ejercicios físicos con la presencia de un profesional y el apoyo de los familiares fueron los incentivos más referidos por las mastectomizadas”*. De igual modo Pereira Mendes A; Da Costa Lindolpho M; Pinto Leite A; (2009), en su estudio concluyeron que *“para las mujeres mastectomizadas, la enfermera deberá tener competencia técnica y comprender el momento vivenciado por ellas. Precisa de una visión amplia para dirigir las a otros profesionales y ser cariñosa. Sobre la actuación profesional de la enfermera ellas relatan que esta profesional aclaró dudas, fue esencial en el pos-operatorio, realizó procedimientos técnicos, de amparo y apoyo emocional”*. Escobar Rodríguez Evelyn Yovana, (2008), en su estudio concluyo que *“la percepción de las pacientes mastectomizadas sobre su imagen corporal es en su mayoría es desfavorable referida en el aspecto físico por no aceptar su nueva apariencia física, sentir que han perdido su lado femenino, no desear ver la zona, en el aspecto psicológico piensan que puede cambiar su relación de pareja, son más reservadas, y en el social por no agradarle recibir visita de amigos, no sentirse preparadas para asistir a actividades sociales. Sin embargo existe un menor porcentaje pero muy significativo que presenta percepción favorable, determinada en el aspecto físico por preocuparse por su arreglo personal, por sentirse atractiva para su pareja, en el aspecto psicológico por aceptar con resignación la pérdida de su seno, no temer que su pareja rechace los efectos físicos, y en el aspecto social*

por no tener problemas de hablar de los resultados de la cirugía, no temor al rechazo de sus amigos". Caballero, concluyo que "el efecto del ejercicio terapéutico evita la limitación articular de hombro, la fibrosis, el dolor, linfedemas e impotencia funcional incorporando a la vida socialmente útil con condiciones máximas estéticas, y mejorando positivamente la esfera psicológica del paciente". En ese sentido los datos obtenidos en el estudio acerca de los conocimientos de la paciente mastectomizada sobre rehabilitación en el servicio de cirugía, nos permite concluir que el mayor porcentaje no conocen que los ejercicios de rehabilitación debe realizarse en forma suave, lenta y progresiva, que el ejercicio físico acostado es poner las manos detrás del cuello, unir y separar los codos, el ejercicio físico sentado es usando los codos apoyando al respaldo de la silla y unir los codos lo más que pueda, y que el ejercicio con bastón con las manos en extremos detrás de la espalda es levantar el bastón o palo por detrás hasta sentir estiramiento; mientras que un menor porcentaje considerable conocen que la rehabilitación consiste en realizar ejercicios físicos para prevenir linfedema, que el ejercicio de rehabilitación acostada debe realizarse en el suelo, que el ejercicio físico apoyado en una mesa consiste en sin mover el cuerpo deslizar el brazo afectado en mesa hacia adelante, y que el ejercicio físico con el bastón o palo de escoba es levantar por encima de la cabeza y ponerlo detrás de la cabeza; lo cual puede conllevar a presentar secuelas físicas de la enfermedad y no prevenir el linfedema, predisponiéndole al riesgo a presentar algunas complicaciones derivadas de la cirugía e inicio tardío de la rehabilitación predisponiéndole a problemas que puede afectar su calidad de vida y desempeño personal, profesional y laboral. Por lo que el profesional de enfermería debe brindar una educación postoperatoria con la práctica de ejercicios en casa como parte de su rutina personal, pues el linfedema puede aparecer incluso

entre 5 a 10 años después de la cirugía.

De acuerdo a las generalidades de los ejercicios de rehabilitación a continuación los ejercicios encaminados a que recupere la máxima movilidad de su brazo, son:

- Empiece de forma suave, haciendo solamente 3- 5 repeticiones, para no agotarse y vaya aumentando el número hasta 10-12 según gane movilidad y confianza.
- Repita la tabla de ejercicios de 3 a 4 veces al día, para que estos se conviertan en una rutina.

El límite del movimiento lo pone usted, no debe tener molestias, si aparece dolor pare. Con el paso de los días y realización de ejercicios las molestias disminuirán y podrá ir aumentando el movimiento.

Para que la recuperación tras la intervención se desarrolle con éxito, hay que tener en cuenta una serie de consideraciones prácticas en la vida diaria. Con la realización de los ejercicios físicos que posteriormente se expondrán, se pretende conseguir recuperar la elasticidad para el correcto movimiento de la región del hombro, adoptar una postura corporal correcta y sentirse mejor en general.

Al respecto Missiaggia Elaine, (2010), concluyó que *“la mastectomía, por ser una experiencia vinculada directamente con el cuerpo vulnera la imagen corporal de la mujer que la sufre, dificultando la integración mental de la misma”*. Ante la pérdida de la mama las mujeres suelen utilizar mecanismos de compensación y negación, con los que intentan disminuir el impacto de pérdida”. Por lo que según los resultados obtenidos en el estudio en torno al conocimiento de la paciente mastectomizada sobre generalidades de los ejercicios de rehabilitación según ítems, el mayor porcentaje no conocen que la frecuencia diaria de los ejercicios físicos de rehabilitación es 3 veces al día y que la frecuencia de repeticiones de ejercicios de rehabilitación es de 10 a 12

repeticiones por cada ejercicio; mientras que los ítems que un menor porcentaje considerable conocen que la complicación más frecuente de la mastectomía por no realizar ejercicios de rehabilitación es el linfedema, los ejercicios de rehabilitación es importante porque ayuda a recuperar la movilidad del brazo afectado y los ejercicios de rehabilitación post mastectomía debe iniciarse a las 24 horas después de la cirugía; ya que en caso contrario puede conllevarlo a limitar la movilidad articular del brazo afectado, que le imposibilita a la incorporación a las actividades cotidianas, dificultando su integración física, psicológica y social y predisponiéndole a riesgos a interferir en su desempeño y retardar el proceso de reinserción laboral y social a sus actividades cotidianas repercutiendo de alguna manera en su calidad de vida.

Los ejercicios físicos de rehabilitación acostada, en el suelo presentan beneficios claros en las mujeres mastectomizadas, si se lleva a cabo durante toda la terapia de recuperación; a fin de poder mover su hombro y brazo, o desempeñar sus actividades diarias como el vestirse, bañarse y peinarse el cabello. En las mastectomizadas el dolor y la rigidez pueden causar debilidad y limitar el movimiento del brazo y hombro afectado. Por ello, es importante que haga ejercicios después de la operación para lograr nuevamente el movimiento del brazo y del hombro, que le ayudan a reducir cualquier efecto secundario de la cirugía y le ayudan a regresar a las actividades rutinarias.

Prado, Mamede, Almeida y Clapis, reportaron en sus hallazgos que *“la importancia del ejercicio post mastectomía está en la prevención de la limitación articular, linfedema, alteraciones posturales, fibrosis muscular o adherencia del tejido”*. De los resultados obtenidos en el estudio sobre los conocimientos de la paciente mastectomizada sobre la

rehabilitación acostado según ítems en el servicio de cirugía el mayor porcentaje no conocen que otro ejercicio físico acostado es poner las manos detrás del cuello, unir y separar los codos, y los ejercicios de rehabilitación acostada debe realizarse en el suelo; seguido de un porcentaje considerable que conocen que el ejercicio físico que se realizan al estar costada es estiramiento del brazo afectado; lo cual puede traer consigo serias repercusiones en el proceso de recuperación y conllevar a propiciar la invalidez del miembro superior afectado y presentar contracturas musculares que perpetuarán el dolor y falta de movilidad en el brazo y hombros, retardando el proceso de reinserción social a las actividades cotidianas de su vida diaria y recuperación a su actividad laboral orientado a mejorar su calidad de vida.

Los ejercicios físicos de rehabilitación sentada, en una silla en forma progresiva y controlada provocan un efecto positivo, aumenta la fuerza, mejora el movimiento del brazo, disminuye el dolor y rigidez del hombro, previene la osteoporosis y mejora el sistema cardiovascular, haciendo que la mujer se sienta mejor y favorece la reincorporación a las actividades de la vida diaria.

Asimismo Louzada Petito Eliana; Pinto Nazário Afonso Celso; Martinelli Simone Elias; Facina Gil; Rivero De Gutiérrez María Gaby; (2010), concluyeron que *“el tipo de ejercicios que constituyeron el programa extramuros fueron efectivos para la recuperación de los movimientos de flexión, abducción y extensión del hombro ipsilateral a la cirugía, en la población estudiada. El tiempo de recuperación de esos movimientos ocurrió en diferentes momentos del programa, desde el 7º hasta el 105ºPO, siendo que el seguimiento mínimo después de la cuadrantectomía es de 75 días, y, para la mastectomía, de 105 días. Se confirma, así, el beneficio del inicio precoz de la rehabilitación*

funcional, con seguimiento continuado hasta, por lo menos, tres meses después de la cirugía". De lo expuesto podemos concluir por los resultados obtenidos en el estudio que los conocimientos de la paciente mastectomizada sobre la rehabilitación sentado según ítems en el servicio de cirugía; el mayor porcentaje no conocen que el ejercicio físico sentado frente al espejo es con el brazo afectado sobre la cabeza tocar la oreja contraria y que el ejercicio físico sentado usando los codos es apoyado al respaldo de la silla unir los codos lo más que pueda; seguido de un menor porcentaje considerable que conocen que la posición correcta para realizar ejercicios en una silla es con la espalda recta y pies bien apoyados en el suelo, y que el ejercicio físico sentado apoyado en una mesa consiste en sin mover el cuerpo deslizar el brazo afectado en mesa hacia adelante; lo cual le puede traer consigo a tener dificultades de movimiento en el brazo afectado, sentirse menospreciada por su imagen corporal y en lo social por no agradarle recibir visita de los amigos, no sentirse preparadas para asistir a actividades sociales por su invalidez, ocasionándole serias repercusiones en el proceso de recuperación y retardar el proceso de reintegración a las actividades cotidianas familiares, sociales y laborales afectando en su calidad de vida.

Los ejercicios físicos de rehabilitación de pie, es crucial en la prevención de las consecuencias físicas de la mastectomía, en especial del linfedema, pero evitando sobreesfuerzos y ejercicios en que se empleen excesivamente los brazos. Es imprescindible seguir las pautas del médico o enfermera, éste le indicará los ejercicios que debe realizar, cómo hacerlos y la intensidad. Progresivamente, se irán introduciendo un mayor número de movimientos, que deberá llevar a cabo con suavidad y de forma repetitiva, ayudarán a recobrar la movilidad del brazo y hombro.

Acerca de los datos obtenidos en el estudio realizado sobre los conocimientos de la paciente mastectomizada sobre la rehabilitación de pie según ítems en el servicio de cirugía; la mayoría no conocen porque el ejercicio con la espalda de frente a la pared es agarrado de la pared de palmas trate de subir lo más que pueda, que el ejercicio con bastón o palo con las manos en extremos por delante es sentado con brazos extendidos mover el bastón de un lado a otro y el ejercicio con bastón con las manos en extremos detrás de la espalda es levantar el bastón o palo por detrás hasta sentir estiramiento; seguido de un mínimo porcentaje significativo que conocen que el ejercicio con la espalda recta en la pared es pegado a la pared esturar los brazos hacia arriba lo más que pueda, y que el ejercicio de pie con el uso de una toalla por la espalda es tomar ambos extremos tirar con el brazo por encima de la cabeza; lo cual le puede conllevar a que aparezcan molestias en el hombro afectado, así como en cuello y la zona cervical, favoreciendo el dolor a la movilidad y atrofia de los músculos con una reducción de la movilidad o elasticidad de la articulación, provocando con el tiempo un deficiente vaciado del sistema linfático, dando lugar a la aparición de posibles problemas secundarios como linfedema, conllevándole a riesgos a retrasar el proceso de reincorporación social a sus actividades cotidianas de la vida diaria y laboral afectando de alguna manera su calidad de vida.

CAPÍTULO V

CONCLUSIONES, LIMITACIONES Y RECOMENDACIONES

5.1. CONCLUSIONES

- ❖ Los conocimientos de las pacientes mastectomizadas sobre rehabilitación en el Servicio de Cirugía en el Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas, el mayor porcentaje refieren que no conocen que los ejercicios de rehabilitación debe realizarse en forma suave, lenta y progresiva, que otro ejercicio físico acostado es poner las manos detrás del cuello, unir y separar los codos, el ejercicio físico sentado usando los codos es apoyado al respaldo de la silla unir los codos lo más que pueda, y que el ejercicio con bastón con las manos en extremos detrás de la espalda es levantar el bastón o palo por detrás hasta sentir estiramiento; seguido de un menor porcentaje considerable que conocen que la rehabilitación consiste en realizar ejercicios físicos para prevenir linfedema, que el ejercicio de rehabilitación acostada debe realizarse en el suelo, que el ejercicio físico apoyado en una mesa consiste en sin mover el cuerpo deslizar el brazo afectado en mesa hacia adelante, que el ejercicio físico con el bastón o palo de escoba es levantar por encima de la cabeza y ponerlo detrás de la cabeza.
- ❖ Respecto al conocimiento de la paciente mastectomizada sobre generalidades de los ejercicios de rehabilitación según ítems en el servicio de cirugía, que el mayor porcentaje no conocen que la frecuencia diaria de los ejercicios físicos de rehabilitación es 3 veces al día y que la frecuencia de repeticiones de ejercicios de

rehabilitación es de 10 a 12 repeticiones por cada ejercicio; mientras que un menor porcentaje considerable conocen que la complicación más frecuente de la mastectomía por no realizar ejercicios de rehabilitación es el linfedema, que es importante porque ayuda a recuperar la movilidad del brazo afectado y que debe iniciarse a las 24 horas después de la cirugía.

- ❖ En cuanto al conocimiento de la paciente mastectomizada sobre la rehabilitación acostado según ítems en el servicio de cirugía tenemos que; el mayor porcentaje no conocen que otro ejercicio físico acostado es poner las manos detrás del cuello, unir y separar los codos, y que los ejercicios de rehabilitación acostada debe realizarse en el suelo; seguido de un porcentaje considerable que conocen que el ejercicio físico que se realiza al estar costada es estiramiento del brazo afectado.

- ❖ Acerca de los conocimientos de la paciente mastectomizada sobre la rehabilitación sentado según ítems en el servicio de cirugía tenemos que; el mayor porcentaje expresan que no conocen que el ejercicio físico sentado frente al espejo es con el brazo afectado sobre la cabeza tocar la oreja contraria y que el ejercicio físico sentado usando los codos es apoyado al respaldo de la silla unir los codos lo más que pueda; mientras que un menor porcentaje considerable conocen que la posición correcta para realizar ejercicios en una silla es con la espalda recta y pies bien apoyados en el suelo, y que el ejercicio físico sentado apoyado en una mesa consiste en sin mover el cuerpo deslizar el brazo afectado en mesa hacia adelante.

- ❖ Sobre los conocimientos de la paciente mastectomizada sobre la

rehabilitación de pie según ítems en el servicio de cirugía, la mayoría no conocen que el ejercicio con la espalda de frente a la pared es agarrado de la pared de palmas trate de subir lo más que pueda, que el ejercicio con bastón o palo con las manos en extremos por delante es sentado con brazos extendidos mover el bastón de un lado a otro y que el ejercicio con bastón con las manos en extremos detrás de la espalda es levantar el bastón o palo por detrás hasta sentir estiramiento, seguido de un mínimo porcentaje significativo que conocen que el ejercicio con la espalda recta en la pared es pegado a la pared esturar los brazos hacia arriba lo más que pueda, y que el ejercicio de pie con el uso de una toalla por la espalda es tomar ambos extremos tirar con el brazo por encima de la cabeza.

5.2. RECOMENDACIONES

- Que el Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas, elabore e implemente programas de educación para la salud dirigido a los pacientes mastectomizadas y familiares antes y después de ser intervenidas quirúrgicamente sobre el ejercicio físico de rehabilitación permitiéndoles la recuperación del brazo afectado y reincorporarse con el máximo de capacidades residuales a la vida social, laboral y de pareja en el menor tiempo posible.
- Implementar en el servicio de cirugía 4to Este del INEN, grupos de apoyo o soporte psicológico para contribuir en el proceso de reincorporación social y bienestar de las mujeres mastectomizadas, contribuyendo al proceso de recuperación del equilibrio psicosocial y la calidad de vida, además

devolver la plenitud de sus actividades cotidianas como las laborales, domiciliarias y afectivas por medio de estímulos para su rehabilitación total.

- Realizar trabajos de tipo cualitativo a fin de profundizar los hallazgos.
- Realizar trabajos similares en otras instituciones de salud respecto al tema a fin de contribuir a promover la adopción de una cultura de prevención de complicaciones derivadas de la cirugía y estilos de vida procurando una reinserción social y laboral a sus actividades diarias.

5.3. LIMITACIONES

Los resultados y/o conclusiones del estudio sólo fueron válidos y generalizables para la población de estudio.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- (1) <http://www.who.int/features/qa/15/es/index.html>.
- (2) Carrillo-Salvador Diana, Olvera-Gómez José Luis. “Conocimiento del personal de enfermería sobre los cuidados a la mujer postoperada de mastectomía”. Rev Enferm Inst Mex Seguro Soc 2014; 22(3):153-8 México. www.medigraphic.com/pdfs/enfermeriaimss/eim-2014/eim143f.pdf.
- (3) Peralta O. Datos epidemiológicos del cáncer de mama en el mundo. Santiago de Chile: Revista Chilena de Ginecología; 2012.
- (4) Robles S, Galanis E. El cáncer de mama en América Latina y el Caribe. Ginebra: Revista Panamericana de Salud Pública; 2012.
- (5) Ministerio de Salud del Perú. Registro de casos de cáncer de mama en el Perú. Lima: MINSA; 2012.
- (6) Prado M, Mamede M, Almeida Ana, Clapis J. La práctica de actividad física en mujeres sometidas a cirugía por cáncer de mama: percepción de barreras y beneficios. [Tesis para optar el Título de Licenciada en Enfermería] Sao Paulo: Universidad de Sao Paulo Brasil; 2011.
- (7) Louzada E, Pinto A, Martinelli E, Facina G, Rivero De Gutiérrez M. Aplicación de un programa de ejercicios domiciliarios en la rehabilitación del hombro después de cirugía por cáncer de mama. [Tesis para optar el Título de Licenciada en Enfermería] Sao Paulo: Universidad Federal de Sao Paulo; 2010.

- (8) Silva de Oliveira M, Alves A, Carvalho A. Grupo apoyo/soporte: espacio de rehabilitación para mujeres mastectomizadas. [Tesis para optar el Título de Licenciada en Enfermería] Ciudad de Fortaleza: Universidad Federal de Ceará; 2009.
- (9) Pereira A, Da Costa M, Pinto A. La asistencia de la enfermera en la visión de mujeres mastectomizadas. Enseñanza superior con sede principal en la ciudad fluminense: [Tesis para optar el Título de Licenciada en Enfermería] Ciudad de Fluminense: Universidad Federal Fluminense de Brasil; 2009.
- (10) Bascuñana B. Fisioterapia en cáncer de mama: nivel de información en pacientes y personal sanitario. [Tesis para optar el Título de Licenciada en Enfermería] Murcia: Universidad Católica San Antonio de Murcia; 2008.
- (11) Missiaggia E. Calidad de vida y hostilidad/cólera en pacientes con cáncer de mama con quirúrgica radical y de conservación, en el Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins. [Tesis para optar el Título de Licenciada en Enfermería] Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2010.
- (12) Valderrama E. Relación entre la imagen corporal y las estrategias de afrontamiento en mujeres mastectomizadas en el Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins. [Tesis para optar el Título de Licenciada en Enfermería] Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2009.
- (13) Escobar E. Percepción de la paciente mastectomizada sobre su imagen corporal en el Instituto Nacional de Enfermedades

- Neoplásicas. [Tesis para optar el Título de Licenciada en Enfermería] Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2008.
- (14) Cáncer de mamas. [Seriada en línea] 2011 [Citado 2011 Abril 20]. Disponible en: http://espanol.pregnancy-info.net/cancer_mamario.html
- (15) Síntomas y diagnóstico de cáncer de mama. [Seriada en línea] 2010 [Citado 2010 Junio 12]. Disponible en: <http://www.mailxmail.com/curso-enfermedad-cancer-2/sintomas-diagnostico-cancer-mama>.
- (16) Factores de riesgo de cáncer de mama. [Seriada en línea] 2011 [Citado 2011 Enero 2]. Disponible en: <http://www.escozul-mexico.com/leer-cancer.php?id=10146>.
- (17) Diagnóstico del cáncer de mama. [Seriada en línea] 2011 [Citado 2011 Marzo 14]. Disponible en: <http://www.zeltia.com/media/monograficos/cancer/canceresp/mama8.html>.
- (18) ATS/DUE del SAS (Servicio Andaluz de Salud). Centro de Estudios Adams. Madrid: Valbuena S.A.; 2010.
- (19) Gomis A, Gil A, Cervantes B, Ruiz M, Rosique I, Bañón A, Gamayo M, Pomares G. Guía de cuidados para mujeres mastectomizadas. Madrid: Hospital Vega Baja; 2010.
- (20) Sociedad Americana del Cáncer. Cáncer del seno: guías de tratamiento para pacientes. Washington: ACS; 2010.
- (21) Quintero Y, Valentiní S. Información que posee el personal de enfermería acerca de los cuidados postoperatorios de las

pacientes mastectomizadas en el Hospital Oncológico Dr. Luis Razetti. Caracas: Universidad Central de Venezuela; 2009.

- (22) Tipos de mastectomía. [Internet] [Acceso: 17 de setiembre de 2012]. Disponible en: <http://www.breastcancer.org/es/tratamiento/cirugia>
- (23) Riesgos de la mastectomía. [Internet] [Acceso: 17 de setiembre de 2012]. Disponible en: <http://www.breastcancer.org/es/>
- (24) Cabrero L, Codes M, Gascón P, Guillén V, Ollé C, Prats P. Hablemos del Cáncer de Mama. Barcelona: ACV; 2010.
- (25) Cano G. Hormonoterapia en mastectomizadas. Bogotá: Colombia [Internet] [Acceso: 22 de junio de 2013]. Disponible en: http://www.guiavital.com/ver_articulos.php?id=256&ide=14&idc=0
- (26) Winchester J. Cáncer de Mama. Atlas de Oncología Clínica. Madrid: Elsevier; 2011.
- (27) Asociación de mujeres con cáncer de mama. Reconstrucción mamaria en mastectomizadas: prótesis externas. Sevilla: AMAMA; 2010.
- (28) Segura J. Reducción de drenaje linfático posterior a mastectomía radical modificada con aplicación de gel de fibrina. Cirugía y cirujanos. Distrito Federal: Academia Mexicana de Cirugía; 2010.

- (29) Normas y recomendaciones para prevenir el linfedema en mujeres operadas de mama. Unidad de Linfedema. Pamplona: Servicio de Rehabilitación. Hospital Virgen del Camino; 2010.
- (30) López C, Sarrablo N. Cuidados generales y ejercicios fusucos después de una mastectomía. Madrid: Asociación Española Contra el Cáncer Junta Local de Motril; 2012.
- (31) Perea J, Sainz de Murrieta J, Varas de la Fuente A. Fisioterapia del conjunto articular del hombro. Madrid: Masson; 2010.
- (32) Sánchez U, Ferrero A, Aguilar J, Climent J, Conejero J, Flórez M, Peña A, Zambudio R. Manual SERMEF de Rehabilitación y medicina física. Madrid: Panamericana; 2009.
- (33) Carrie M, Lori T. Ejercicio Terapéutico: Recuperación funcional. Washington: .Paidotribo; 2011.
- (34) Guía de cuidados para mujeres mastectomizadas. Hospital Universitario Reina Sofía. Área de Enfermería Córdoba.
- (35) Maria de Lima C, Tavora T, Magalhanes R, Gimenez M. Señales de la mujer con cáncer de mama, sus relaciones sociales. Madrid: Revista de Enfermería Integral; 2009.
- (36) Jiménez F. Protocolo de realización de programa de educación para la salud en pacientes mastectomizadas. Barcelona: Revista de Enfermería Docente; 2010.
- (37) Cuadros A. Afrontando la posibilidad de tener cáncer de mama. Barcelona: Revista de Ciencia y enfermería; 2009.

- (38) Bayo J, García J, Hernández A, Maganto V. Cáncer de mama: cuestiones más frecuentes. Madrid: Entheos; 2010.
- (39) Vázquez P. Cuidados tras el alta hospitalaria. Andalucía: Hospital General Básico Santa Ana de Motril; 2011.
- (40) Lupión J, Fuentes J. Ejercicios para realizar en el hospital y en el domicilio. Andalucía: Asociación Española Contra el Cáncer; 2012.
- (41) Zaider G, Triviño V, Sanhueza A. Teorías y modelos relacionados con calidad de vida en cáncer y enfermería. Bogotá: Universidad de la Sabana; 2010.
- (42) Bastías E, Sanhueza O. Conductas de autocuidado y manifestaciones perimenopáusicas en mujeres de la Comuna de Concepción. Concepción: Universidad de Concepción de Chile; 2009.
- (43) Narea D. Epistemología de la Naturaleza del conocimiento. Madrid: Elsevier; 2011.
- (44) Hessen J. Teoría del conocimiento: Esfinge; 2010.

BIBLIOGRAFÍA

- Acosta L. Guía práctica para la investigación y redacción de informes. Buenos Aires: Piados; 2009.
- Alcina J. Aprender a investigar: métodos de trabajo para la redacción de tesis doctorales. Madrid: Compañía Literaria; 2010.
- Belmonte M. Enseñar a investigar. Orientaciones prácticas. Bilbao: Mensajero; 2009.
- Cardoso C. Introducción al trabajo de la investigación histórica. Conocimiento, método e historia. Barcelona: Crítica; 2009.
- Eco U. Cómo se hace una tesis. Barcelona: Gedisa; 2010.
- Ibáñez B. Manual para la elaboración de tesis. México: Trillas; 2008.
- Icart M. Elaboración y presentación de un proyecto de investigación y una tesina. Barcelona: Universitat de Barcelona; 2009.
- Lasso de la Vega J. Cómo se hace una tesis doctoral. Madrid: Fundación Universitaria Española; 2009.
- Quesada J. Redacción y presentación del trabajo intelectual: tesinas, tesis doctorales, proyectos, memorias, monografías. Madrid: Paraninfo; 2010.
- Walker M. Cómo escribir trabajos de investigación. Barcelona: Gedisa; 2009.

ANEXOS

ÍNDICE DE ANEXOS

ANEXO	Pág.
A. Operacionalización de la variable	I
B. Instrumento	II
C. Consentimiento informado	VI
D. Tabla de Concordancia - Prueba Binomial	VII
E. Tabla de Códigos	VIII
F. Tabla Matriz de Datos	IX
G. Validez del instrumento	X
H. Confiabilidad del instrumento	XI
I. Medición de la Variable	XII
J. Datos Generales de la paciente mastectomizada del servicio de cirugía en el Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas 2014. Lima - Perú. 2016.	XIII XIV
K. Conocimiento de las pacientes mastectomizadas sobre rehabilitación en el Servicio de Cirugía en el Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas. 2014. Lima – Perú, 2016	XV
L. Conocimiento de las pacientes mastectomizadas sobre rehabilitación según dimensiones en el Servicio de Cirugía en el Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas. 2014. Lima – Perú, 2016	XVI

ANEXO

Pág.

Conocimiento de las pacientes mastectomizadas sobre rehabilitación según ítems en el Servicio de Cirugía en el Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas. 2014. Lima – Perú, 2016

ANEXO A

OPERACIONALIZACIÓN DE LA VARIABLE

VARIABLE	DEFINICION CONCEPTUAL	DEFINICION OPERACIONAL	DIMENSION	INDICADOR	ESCALA
Conocimientos de las pacientes mastectomizadas sobre la rehabilitación	Es el conjunto de informaciones, ideas, conceptos que posee la paciente mastectomizada sobre la rehabilitación en relación a la actividad física e implica movimientos corporales planificados y diseñados específicamente para estar en forma física y buena salud.	Es la respuesta expresada por las pacientes mastectomizadas sobre toda aquella información que refiere poseer en torno a los ejercicios de rehabilitación en el miembro superior afectado, en relación a las generalidades, ejercicios de rehabilitación acostada, sentada y de pie. El cual fue obtenido a través de un cuestionario y valorado en adecuado e inadecuado.	<p>Generalidades de los ejercicios de rehabilitación</p> <p>Ejercicios de rehabilitación acostada</p> <p>Ejercicios de rehabilitación sentada</p> <p>Ejercicios de rehabilitación de pie</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Objetivo ▪ Importancia ▪ Inicio ▪ Intensidad ▪ Repeticiones ▪ Frecuencia ▪ Complicación ▪ En el suelo ▪ Estiramiento ▪ Unir y separar codos • Posición correcta • Apoyado en mesa • Usando los codos • Frente al espejo • Espalda pegada • Frente a la pared • Agarrado de la pared • Bastón o palo • Bastón o palo detrás • Bastón o palo delante • Toalla por la espalda 	<p style="text-align: center;">Conoce</p> <p style="text-align: center;">No conoce</p>

ANEXO B



UNMSM- FM-UPG
PSEE-2014

INSTRUMENTO

PRESENTACION

Buenos días, mi nombre es Cecilia Montero Follegati, soy alumna de la Facultad de Medicina de la UNMSM del Programa de Segunda Especialización en Enfermería Oncológica, estoy realizando un estudio con la finalidad de obtener información sobre la rehabilitación en la paciente post mastectomizada. Para lo cual solicito su colaboración. Agradezco anticipadamente su participación:

DATOS GENERALES

Edad: a. 20 a 39 años (adulto joven) b. 40 a 59 años (adulto maduro)
c. 60 a más años (adulto mayor)

Grado de instrucción:

a. Primaria b. Secundaria c. Superior Técnica d. Superior Universitaria

Estado civil: a. Soltera b. Casada c. Conviviente d. Viuda

Ocupación: a. Ama de casa b. Trabaja c. No trabaja d. Jubilada

INSTRUCCIONES:

A continuación se le presentará a usted una serie de enunciados, para lo cual le pedimos que conteste con veracidad según sea conveniente.

DATOS ESPECÍFICOS:

1. La rehabilitación consiste en:
 - a) Recuperar la máxima movilidad de su cuerpo
 - b) Adoptar una postura corporal correcta
 - c) Aumentar su capacidad física
 - d) Realizar ejercicios físicos para prevenir la linfedema
2. Los ejercicios de rehabilitación es importante porque:
 - a) Ayuda a recuperar la movilidad del brazo afectado
 - b) Ayuda a recuperar la movilidad de los brazos
 - c) Ayuda a recuperar la movilidad de los músculos
 - d) Ayuda a recuperar la movilidad de las piernas
3. Los ejercicios de rehabilitación post mastectomía debe iniciarse:
 - a) A las 12 horas después de la cirugía
 - b) A las 24 horas después de la cirugía
 - c) A las 48 horas después de la cirugía
 - d) A las 72 horas después de la cirugía

4. Los ejercicios de rehabilitación debe realizarse:
 - a) En forma suave, lenta y progresiva
 - b) En forma suave, irregular y progresiva
 - c) En forma suave, discontinua y progresiva
 - d) En forma suave, sin contracciones y progresiva
5. La frecuencia de repeticiones de ejercicios de rehabilitación es:
 - a) 3 a 5 repeticiones por cada ejercicio
 - b) 10 a 12 repeticiones por cada ejercicio
 - c) 15 a 20 repeticiones por cada ejercicio
 - d) 20 a 50 repeticiones por cada ejercicio
6. La frecuencia diaria de los ejercicios físicos de rehabilitación es:
 - a) 1 vez al día
 - b) 2 veces al día
 - c) 3 veces al día
 - d) 4 veces al día
7. La complicación más frecuente de la mastectomía por no realizar ejercicios de rehabilitación es:
 - a) Moretones en el brazo
 - b) Dolores del brazo
 - c) Fiebre y malestar general
 - d) Linfedema
8. Los ejercicios de rehabilitación acostada debe realizarse:
 - a) En la cama
 - b) En el suelo
 - c) En la mesa
 - d) En dos sillas
9. El ejercicio físico que se realizan al estar acostada es:
 - a) Palmadas de manos arriba
 - b) Estiramiento de brazo afectado
 - c) Movimientos de brazos arriba
 - d) Girar el brazo afectado
10. Otro ejercicio físico acostado es:
 - a) Poner las manos detrás del cuello y estirar la cabeza
 - b) Poner las manos detrás del cuello y levantar la cabeza
 - c) Poner las manos detrás del cuello, unir y separar los codos
 - d) Poner las manos detrás del cuello y flexionar el cuello
11. La posición correcta para realizar los ejercicios en una silla es:
 - a) Con la espalda recta y pies bien apoyados en el suelo
 - b) Con la espalda recta y pies en el aire
 - c) Con la espalda recta y pies estirados
 - d) Con la espalda inclinada y pies apoyados en el suelo
12. El ejercicio físico sentado apoyado en una mesa consiste en:
 - a) Moviendo el cuerpo deslizar el brazo en una mesa
 - b) Sentado deslizar el brazo sano en una mesa
 - c) Sin mover el cuerpo deslizar el brazo afectado en mesa hacia delante
 - d) Moviendo el cuerpo deslizar el brazo afectado en una mesa
13. El ejercicio físico sentado usando los codos es:
 - a) Separado al respaldo de la silla unir los codos lo más que pueda
 - b) Apoyado al respaldo de la silla unir los codos lo más que pueda
 - c) Apoyado al respaldo de la silla estirar los codos lo más que pueda
 - d) Separado al respaldo de la silla separar los codos lo más que pueda

14. El ejercicio físico sentado frente al espejo es:
 - a) Con el brazo afectado sobre la cabeza masajear la cabeza
 - b) Con el brazo afectado sobre la cabeza estirar el cuello
 - c) Con el brazo afectado sobre la cabeza tocar la oreja contraria
 - d) Con el brazo sano sobre la cabeza intenta tocar la oreja contraria
15. El ejercicio físico con la espalda recta en la pared es:
 - a) Pegado a la pared estirar los brazos hacia arriba lo más que pueda
 - b) Pegado a la pared aletear con los brazos lo más que pueda
 - c) Pegado a la pared empujar la espalda lo más que pueda
 - d) Pegado a la pared con los codos empujarse lo más que pueda
16. El ejercicio físico con la espalda de frente a la pared es:
 - a) Agarrado de la pared trate de bajar lo más que pueda
 - b) Agarrado de la pared trate de empujar lo más que pueda
 - c) Agarrado de la pared de puños trate de subir lo más que pueda
 - d) Agarrado de la pared de palmas trate de subir lo más que pueda
17. El ejercicio físico con el bastón o palo de escoba es:
 - a) Levantar el bastón o palo por encima de la cabeza
 - b) Poner el batón o palo detrás de la cabeza
 - c) Levantar por encima de la cabeza y ponerlo detrás de la cabeza
 - d) Bajar el bastón o palo por debajo de las rodillas
18. El ejercicio con bastón con las manos en extremos detrás de la espalda es:
 - a) Levantar el bastón o palo por detras hasta sentir dolor
 - b) Levantar el bastón o palo por detras hasta sentir cansancio
 - c) Levantar el bastón o palo por detras hasta sentir calentamiento
 - d) Levantar el bastón o palo por detras hasta sentir estiramiento
19. Otro ejercicio con bastón o palo con las manos en extremos por delante es:
 - a) De pie con brazos extendidos mover el bastón de un lado a otro
 - b) Sentado con brazos extendidos mover el bastón de un lado a otro
 - c) De pie con brazos abajo mover el bastón de un lado a otro
 - d) Sentado con brazos abajo mover el bastón de un lado a otro
20. El ejercicio físico de pie con el uso de una toalla por la espalda es:
 - a) Tomar ambos extremos tirar con un brazo por encima de la cintura
 - b) Tomar ambos extremos tirar con un brazo por encima de la cadera
 - c) Tomar ambos extremos tirar con un brazo por encima de las rodillas
 - d) Tomar ambos extremos tirar con el brazo por encima de la cabeza

Gracias por su colaboración

ANEXO C

CONSENTIMIENTO INFORMADO

A través del presente documento expreso mi voluntad de participar en el estudio titulado: “Conocimiento de las pacientes mastectomizadas sobre rehabilitación en el Servicio de Cirugía en el Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas – 2014”.

Habiendo sido informada de la misma, así como de los objetivos y teniendo la confianza plena de que la información que se vierte en el instrumento será exclusivamente para fines de la investigación en mención, además confío en que el estudio se utilizará adecuadamente dicha información asegurando máxima confidencialidad.

El estudio para lo cual usted ha manifestado su deseo de participar, habiendo dado su consentimiento informado se compromete con usted ha guardar la máxima confidencialidad, de la información, así como le asegura que los hallazgos serán utilizados sólo con fines de investigación y no le perjudicarán en absoluto.

.....
Firma del Participante
Nº D.N.I.

ANEXO D

TABLA DE CONCORDANCIA – PRUEBA BINOMIAL

JUICIO DE EXPERTOS

ITEMS	Nº DE JUECES EXPERTOS								P
	1	2	3	4	5	6	7	8	
1	1	1	1	1	1	1	1	1	0.0040
2	1	1	1	1	1	1	1	1	0.0040
3	1	1	1	1	1	1	1	1	0.0040
4	1	1	1	1	1	1	1	1	0.0040
5	1	1	1	1	1	1	1	1	0.0040
6	1	1	1	1	0	1	1	1	0.0350
7	1	1	1	1	0	1	0	1	0.0145

Favorable = 1 (SI)

Desfavorable = 0 (NO)

Si $p < 0.05$ la concordancia es SIGNIFICATIVA

ANEXO E

TABLA DE CODIGOS

DATOS GENERALES

N°	Pregunta-Variable	Categoría	Código
1	Edad	20 a 39 años	1
		40 a 59 años	2
		60 años a más	3
2	Grado de Instrucción	Primaria	1
		Secundaria	2
		Superior Técnica	3
		Superior Universitaria	4
3	Estado Civil	Soltera	1
		Casada	2
		Conviviente	3
		Viuda	4
4	Ocupación	Ama de casa	1
		Trabaja	2
		No Trabaja	3
		Jubilada	4

DATOS ESPECIFICOS - CUESTIONARIO

N°	Respuesta correcta	N°	Respuesta correcta
1	D = 1	12	C = 1
2	A = 1	13	B = 1
3	B = 1	14	C = 1
4	A = 1	15	A = 1
5	B = 1	16	D = 1
6	C = 1	17	C = 1
7	D = 1	18	D = 1
8	B = 1	19	B = 1
9	B = 1	20	D = 1
10	C = 1		
11	A = 1		

ANEXO F

TABLA MATRIZ DE DATOS - CONOCIMIENTOS

ÍTEM	GENERALIDADES DE EJERCICIOS DE REHABILITACIÓN							D1	EJERCICIOS ACOSTADA			D2	EJERCICIOS SENTADA				D3	EJERCICIOS DE PIE						D4	TOTAL
	01	02	03	04	05	06	07		08	09	10		11	12	13	14		15	16	17	18	19	20		
1	0	1	0	0	0	0	1	2	0	1	0	1	1	1	0	1	3	1	0	0	0	1	2	8	
2	0	0	1	0	0	0	1	2	0	1	0	1	1	0	1	0	2	1	0	0	0	0	1	6	
3	0	0	0	0	0	0	1	1	1	1	1	0	1	1	0	2	1	0	0	0	0	1	8		
4	0	1	1	0	0	0	1	3	0	1	0	1	1	0	0	2	1	0	0	1	0	1	9		
5	0	1	0	0	0	0	0	1	0	1	1	0	0	0	0	0	1	0	1	0	0	0	5		
6	1	1	1	0	1	0	0	4	1	1	1	1	0	0	1	2	1	0	0	1	1	0	12		
7	1	1	1	0	0	1	1	5	1	1	1	1	1	1	3	1	0	1	1	1	1	0	15		
8	1	1	1	1	1	1	1	7	1	1	1	1	1	1	3	1	1	1	1	1	1	1	20		
9	0	0	0	1	0	0	1	2	1	0	0	1	0	0	1	1	0	1	1	0	0	0	6		
10	1	1	1	1	1	1	1	7	1	1	1	1	1	1	3	1	1	1	1	1	1	1	20		
11	0	1	0	0	0	0	1	2	0	1	0	1	1	0	1	3	1	0	0	0	0	1	8		
12	1	1	1	0	0	0	0	3	0	0	0	0	1	1	1	4	0	1	0	0	1	3	10		
13	1	0	0	0	0	0	1	2	0	1	0	1	0	1	0	2	1	0	1	0	1	0	8		
14	0	1	0	0	0	0	1	2	0	1	0	1	1	0	1	3	1	0	0	0	0	1	8		
15	0	0	1	0	0	0	1	2	0	1	0	1	0	1	0	2	1	0	0	0	0	0	6		
16	0	0	0	0	0	0	1	1	1	1	1	1	0	0	3	1	0	0	0	0	0	1	8		
17	1	1	1	1	1	1	1	7	1	1	1	1	1	1	3	1	1	1	1	1	1	1	20		
18	0	1	1	0	0	0	1	3	0	1	0	1	1	0	1	2	1	0	0	1	0	1	9		
19	0	1	0	0	0	0	0	1	0	1	1	0	0	0	1	0	1	0	1	0	0	0	5		
20	1	1	1	0	1	0	0	4	1	1	1	1	0	0	3	1	0	0	1	1	0	1	12		

ÍTEMS	GENERALIDADES DE EJERCICIOS DE REHABILITACIÓN							D1	EJERCICIOS ACOSTADA			D2	EJERCICIOS SENTADA				D3	EJERCICIOS DE PIE						D4	TOTAL																				
	01		02		03		04		05		06		07		08			09		10		11				12		13		14		15		16		17		18		19		20			
	01	02	03	04	05	06	07		08	09	10		11	12	13	14		15	16	17	18	19	20			21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40
21	1	1	1	0	0	1	1	5	1	1	1	3	1	0	1	1	3	1	0	1	1	0	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	0	4	15						
22	0	0	0	1	0	0	1	2	1	0	0	1	0	0	1	1	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	6					
23	1	1	1	1	1	1	1	7	1	1	1	3	1	1	1	1	3	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	6	20						
24	0	1	0	0	0	0	1	2	0	1	0	1	0	0	1	1	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	8					
25	0	0	1	0	0	0	1	2	0	1	0	1	0	0	1	1	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	6						
26	0	0	0	0	0	0	1	1	1	1	1	3	0	1	1	1	3	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	8						
27	0	1	1	0	0	0	1	3	0	1	0	1	1	0	0	1	1	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3	9						
28	0	1	0	0	0	0	0	1	0	1	1	0	0	0	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	5						
29	1	1	1	0	1	0	0	4	1	1	1	3	1	0	0	1	3	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3	12						
30	1	1	1	1	0	0	1	5	1	1	0	2	0	0	1	1	2	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	4	13						

ANEXO G

VALIDEZ DEL INSTRUMENTO - CONOCIMIENTO

Se aplica la fórmula “r de Pearson” en cada uno de los ítems del instrumento según estructura.

$$R = \frac{N \sum (x_i y_i) - (\sum y_i)}{[N (\sum x^2) - (\sum x_i)^2]^{1/2} [N (\sum y^2) - (\sum y_i)^2]^{1/2}}$$

Donde

N: Numero de sujetos=10

$\sum x$: Sumatoria de puntajes simples de la variable x

$\sum y$: Sumatoria de los puntajes simples de la variable y Se considera válido si $r > 0.2$

ITEM	PEARSON	ITEM	PEARSON
1	0.80	11	0.43
2	0.46	12	0.17
3	0.59	13	0.43
4	0.57	14	0.69
5	0.75	15	0.20
6	0.87	16	0.52
7	0.17	17	0.37
8	0.60	18	0.77
9	0.20	19	0.81
10	0.46	20	0.29

Si $r > 0.20$, el instrumento es válido en cada uno de los ítems, excepto en los ítems 7 y 12 que serán tomados en cuenta para el procesamiento de la información.

ANEXO H

CONFIABILIDAD DEL INSTRUMENTO - CONOCIMIENTO

Para determinar la confiabilidad del instrumento Cuestionario se procedió a utilizar la fórmula Kuder de Richardson :

$$K-R = \left(\frac{k}{K-1} \right) \left(1 - \frac{\sum P.Q}{Sx^2} \right)$$

Donde:

k : N° de preguntas o ítems.

Sx² : Varianza de la prueba.

p : Proporción de éxito, proporción donde se identifica la característica o atributo en estudio.

q : Proporción donde no se identifica al atributo.

Confiabilidad	Valor	ítem Validos
Kuder Richardson	0.87	18

$$\alpha = 0.87$$

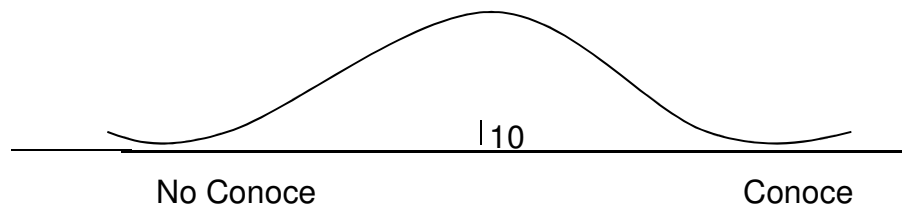
Si el $\alpha = 0.5$ ó $>$ el instrumento es confiable

ANEXO I

MEDICIÓN DE LA VARIABLE

CONOCIMIENTOS SOBRE REHABILITACION

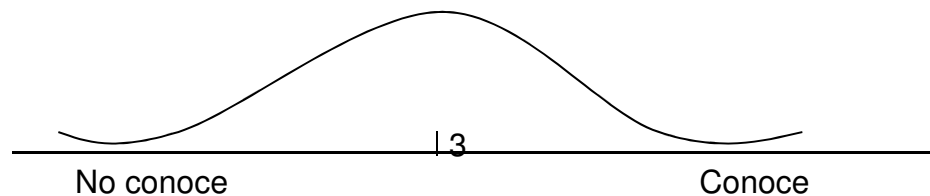
1. Se determinó el promedio (\bar{x}) $\bar{x} = 10.2 = 10$



Conoce = > 11 puntos (11 – 20)
No Conoce = < 10 puntos (0 – 10)

CONOCIMIENTO SOBRE GENERALIDADES DEL EJERCICIO

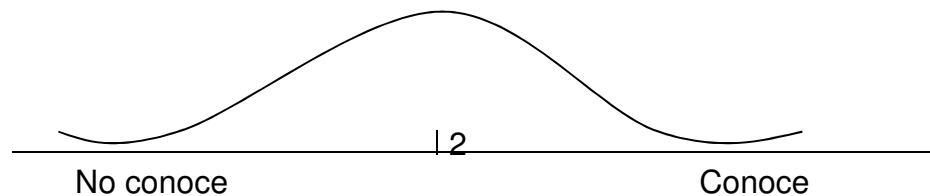
1. Se determinó el promedio (\bar{x}) $\bar{x} = 3.1 = 3$



Conoce = > 4 puntos (4- 7)
No conoce = < 3 puntos (0 – 3)

CONOCIMIENTO SOBRE EJERCICIO ACOSTADO

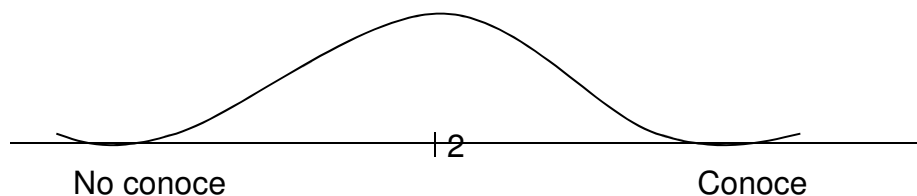
1. Se determinó el promedio (\bar{x}) $\bar{x} = 1.9 = 2$



Conoce = > 3 puntos (3)
No conoce = < 2 puntos (0 – 2)

CONOCIMIENTO SOBRE EJERCICIO SENTADO

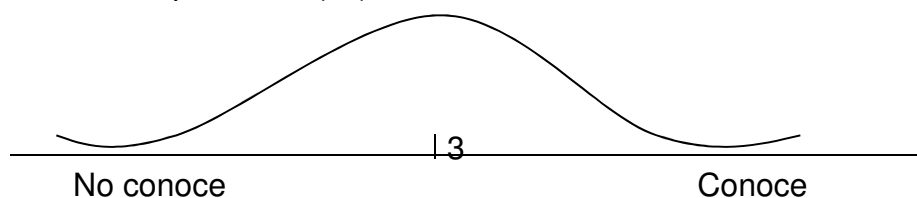
1. Se determinó el promedio (\bar{x}) $\bar{x} = 2.2=2$



Conoce = > 3 puntos (3- 4)
No conoce = < 2 puntos (0 - 2)

CONOCIMIENTO SOBRE EJERCICIO DE PIE

1. Se determinó el promedio (\bar{x}) $\bar{x} = 2.9=3$



Conoce = > 4 puntos (4- 6)
No conoce = < 3 puntos (0 - 3)

ANEXO J

DATOS GENERALES DE LA PACIENTE MASTECTOMIZADOS DEL SERVICIO DE CIRUGIA EN EL INSTITUTO NACIONAL DE ENFERMEDADES NEOPLASICAS 2014 LIMA – PERÚ 2016

DATOS GENERALES	N	%
TIEMPO DE SERVICIO EN EL SERVICIO DE MEDICINA I – II- ES		
20 a 39 años	07	23
40 a 59 años	19	63
6ª a más años	04	14
TOTAL	30	100
GRADO DE INSTRUCCIÓN		
Primaria	01	03
Secundaria	09	30
Superior Técnica	14	47
Superior Universitario	06	20
TOTAL	30	100
ESTADO CIVIL		
Soltera	05	17
Casada	13	43
Conviviente	06	20
Viuda	06	20
TOTAL	30	100
OCUPACION		
Ama de casa	12	40
Trabaja	14	47
No trabaja	01	03
Jubilado	03	10
TOTAL	30	100

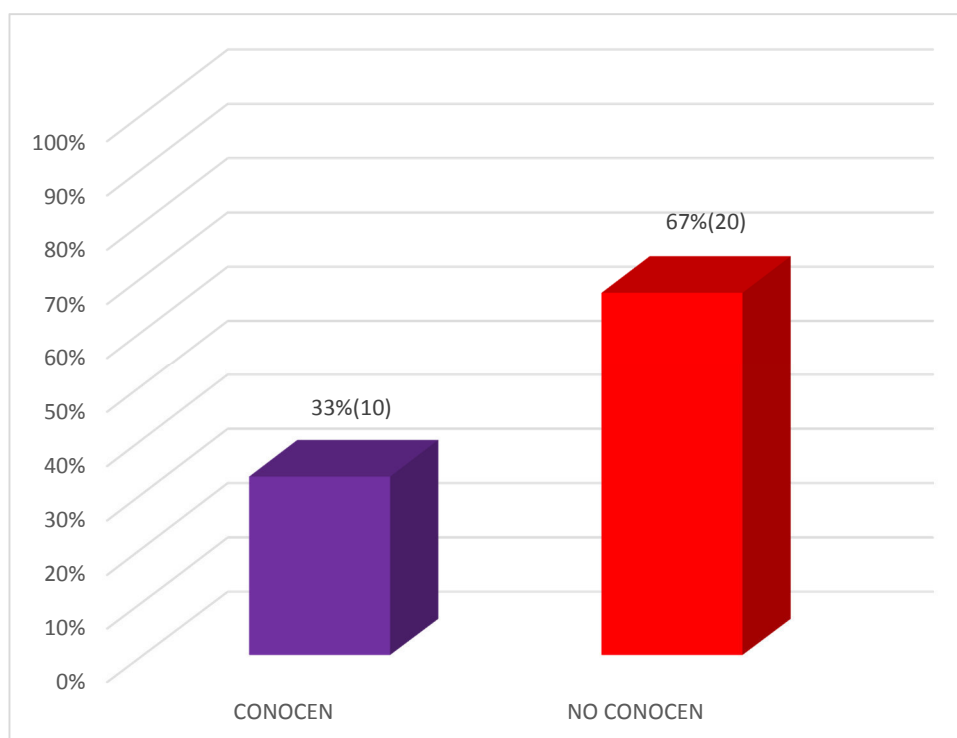
Fuente: Instrumento aplicado a pacientes mastectomizadas en el servicio de cirugía INEN 2014

ANEXO K

CONOCIMIENTO DE LAS PACIENTES MASTECTOMIZADAS SOBRE REHABILITACIÓN EN EL SERVICIO DE CIRUGÍA EN EL INSTITUTO NACIONAL DE ENFERMEDADES NEOPLÁSICAS 2014 LIMA – PERÚ 2016

CONOCIMIENTO	N°	%
Conocen	10	33%
No conocen	20	67%
TOTAL	30	100%

Fuente: Instrumento aplicado a pacientes mastectomizadas en el servicio de cirugía INEN 2014



Fuente: Instrumento aplicado a pacientes mastectomizadas en el servicio de cirugía INEN 2014

ANEXO L

CONOCIMIENTO DE LAS PACIENTES MASTECTOMIZADAS SOBRE REHABILITACIÓN POR DIMENSIONES EN EL SERVICIO DE CIRUGÍA EN EL INSTITUTO NACIONAL DE ENFERMEDADES NEOPLÁSICAS 2014 LIMA – PERÚ 2016

Conocimiento sobre Rehabilitación	Generalidad sobre ejercicios		Rehabilitación acostado		Rehabilitación sentado		Rehabilitación de pie	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Conocen	10	33	12	40	11	37	07	23
No conocen	20	67	18	60	19	63	23	77
TOTAL	30	100	30	100	30	100	30	100

Fuente: Instrumento aplicado a pacientes mastectomizadas en el servicio de cirugía INEN 2014

ANEXO M

CONOCIMIENTO DE LAS PACIENTES MASTECTOMIZADAS SOBRE REHABILITACIÓN SEGÚN ITEMS EN EL SERVICIO DE CIRUGÍA EN EL INSTITUTO NACIONAL DE ENFERMEDADES NEOPLÁSICAS 2014 LIMA – PERÚ 2016

N°	ITEMS	NO CONOCE		CONOCE		TOTAL	
		N°	%	N°	%	N°	%
GENERALIDADES SOBRE EJERCICIOS DE REHABILITACION							
1	La rehabilitación consiste en realizar ejercicios físicos para prevenir la linfedema.	18	60%	12	40%	30	100%
2	Los ejercicios de rehabilitación es importante porque ayuda a recuperar la movilidad del brazo afectado.	09	30%	21	70%	30	100%
3	Los ejercicios de rehabilitación post mastectomía debe iniciarse a las 24 hrs después de la cirugía.	13	43%	17	57%	30	100%
4	Los ejercicios de rehabilitación debe realizarse en forma suave, lenta y progresiva.	23	77%	07	23%	30	100%
5	La frecuencia de repeticiones de ejercicios de rehabilitación es de 10 a 12 repeticiones por cada ejercicio	23	77%	07	23%	30	100%
6	La frecuencia diaria de los ejercicios físicos de rehabilitación es 3 veces al día.	24	80%	06	20%	30	100%
7	La complicación más frecuente de la mastectomía por no realizar ejercicios de rehabilitación es el linfedema.	07	23%	23	77%	30	100%
REHABILITACION ACOSTADA							
8	Los ejercicios de rehabilitación acostada debe realizarse en el suelo	15	50%	15	50%	30	100%
9	El ejercicio físico que se realizan al estar acostada es estiramiento del brazo afectado.	03	10%	27	90%	30	100%
10	Otro ejercicio físico acostado es poner las manos detrás del cuello, unir y separar los codos.	15	50%	15	50%	30	100%
REHABILITACION SENTADA							
11	La posición correcta para realizar los ejercicios en una silla es con la espalda recta y pies bien apoyados en el suelo	09	30%	21	70%	30	100%
12	El ejercicio físico sentado apoyado en una mesa consiste en sin mover el cuerpo deslizar el brazo afectado en mesa hacia adelante.	13	43%	17	57%	30	100%
13	El ejercicio físico sentado usando los codos es apoyado al respaldo de la silla unir los codos lo más que pueda.	15	50%	15	50%	30	100%
14	El ejercicio físico sentado frente al espejo es con el brazo afectado sobre la cabeza tocar la oreja contraria.	15	50%	15	50%	30	100%

N°	ITEMS	NO CONOCE		CONOCE		TOTAL	
		N°	%	N°	%	N°	%
	REHABILITACION DE PIE						
15	El ejercicio físico con la espala recta en la pared es pegado a la pared estirar los brazos hacia arriba lo más que pueda.	03	10%	27	90%	30	100%
16	El ejercicio físico con la espalda de frente a la pared es agarrado de la pared de palmas trate de subir lo más que pueda.	23	77%	07	23%	30	100%
17	El ejercicio físico con el bastón o palo de escoba es levantar por encima de la cabeza y ponerlo detrás de la cabeza.	16	53%	14	47%	30	100%
18	El ejercicio con bastón con las manos en extremos detrás de la espalda es levantar el bastón o palo por detrás hasta sentir estiramiento	17	57%	13	43%	30	100%
19	Otro ejercicio con bastón o palo con las manos en extremos por delante es sentado con brazos extendidos mover el bastón de un lado a otro.	19	63%	11	37%	30	100%
20	El ejercicio físico de pie con el uso de una toalla por la espalda es tomar ambos extremos tirar con el brazo por encima de la cabeza.	15	50%	15	50%	30	100%

Fuente: Instrumento aplicado a pacientes mastectomizadas en el servicio de cirugía INEN 2014