



MEDICIÓN DE CALIDAD DE VIDA.

EN PACIENTES CON CANCER DE MAMA AVANZADO

**SERVICIO DE MEDICINA PALIATIVA Y ONCOLOGÍA HOSPITAL SAN
ROQUE DE CÓRDOBA**

**Presentado por:
MÉDICA ANDREA SOSA**

Tesis para optar por el grado académico de Máster en Bioética

**Director de Tesis
Dr. Hugo Vilarrodona**

CÓRDOBA, ARGENTINA

2014

Dedicatoria

A mi esposo que me ayudo con todo con su tiempo y también con su conocimiento, a mis hijos, a mi nieto, a mi nuera que son el motor de mi vida, a todos ellos que son lo que más quiero, mi más profunda gratitud por las herramientas que me han suministrado a lo largo de este camino. Hoy gracias a ellas puedo sentir realmente el mundo que está a mí alrededor y puedo apreciarlo de una manera tan maravillosa

Agradecimientos

A mis queridas pacientes, quienes fueron las que me inspiraron en la temática de mi tesis.

A mi director de tesis el Dr. Hugo Vilarrodona por sus aportes enriquecedores en su elaboración

A la Dra. Mónica Balzarini que con su tiempo y paciencia me ayudó a descubrir el valor de la estadística aplicada.

A la Dra. María Rosa Di Noto, mi compañera de trabajo y amiga, que me estimuló para realizar la maestría y me acompañó en cada tarea.

Al Hospital San Roque y a la División de Oncología.

A mis compañeros y profesores de la Maestría en Bioética, que en cada clase me sorprendieron y me ayudaron a tener la mente más abierta a todas las opiniones, basado en el respeto y el cariño profundo por el debate de las ideas.

Numerosas personas me acompañaron, de una forma u otra, en el desarrollo de este trabajo. A todos ellos muchas gracias...

Art. 23.- Ord. Rectoral 3/77 " La Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional de Córdoba, no es solidaria con los conceptos vertidos por el autor"

ÍNDICE

| | |
|---|-----------|
| RESUMEN | 7 |
| ABSTRACT | 8 |
| CAPÍTULO I: | |
| CALIDAD DE VIDA EN MUJERES CON CANCER DE MAMA | 9 |
| I.1. PRESENTACIÓN | 10 |
| I.2. ANTECEDENTES | 12 |
| I.3. PLANTEO DEL PROBLEMA | 19 |
| I.4. MARCO TEÓRICO | 20 |
| I.5. HIPÓTESIS | 25 |
| I.6. OBJETIVOS | 25 |
| I.6.1. objetivo GENERAL | 25 |
| I.6.2. objetivos ESPECÍFICOS | 25 |
| CAPÍTULO II: | |
| CANCER DE MAMA METASTASICO, TRATAMIENTO, CUIDADOS | |
| II.1. LA PATOLOGIA Y SU TRATAMIENTO | 27 |
| II.2. CUIDADOS PALIATIVOS | 28 |
| CAPÍTULO III: | |
| MEDICION DE LA CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES CON CANCER DE MAMA AVANZADO DEL HOSPITAL SAN ROQUE | 32 |
| III.1 DISEÑO METODOLÓGICO | 32 |
| III.2 VARIABLES RELEVADAS | 33 |
| III.3 ANÁLISIS ESTADÍSTICO | 35 |

| | |
|---|-----------|
| CAPÍTULO IV: | |
| INDICADORES DE CALIDAD DE VIDA BAJO CANCER DE MAMA AVANZADO. | 36 |
| IV.1 RESULTADOS Y DISCUSIÓN | 36 |
| iv.1.1 Características sociodemográficas | 36 |
| | |
| CAPÍTULO V: COMENTARIOS FINALES | 59 |
| BIBLIOGRAFÍA | 60 |
| ANEXOS | 63 |
| Anexo1. Cuestionario elaborado | 63 |
| Anexo2. Cuestionarios modelos | 66 |
| Anexo3. Registro fotográfico | 77 |
| Anexo4. Noticia periodística | 82 |
| Anexo5. TNM | 83 |

RESUMEN

Este trabajo se inicia a partir de mi vivencia diaria como oncóloga, en un grupo de pacientes con características tan diversas en cuanto a personalidad, entorno familiar, nivel cultural y socioeconómico; pero con algo en común: su dolencia por un cáncer avanzado y la necesidad de ser atendidos. El objetivo es advertir la importancia de la calidad de vida de pacientes con cáncer de mama metastásico. Se realizó un estudio observacional transversal de pacientes del Hospital San Roque de Córdoba con datos aportados por entrevistas a través de un cuestionario de calidad de vida diseñado ad hoc. Se realizaron observaciones referidas a la consulta del paciente, el control del dolor y el acompañamiento familiar, las cuales son determinantes en el control de los síntomas. La investigación permitió identificar individuos más vulnerables respecto a condiciones de calidad de vida. Estos se asociaron con menor acompañamiento familiar, falta de consulta con profesionales en Salud Mental, no así con su equipo médico con las que todas manifestaron conformidad y seguridad.

Palabras clave: calidad de vida, cáncer de mama avanzado.

ABSTRACT

This report is based on my daily experience as an oncologist doctor, with a group of patients with many differences, in their personalities, family structures, education and culture, and economic and social characteristics; but, they all have something in common: their pain caused by and advanced cancer and the need for attention. The target is to warn the importance of a life quality in metastatic breast cancer patient's health. A cross- observational study was accomplished in Cordoba's Hospital San Roque patients with information collected from interviews based on a life quality questionnaire ad hoc. The patient's consultations, the control of the pain, and the family accompaniment were observed, as determinant factors in the control of the symptoms. This investigation allowed identifying the most vulnerable individuals in respect of life quality conditions. These were associated with lower family accompaniment, lack of professional consultations in mental health. In opposition, they showed themselves satisfied and safe with the medical team.

Keywords: life quality, advanced breast cancer.

CAPÍTULO I

CALIDAD DE VIDA EN MUJERES CON CANCER DE MAMA

I.1. PRESENTACIÓN

El cáncer de mama es el cáncer maligno más frecuente en la mujer, representando el 22% del total de los mismos. Se calcula que una de cada trece mujeres lo padecerá a lo largo de su vida, lo que significa un total del 7% de la población femenina (OMS, 2006). La incidencia de esta enfermedad sigue una curva siempre ascendente a partir de los 35 años, presentando una aceleración entre los 40 y 50 años y otra entre los 60 y los 70 años. Según el MD Anderson Cáncer Center, el cáncer de mama es la mayor causa de muerte en mujeres menores de 65 años en los países occidentales y en Argentina puede afectar a 1 de cada 6 mujeres, (Datos Instituto de Oncología Ángel H. Roffo Universidad de Buenos Aires. Argentina 2012)

En esta tesis se trabajará con pacientes del Hospital San Roque, una Institución polivalente, referente en la provincia de Córdoba, que cuenta con divisiones de Oncología y Medicina Paliativa, siendo un centro donde se receptan las derivaciones de pacientes tanto de capital como del interior de la provincia de Córdoba y de otras provincias colindantes. De los datos estadísticos de nuestro hospital tenemos que aproximadamente son asistidos 13.800 pacientes por mes en todos los servicios, incluidos los pacientes asistidos por la guardia. En el servicio de oncología se asisten entre 250 y 350 enfermos con neoplasias por mes de los cuales entre 100 a 120 se corresponden con casos de cáncer de mama.

La mayoría de los tratamientos que estas pacientes reciben no son inocuos para su calidad de vida. Aun con alta diversidad entre las pacientes referida a sus personalidades, entorno familiar, nivel cultural y socioeconómico, todas tienen algo en común: su dolencia por la enfermedad y su tratamiento así como la necesidad de ser atendidas no solo con alto nivel de profesionalismo en lo técnico referido a la patología, sino también con la sensibilidad necesaria para cuidar su calidad de vida. Sin embargo, algunos tratamientos o cuidados que recibe la mujer enferma pueden causar una disminución acelerada de su calidad de vida (Abreu G. 1991).

Resulta imprescindible advertir la importancia de la calidad de vida en este grupo de pacientes, para realizar acciones en pro de su mejora. Asimismo, es necesario evaluar si el paciente consulta, si controla el dolor, si viene acompañado por un familiar; esto usualmente se hace en forma conjunta con los servicios de medicina paliativa para brindar el mejor tratamiento a cada síntoma

Estas observaciones son determinantes en el control clínico de la patología, y se deben realizar en un contexto que priorice el buen vínculo que se debe crear entre el paciente y el médico.

La calidad de vida puede ser el bienestar, felicidad, satisfacción de la persona que le proporciona una capacidad de actuación en un momento dado de la vida. La referencia más antigua sobre calidad de vida se remonta a la obra de Séneca, sobre una vida feliz donde se escribió acerca de *qualitas vitae* (aproximadamente 50 D.C). El término se utiliza en una generalidad de contextos.

Cuando se habla de mejorar la calidad de vida en general no hay un conocimiento claro de lo que significa. La calidad de vida global fue referida inicialmente al concepto económico. En la postguerra se comienza a aplicar en otros aspectos, entre ellos la salud.

La calidad de Vida en Salud puede definirse como la satisfacción de un individuo en aspectos que abarcan la salud, en el contexto que marca la O.M.S. (Organización Mundial de la Salud), no solo la ausencia de enfermedad sino el bienestar en otras áreas: físico, mental, emocional, social y espiritual

El concepto Calidad de Vida puede verse desde distintas perspectivas, pero todas ellas coexisten en la persona. Desde lo subjetivo, se podría pensar que cada ser humano tiene su concepto propio sobre la vida, la calidad de vida y la felicidad. Aunque desde una perspectiva universal las dimensiones de la calidad de vida son valores comunes en diversas culturas.

El concepto holístico de calidad de vida incluye todos los aspectos de la vida clasificados en tres grandes categorías, según explica el modelo biopsicosocial. El ser humano es un todo. Pero también existe la perspectiva dinámica, aquella que establece que dentro de cada persona, la calidad de vida cambia en períodos cortos de tiempo: unas veces somos más felices y otras menos. La calidad de vida solo se comprende desde la interdependencia ya que los aspectos o dimensiones de la vida están interrelacionados de tal manera que cuando una persona se encuentra mal físicamente o está enferma, esto repercute en los aspectos afectivos, psicológicos y sociales.

Una vez establecidos estos conceptos y considerando que el sistema Sanitario actual padece de notables defectos para cumplir con la compleja asistencia que es requerida en este grupo de pacientes.

La finalidad de la presente investigación es contribuir al empoderamiento de hábitos y costumbres sociales que respetando la naturaleza de las distintas culturas y contextos de mujeres afectadas con cáncer de mama avanzado, mejoren su calidad de vida.

I.2. ANTECEDENTES

En gran parte del mundo, el resurgimiento de problemas ligados a la pobre calidad de vida es consecuencia de la falta de salud y progreso comunitario. La salud y el progreso comunitario, están tan íntimamente conectados, que las condiciones de salud en una sociedad constituyen uno de los indicadores más significativos de su grado de desarrollo (OPS Clichevsky N. 2002). La ecuación es circular ya que la falta de salud trae aparejada pérdida en la calidad de vida y la disminución de esta empobrece el estado de los pacientes. La calidad por definición es la cualidad, virtud o utilidad que hacen que algo o alguien sean apreciados, por lo tanto la calidad es un valor. Pero ¿Qué es un valor en la sociedad?

Los valores son aquellas características morales en los seres humanos, tales como la humildad, la piedad y el respeto, como todo lo referente al género humano, el concepto de valores se trató, principalmente en la antigua Grecia, como algo general y sin divisiones, pero la especialización de los estudios en general han creado diferentes tipos de valores, y han relacionado estos con diferentes disciplinas y ciencias. Se considera que se tienen valores cuando existe el respeto a los demás; asimismo los valores son un conjunto de pautas que la sociedad establece para las personas en las relaciones sociales. Los valores y las cuestiones bioéticas son decisivas para el vivir social y la sociedad no puede desentenderse de ellos.

Existen distintas teorías desde donde se entrelazan los conceptos de valores y calidad de vida: 1) la naturalista que consideran a la naturaleza el principio único de todo aquello que es real; 2) la emotivista, que afirma que los juicios de valor proceden de las emociones individuales y esta tienen por objeto persuadir a que los

demás sientan lo mismo, no utiliza medios racionales para demostrar su validez, ej. afirmaciones como matar es malo, no informa de la naturaleza del acto de matar, sino que expresa el sentimiento que este provoca, 3) la ética utilitarista: una de las más influyentes de la modernidad, esa una doctrina que determina que la bondad de los actos debe calcularse en relación a la utilidad que representa y tiene como criterio que debe buscarse “ el mayor bien, para el mayor número de personas”, 4) la teoría axiológica que representa una perspectiva subjetivista, la cual parte del concepto que el sujeto es quien otorga el valor de las cosas, las cosas no son valiosas por sí mismo es el ser humano quien crea el valor. Esta visión subjetivista admite además que todo valor depende de la aceptación de un grupo social, de forma que algo se define como bueno, malo, en función de la valoración que le otorga el grupo social mayoritario.

Las oportunidades que valoran los seres humanos son infinitas y cambian a través del tiempo. Sin embargo, independientemente del nivel de desarrollo que tenga una sociedad, los tres parámetros esenciales para la gente son: a) disfrutar de una vida prolongada y saludable; b) adquirir conocimientos; y c) tener acceso a recursos e ingresos suficientes para mantener un nivel de vida decente.

Estas teorías surgen de la existencia de algo previo, la vida humana es algo con lo que ya venimos, no nos la damos, es este el sentido de la sacralidad de la vida, se basa en lo religioso que concibe a la moral como un orden natural o sobrenatural dado. Un teólogo, de amplia contribución en la bioética, Richard McCormick se refiere desde su visión de creyente, sacando a la luz graves riesgos que amenazan a la ética en general y a la bioética en particular y pueden contribuir a un retroceso en el conocimiento y apreciación de los valores que constituyen a la persona.

En el capítulo de ética de la calidad de vida de Diego de Gracia (Gracia D. 1998) se formulan doce tesis, que se presentan a continuación: Primera tesis: el término en sí, calidad de vida, tiene una historia relativamente breve, deriva de la teoría de la calidad de materiales, que comenzó a ser elaborada en las primeras décadas de nuestro siglo, de allí pasó a las ciencias humanas, especialmente a la economía y sociología, en los años sesenta, en tiempo de los presidentes Kennedy y Johnson. Segunda tesis: calidad de vida no es un término descriptivo sino valorativo. Esto significa que no es un hecho sino un valor y, en tanto que tal, resultado de un proceso de estimación o preferencia. Tercera tesis: una vez aceptado que la calidad de vida es un valor y no un hecho, es preciso dar un paso más y reafirmar, que como ya dijera Max Scheler, la moralidad no es un valor en sí, sino la realización de los valores. En su tabla de valores Scheler no incluye los valores morales, sino de lo justo y lo injusto, porque considera, pienso que con razón, que el acto moral consiste en la preferencia entre los distintos valores, en obrar según el orden de los valores, daría como resultado un tipo de perversión de la moralidad que Max Scheler llama "fariseísmo". Por tanto, los actos morales son puramente descriptivos (o de hechos), pero tampoco son estrictamente evaluativos (o de valores) sino actos de otro orden, que llamamos "prescriptivo". La prescripción es la característica específica de los actos morales. Cuarta tesis: dado que la calidad es un valor existen tantas teorías distintas de la calidad cuantas son las concepciones del valor: hay teorías naturalistas, otras emotivistas, otras utilitaristas y otras propiamente axiológicas. Todas ellas, sin embargo, parten de la existencia de algo previo a la calidad, que desde la antigüedad viene denominándose "sacralidad" de la vida, y que últimamente ha dado a llamarse, pienso erróneamente, "Santidad de vida". Quinta tesis: La teoría naturalista o iusnaturalista parte de la

existencia de una ley natural que define de forma formal y materialmente el contenido de la sacralidad de la vida humana. El concepto de la calidad de vida no puede significar, pues, más que el cumplimiento material y formal del contenido del precepto de respeto a la vida presente en la ley natural. Pero ese cumplimiento ha de ser siempre concreto, circunstanciado, y tener en cuenta las circunstancias y secuencias de cada situación. Cabría decir, pues, que la sacralidad de la vida es un principio de ley natural, y que la calidad de vida es el resultado de la realización de juicios prudenciales sobre situaciones concretas, a la vista de las circunstancias y consecuencias que concurren e ellas. La tesis clásica es que las circunstancias contingentes de ciertos casos concretos pueden obligar a realizar juicios prudenciales que de algún modo conduzcan a abreviar la vida. Estos juicios prudenciales pueden denominarse calidad de vida. Así Richard Mc Cormick ha desarrollado el tema de la calidad de vida a partir de la distinción clásica entre medios ordinarios y extraordinarios. Sexta tesis: El enfoque emotivista de la teoría de los valores lleva a considerar estos no ya como propiedades naturales de las cosas, ni como cualidades objetivas de la realidad sino como estimaciones subjetivas, resultado de actos internos de preferencia realizados por el psiquismo humano sobre los datos de los sentidos, y que no tienen otro valor que el puramente emocional. Además de la inteligencia, los seres humanos tenemos emociones, que son el fundamento de los actos de aprecio o desprecio por las cosas. Por tanto, las cosas que tienen precio, y el valor económico es el objeto de la ciencia económica. De ahí que los economistas son por lo general teleologistas y utilitaristas. Desde este punto de vista, la calidad de vida se define como la maximización de la utilidad o del rendimiento. En relación a la utilidad y el rendimiento, las acciones humanas pueden considerarse como proporcionadas o desproporcionadas. La

calidad de vida se mediría, pues, fundamentalmente en términos económicos, y de acuerdo a ella los actos se calificarían de proporcionados o desproporcionados. Séptima tesis: La teoría axiológica permite pensar el concepto de “calidad de vida” de otro modo. Cuando diferentes valores entran en conflicto entre sí, se puede optar por la realización de los valores espirituales o específicamente humanos a costa de los inferiores o puramente vitales, o se puede optar por lo contrario. En el primer caso se considera más importante la calidad de vida. Todo conflicto de valores es de hecho una tragedia que se resuelve o a favor de la cantidad de vida o de la calidad de vida. Esto último se realiza paradigmáticamente, según Max Scheler, en el genio, el héroe y el santo. Octava tesis: A mi entender la ética debe partir de la información indiscutible de un principio absoluto, que es el de la sacralidad del ser humano. Este principio de la sacralidad de la vida humana es, en mi opinión, absoluto. Es el canon de toda la moralidad. Esto no significa que sepamos en concreto y de modo cierto y absoluto lo que es la vida humana o quienes son seres humanos y que la determinación de ese momento es una cuestión empírica que puede variar, y de hecho ha variado, a lo largo de la historia. Novena tesis: A partir de estas consideraciones, se puede concluir que cada sociedad y cada individuo deben dotar de contenido en cada momento concreto al principio formal de la sacralidad de la vida humana. De este modo cada sociedad define lo que entiende por calidad de vida. Décima tesis: esta calidad de vida se estructura en dos niveles, uno público y otro privado. Cada individuo define individual y socialmente su propio sistema de valores, su concepto de vida y de calidad y, por tanto, de felicidad. Desde ahí establece el propio proyecto de vida. Esto es lo que se llama “ética de máximos”, que en bioética se expresa en los principios de autonomía y beneficencia. Al mismo

tiempo, todos los miembros de una sociedad deben contratar, mediante el procedimiento de la voluntad general, un conjunto de valores, que sean respetados por todos, aun coactivamente. En el nivel de la ética pública, la definición general de “calidad de vida” que realiza la sociedad expresa en forma de leyes. Hoy es tópico denominar este nivel como el de la “ética civil” o “ética de mínimos” de una sociedad. En bioética se habla a este nivel de principios de no maleficencia y de justicia. Undécima tesis: en consecuencia es preciso considerar un último nivel en relación al tema de calidad de vida. La calidad de vida privada o de máximos y la pública o de mínimos se expresa en formas de principios y normas que pretenden ser universales, como lo son los principios de la bioética o las leyes jurídicas. Pero tanto los unos como los otros tiene excepciones, precisamente porque no tiene carácter absoluto. Criterios como el estado de necesidad, la legítima defensa, el carácter ordinario o extraordinario de los hechos, su costo desproporcionado, etc., permiten hacer excepciones a los principios materiales deontológicos. Es otro sentido, el último, en el cual se utiliza el término “calidad de vida”. Duodécima tesis: en consecuencia, se puede decir que el concepto de “calidad de vida” no es incompatible con el de la sacralidad de la vida humana, sino, muy al contrario, complementario suyo. Por su parte, la “calidad de vida” comprende varios niveles, por lo menos tres calidades de vida privada o de máximos, calidad de vida pública o de mínimos, y el criterio de excepcionalidad, que permite definir lo que es calidad en unas circunstancias concretas y a la vista de unas ciertas consecuencias.

Los últimos enunciados de las tesis de Diego de Gracia se refieren a éticas de máxima y de mínima. Las éticas de justicia son éticas de mínimos que se ocupan del aspecto universalizable del fenómeno moral, deberes de justicia solicitados a cualquier ser racional. La ética

de mínimos permite: a) elaborar una ética de la convivencia democrática, donde se comparten los mínimos por todos, y se toleran los máximos que se profesan (multiplicidad en la coexistencia de distintos grupo); b) aplicar esos mínimos al ámbito de las profesiones; c) elaborar una ética universal, un “Nuevo Orden Ético Internacional” desde las exigencias universalizables de justicia.

El criterio de lo bueno, en una sociedad plural —decíamos en *Ética mínima*, allá por su primera aparición—, tiene al menos dos lados. Uno de ellos es el de esos valores éticos que una sociedad pluralista puede exigir en justicia, otro es el de las propuestas de felicidad y sentido a las que invitan las diversas éticas de máximos. Nacen de la conciencia de que socialmente sólo podemos exigirnos mutuamente esos mínimos de justicia, a los que al menos verbalmente ya hemos dado nuestro asentimiento y que tienen su fundamento en una razón sentiente. Los máximos no pueden exigirse, pero son el suelo nutricio de los mínimos, a ellos puede invitarse y deben hacer tal invitación quienes realmente crean que son una respuesta al afán de felicidad.

Las éticas de la felicidad y de la dicha, entre ellas están las morales cristianas, son éticas de máximos. Estas éticas promueven ideales de vida buena, y en la medida que resulta “buena” se aconseja y se invita a seguir, pero no se exige cumplir

I.3. PLANTEO DEL PROBLEMA

La vulnerabilidad entendida como la propensión a sufrir un daño ante la presencia de un agente destructor y la incapacidad para absorber los efectos de un cambio y adaptarse a las modificaciones (Clivesky, 2002), puede variar sustancialmente con la idiosincrasia y con el entorno de las personas. La resiliencia o capacidad de resistir o recuperarse a los daños es dispar entre personas y puede depender fuertemente de la calidad de vida de éstas.

Por ello es importante comprender la incidencia o efectos que tienen, sobre la calidad de vida, los tratamientos que pueden llegar a implementarse (ya sea ordinarios o extraordinarios) en las situaciones de enfermedad terminal o situaciones irreversibles provocadas por accidentes o enfermedades. Esto es fundamental en la toma de decisiones ya que se afecta directamente la dignidad poniendo así en funcionamiento la autonomía y autodeterminación de la persona humana.

Dejando de lado la perspectiva técnica, no hay muchos expertos en el manejo de la calidad de vida de las pacientes con tratamiento del cáncer avanzado. En el seno de la comunidad médica Latinoamericana no existe suficiente conocimiento acerca del impacto y la vulnerabilidad de la población expuesta frente a esta patología.

Se revisa la importancia del concepto de calidad de vida relacionado con la salud como un aporte fundamental en la evaluación de resultados en salud, al haberse tornado insuficiente las medidas tradicionales de morbimortalidad y expectativa de vida. Se destaca la importancia de tomar en cuenta la percepción del paciente, sus deseos y motivaciones en el proceso de toma de decisiones en salud así como en la evaluación de la calidad de la asistencia sanitaria, este concepto valorado desde muchos aspectos que incluye las áreas de estado funcional, bienestar psicológico, las percepciones médicas y los síntomas relacionados con la enfermedad

y el tratamiento. No existe un instrumento único genérico común al cáncer para valorar la calidad de vida. Por eso es importante conocer este concepto y las formas de medirla.

Existe un gran conjunto de instrumentos para medir la calidad de vida globalmente (Arraras, J, et al; 2004- Lugo Alonso, J, et al1996) y otros son más específicos de la enfermedad, y se requiere de investigaciones que prueben la confiabilidad y validez de los criterios que se utilizan. Solo a través de la investigación rigurosa sobre las distintas casuísticas es que es posible develar qué dimensiones son las más significativas de tratar, qué acompañamiento es necesario y que indicadores considerar para mejorar la calidad de vida de las pacientes en cada una de las instancias que transite a causa de la patología.

I.4. MARCO TEÓRICO

La salud pública es la disciplina encargada de la protección de la salud a nivel poblacional. Tiene como objetivo mejorar la salud de la población, así como el control y la erradicación de las enfermedades. Es una Ciencia de carácter multidisciplinario, ya que utiliza los conocimientos de otras ramas del conocimiento como las Conductuales y Sociales (CEPIS y OPS Saneamiento Ambiental). Tiene por finalidad la promoción y el mejoramiento de condiciones de vida.

El término bioética es un neologismo introducido en el idioma inglés por Potter en el año 1970. Su éxito ha sido proporcional a su propia indefinición. De hecho cada uno lo ha interpretado a su modo y manera, de acuerdo a su profesión e ideología. Los médicos vieron en él el nuevo rostro de la ética médica o deontología profesional. (Gracia D. 1998)

Desde sus orígenes, la bioética ha hecho del problema de la calidad de la vida el centro de todas sus reflexiones. Primero, a partir de la calidad de vida de los pacientes y, posteriormente también, en relación con la vida de todos los seres humanos en general, ya por fuera de los marcos de la práctica clínica.

El análisis de la calidad de vida es un tema complejo y resulta aún más cuando se evalúa en condiciones extremas de vulnerabilidad, sin embargo aún en la fase terminal de cualquier enfermedad es posible alcanzar unos índices de calidad de vida buenos o aceptables de acuerdo al manejo que se aplique.

El hecho de que grandes sectores de la población de la mayoría de los países de América Latina sigan sin tener un acceso real a los servicios de salud y que este déficit de cobertura se produzca en medio de una restricción considerable de los recursos disponibles para el sector, presenta un mayor desafío para la capacidad de organización y gestión de los sistemas nacionales de salud. Es por ello que se ha venido insistiendo en que para reducir los efectos de la crisis económica, resulta de vital importancia que los países utilicen de la manera más eficiente sus recursos para la atención integral de la salud y que, al mismo tiempo, se produzca una intensa movilización de recursos nacionales, complementada por una movilización de recursos externos para lograr la transformación de los sistemas de salud que permita atender las necesidades crecientes de la población.

La Salud Pública continúa ampliando su campo y sus funciones e integra a la atención preventiva de las personas y la del ambiente natural, el entorno social y también los aspectos de la atención curativa, actualmente existe un amplio consenso en que esta se ha convertido en una ciencia integradora y multidisciplinaria (Humanidades Médicas). No obstante, sigue siendo complicada la implementación de servicios especiales como el de Medicina Paliativa orientado a tratar pacientes con

estado de enfermedad avanzado, muchos de ellos provenientes de servicios de oncología.

En oncología, el término de calidad de vida está adquiriendo más importancia debido a los cambios que se están produciendo en las posibilidades de tratamiento, los avances científicos permiten alargar la vida de los pacientes mediante tratamientos, muchas veces agresivos, necesarios para prolongar la sobrevida.(Arraras, J et al 2004)

Es importante definir la calidad de vida dado que en la relación médico-paciente hay valoraciones subjetivas, tanto del médico como del paciente sobre la pérdida de salud. También es importante definir como medir el estado de calidad de vida bajo estas condiciones con instrumentos apropiados y validados previamente. Los cuestionarios de calidad de vida no sustituyen las evaluaciones clínicas analíticas, morfológicas sino que la complementan, reflejados estos primeros en la historia clínica. Por otro lado, es una concepción moderna compartir responsabilidades con el paciente en cuanto a las decisiones que afecten a su salud contemplada en la actualidad en los códigos de ética moderna.

Los tratamientos nuevos y mejorados están ayudando a las personas con cáncer de mama a vivir por más tiempo como nunca antes. Sin embargo, incluso con tratamiento, el cáncer de mama puede diseminarse a otras partes del cuerpo. Algunas veces, el cáncer retorna incluso después de que se extirpa el tumor entero y se descubre que los ganglios linfáticos están libres de cáncer (Santana J. 2000). Cuando el cáncer de mama se disemina más allá y llega a los ganglios linfáticos o a otros órganos distantes, se lo considera avanzado o cáncer de mama metastásico (Castillo G. 1990). Las pacientes en estados avanzados, presentan un sistema inmunológico deficiente y son más vulnerables para enfrentar la vida cotidiana. Condiciones de vida marcadas por el bajo nivel socio-económico potencian la pérdida de calidad de vida de estas pacientes. En los sectores marginales las mujeres tienen más dificultad

para acceder a su atención, mayores dificultades en el contexto familiar para poder sobrellevar su patología tanto por su impacto en la situación económica como por desconocimiento de las posibilidades que el sistema de salud le proporciona para el tratamiento adecuado de su enfermedad.

La salud en todo momento se encuentra relacionada directamente con la educación. La construcción en la escuela o en el hogar de conocimientos, actitudes, técnicas, costumbres y experiencias relacionadas con el cuidado de la salud y el propio conocimiento permiten al individuo aspirar y mantener una vida sana, modificar hábitos de vida y condiciones sanitarias que pueden estar influyendo directa o indirectamente con el desarrollo de enfermedades. El nivel educativo deficiente crea condiciones de vida desventajosas.

Es importante diferenciar los pacientes terminales de aquellos que se encuentran en un estadio avanzado de su enfermedad, con pocas posibilidades de curación, pero que son capaces de responder potencialmente a tratamientos específicos que no han sido aplicados y podrían aumentar la supervivencia y/o mejorar la calidad de vida si son eficaces. “Enfermedad metastásica avanzada no tiene porque ser sinónimo de enfermedad terminal” (pautas en Oncología Ángel Roffo 2012)

La Calidad de Vida es de fundamental trascendencia para las pacientes con enfermedades oncológicas en estado avanzado. Por esto, el cuidado de la calidad de vida de estos pacientes debe considerarse como una función de Salud Pública.

Así, la calidad de vida tiene su máxima expresión en la calidad relacionada con la salud. Las tres dimensiones que global e integralmente comprenden la calidad de vida son: 1) Dimensión física: es la percepción del estado físico o la salud, entendida como ausencia de enfermedad, los síntomas producidos por la enfermedad, y los efectos adversos del tratamiento. No hay duda que estar sano es un elemento esencial para

tener una vida con calidad, 2) dimensión psicológica: Es la percepción del individuo de su estado cognitivo y afectivo como el miedo, la ansiedad, la incomunicación, la pérdida de autoestima, la incertidumbre del futuro. También incluye las creencias personales, espirituales y religiosas como el significado de la vida y la actitud ante el sufrimiento, 3) Dimensión social: Es la percepción del individuo, de las relaciones interpersonales y los roles sociales en la vida como la necesidad de apoyo familiar y social, la relación médico-paciente y el desempeño laboral.

Un aspecto a tener en cuenta cuando se pretende monitorear y actuar sobre la calidad de vida es el poder contar con instrumentos de medida estandarizados, que tengan un buen funcionamiento psicométrico, que sean aceptados ampliamente y que en su construcción se hayan tenido en cuenta características de diferentes países y grupos de pacientes. La medición de Calidad de Vida en los pacientes oncológicos comenzó en centros de investigación en los que se realizaba estudios sobre un tumor específico (Arraras J. et al 2004-Pautas en Oncología Ángel Roffo 2012-Lugo A. et al 1996). Como material Anexo de esta tesis se presentan 4 cuestionarios frecuentemente usados en otros centros para indagar sobre calidad de vida. En estos se observa que se refieren predominantemente a una valoración clínica del estado general.

La falencia en el tratamiento psíquico y emocional de las pacientes con cáncer avanzado lleva a descuidar una parte fundamental del tratamiento. Por ello los cuestionarios para evaluar calidad de vida en pacientes oncológicas con metástasis, deben también basarse en cuestiones inherentes al paciente.

Con el trabajo interdisciplinario entre profesionales de la Medicina Paliativa y Oncólogos que suma los actores del entorno de la paciente y la comunidad en general se pueden producir intercambios de saberes para concientizar acerca de la necesidad de mantener, en las pacientes con cáncer avanzado, la calidad de vida en sus mejores condiciones.

La falta de concientización en el cuidado de la Calidad de Vida se convierte en una de las principales causas de falta de control de síntomas y avance de la enfermedad en las peores condiciones de deterioro y mayor dolor. Estos agravantes pueden prevenirse con el correcto tratamiento de la paciente afectada y la apropiada educación de la sociedad, en general, sobre la importancia de mantener la calidad de vida de estas mujeres.

I.5. HIPÓTESIS

Entre las pacientes con cáncer de mama avanzado tratadas en el servicio de oncología del Hospital San Roque de Córdoba, existen casos con mayor susceptibilidad de sufrir importantes pérdidas de calidad de vida.

I.6. OBJETIVOS

I.6.1. OBJETIVO GENERAL

Develar cómo se articulan los conceptos de calidad de vida, salud y enfermedad para el abordaje y tratamiento de las pacientes con cáncer de mama avanzado tratado en el Hospital San Roque.

I.6.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- 1) Caracterizar socio-demográficamente las pacientes del servicio de oncología del Hospital San Roque con diagnóstico de cáncer de mama avanzado.

- 2) Obtener indicadores de calidad de vida de la comunidad y explorar su variabilidad.
- 3) Identificar factores orgánicos, psicológicos y socioculturales que inciden en la conducta y la calidad de vida de las pacientes con cáncer de mama.
- 4) Determinar el rol del profesional de la salud para el tratamiento y el acompañamiento de estas pacientes.
- 5) Establecer cómo influye el diagnóstico del cáncer de mama.

CAPÍTULO II

CANCER DE MAMA METASTASICO, TRATAMIENTO, CUIDADOS.

II.1. LA PATOLOGIA Y SU TRATAMIENTO

El cáncer de mama metastásico es una enfermedad heterogénea con manifestaciones clínicas variables de acuerdo al sitio de la enfermedad y la agresividad de la misma, así como a la sensibilidad o resistencia a los tratamientos médicos. Las metas del tratamiento en el cáncer mamario metastásico son: paliar síntomas de la enfermedad, mantener una buena calidad de vida y estado funcional, y prolongar la sobrevida libre de progresión y la sobrevida global.

Cuando surgen los síntomas de cáncer metastático, el tipo y la frecuencia de los síntomas dependerán del tamaño y de la ubicación de la metástasis. Por ejemplo, el cáncer que se disemina a los huesos suele causar dolor y puede resultar en fracturas. El cáncer que se disemina al cerebro puede causar varios síntomas, como dolores de cabeza, convulsiones e inestabilidad. La dificultad para respirar puede ser una señal de metástasis a los pulmones. La hinchazón abdominal o ictericia (coloración amarillenta de la piel) pueden indicar que el cáncer se ha diseminado al hígado.

Entre las cifras características de la variante metastásica, se conoce que de un 20 a 85% de las pacientes desarrollarán metástasis, 6 a 10% se presentarán como estadio IV (niveles muy avanzados), 18 a 24 meses de sobrevida media, 40 a 70% de remisiones objetivas con 1ras líneas (tratamientos iniciales), 3 a 25% de remisiones completas, 8 a 14 meses de duración media de la respuesta inicial, 20 a 45% de remisiones objetivas con 2das líneas, 6 a 12 meses de sobrevida media luego de 2das líneas (pautas en Oncología Ángel Roffo 2012).

Se modifican en muchos casos los hábitos de vida, con las indicaciones generales como reposo, inmovilización, collar cervical, férula, silla de rueda u otro soporte para movilizarse, yeyunostomías, colostomías, etc.

Los tratamientos paliativos más usuales cuando se diagnostica un cáncer de mama avanzado son los específicos para el control de su enfermedad como quimioterapia, radioterapia, hormonoterapia, cirugías paliativas. La mayoría de ellos, producen malestares como alopecia, náuseas, vómitos, pérdida del gusto, pérdida del apetito, astenia que se suman a los síntomas provocados por la enfermedad disminuyendo fuertemente la calidad de vida.

Tratamientos con medicación para el control de dolor y otros síntomas asociados a las complicaciones de la enfermedad: distintos analgésicos, corticoides, antieméticos, que también producen reacciones adversas como constipación, trastornos en la piel como estrías, obesidad, debilidad muscular, que deterioran la imagen corporal, brindan alivio, pero con las condicionantes reacciones adversas.

II.2. CUIDADOS PALIATIVOS

Los cuidados paliativos son los cuidados de alivio brindados a un paciente que tiene una enfermedad grave o mortal, como el cáncer avanzado. Los cuidados paliativos se administran desde el momento y durante el curso de la enfermedad. Por lo general, estos cuidados son administrados por un especialista que trabaja con un equipo de profesionales médicos, tales como médicos, enfermeras, dietistas titulados, farmacéuticos y asistentes sociales (Gracia D 1998). Los cuidados paliativos son distintos de los cuidados al final de la vida.

Aunque tienen los mismos principios de comodidad y apoyo, los cuidados paliativos empiezan con el diagnóstico y continúan durante el tratamiento del cáncer y después.

Los hospitales, los centros oncológicos y los establecimientos de atención médica a largo plazo proporcionan cuidados paliativos. Los médicos y los

hospitales locales pueden proporcionar los nombres de especialistas en cuidados paliativos o en control de síntomas.

Los cuidados paliativos tratan los problemas emocionales, físicos, prácticos y espirituales que resultan del cáncer. Los familiares también pueden recibir cuidados paliativos.

Según numerosas investigaciones, estos cuidados mejoran la calidad de vida de los pacientes y de sus familiares y alivian los síntomas físicos y emocionales causados por el cáncer y su tratamiento (Arraras J 2004).

Los efectos físicos y emocionales del cáncer y su tratamiento pueden ser muy diferentes de una persona a otra. Por ejemplo, las diferencias en edad, en antecedentes culturales o en sistemas de apoyo pueden dar como resultado necesidades muy diferentes de cuidados paliativos. Los cuidados paliativos completos tendrán en cuenta los siguientes problemas de cada paciente:

Problemas físicos: Los síntomas físicos comunes son el dolor, la fatiga, falta de apetito, náuseas, vómitos, falta de respiración e insomnio. Muchos de estos síntomas se pueden aliviar con medicamentos o con otros métodos como la terapia nutricional, la fisioterapia o las técnicas de respiración profunda. Además, la quimioterapia, la radioterapia o la cirugía pueden usarse para reducir el tamaño de tumores que causan dolor y otros problemas.

Problemas emocionales y para hacer frente a la enfermedad: Los especialistas en cuidados paliativos pueden proporcionar recursos para ayudar a los pacientes y a sus familias a hacer frente a las emociones que acompañan a un diagnóstico de cáncer y al tratamiento del mismo. La depresión, la ansiedad y el temor son algunos de los problemas que se pueden tratar con los cuidados paliativos. Los expertos pueden proveer orientación, recomendar grupos de apoyo, realizar reuniones familiares y hacer recomendaciones a profesionales de salud mental.

Problemas prácticos: Los pacientes de cáncer pueden tener inquietudes financieras o legales, preguntas sobre el seguro médico, preocupaciones sobre el empleo y sobre la preparación de instrucciones médicas por adelantado. Para muchos pacientes y sus familias, es difícil entender el lenguaje técnico y los detalles específicos de las leyes y de los formularios. Para aligerar esta

carga, el equipo de cuidados paliativos puede ayudar en la coordinación de los servicios apropiados. Por ejemplo, el equipo puede dirigir al paciente y a sus familias a recursos que ofrecen orientación financiera, explicaciones de los formularios médicos, u orientación legal, o a identificar recursos locales y nacionales tales como oficinas para transporte o para la vivienda.

Problemas espirituales: Cuando reciben el diagnóstico de cáncer, los pacientes y sus familias suelen buscar con más profundidad el significado de su vida. Para algunos pacientes, la enfermedad les da más fe; para otros, la enfermedad hace que pongan su fe en duda mientras luchan para entender por qué han padecido ellos cáncer. Un experto en cuidados paliativos puede ayudar a las personas a explorar sus creencias y valores para que encuentren paz o para que lleguen al punto de aceptación que es apropiado en su situación.

Los familiares representan una parte importante del tratamiento del cáncer y, como el paciente, tienen varias necesidades cambiantes. Ellos también pueden recibir cuidados paliativos. Es común que los familiares se sientan abrumados por las responsabilidades adicionales que tienen ahora. Muchos encuentran difícil cuidar a un familiar enfermo mientras satisfacen sus otras obligaciones, como su trabajo y cuidar sus otros familiares. Otros problemas se pueden añadir a la tensión, incluso la incertidumbre de cómo ayudar a sus seres queridos en situaciones médicas, el apoyo social insuficiente y las emociones como la preocupación y el temor. Estos retos pueden comprometer su propia salud. Los cuidados paliativos pueden ayudar a las familias y amigos a hacer frente a estos problemas y ofrecerles el apoyo que necesitan.

La transición de tratamiento curativo a cuidados para el final de la vida es una parte clave de los cuidados paliativos. Un equipo de cuidados paliativos puede ayudar a los pacientes y a sus seres queridos a prepararse para los cambios físicos que pueden tener lugar cerca del final de la vida y responder con un manejo adecuado de los síntomas en esta etapa de la atención. El equipo puede también ayudar a los pacientes a hacer frente a los distintos pensamientos y problemas emocionales que se presentan, como lo son la preocupación de abandonar a sus seres queridos, las reflexiones acerca de su

legado y relaciones, o llegar a aceptar que su vida ha terminado. Además, los cuidados paliativos pueden apoyar el estado emocional de familiares y de seres queridos, y con cuestiones como cuándo cesar la administración de terapia para el cáncer, la orientación en el duelo y la transición a cuidados para el final de la vida.

CAPÍTULO III

MEDICION DE LA CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES CON CANCER DE MAMA AVANZADO DEL HOSPITAL SAN ROQUE

III.1 DISEÑO METODOLÓGICO

Se realizó un estudio observacional transversal en la comunidad de pacientes tratadas por cáncer de mama avanzado en el Hospital San Roque de Córdoba, Argentina entre los meses de julio y diciembre del 2013. Las pacientes atendidas con cáncer de mama fueron 120 por mes, de las cuales aproximadamente un 10% corresponden a cáncer de mama estadio IV. El Hospital San Roque, se encuentra ubicado en la zona sur de la ciudad de Córdoba y llegan a este centro pacientes de la Capital y del interior de la Provincia de Córdoba. Los distintos servicios atienden pacientes con neoplasias ya que es una especialidad que requiere un enfoque multidisciplinario y que ingresan por las distintas áreas tanto quirúrgicas como clínicas, siendo la primera consulta generalmente la ginecológica.

Las pacientes con cáncer avanzado siguieron protocolos estándar para estadificación (T.N.M.) (ver Anexo 5) y tratamiento. La casuística de estudio (30 casos) corresponden a pacientes con cáncer de mama avanzado que fueron atendidas en forma conjunta en al menos dos servicios del hospital: Medicina Paliativa y Oncología. Se seleccionaron para el estudio todas las pacientes que debutaron con estadios avanzados de inicio o aquellas que siendo controladas, presentaron metástasis en la evolución de su enfermedad, todas fueron asistidas no sólo en Oncología sino también en Medicina Paliativa es decir estaban con asistencia por dolor, ya que son las que por dicha causa se supone están más comprometida su calidad de vida.

Se diseñaron formularios de encuestas para la recolección de las variables relacionadas tanto al paciente (datos sociodemográficos), a su clínica o

patología, percepción con la enfermedad, su entorno familiar y la relación con el servicio hospitalario (ver Anexo 1). El relevamiento se realizó paciente por paciente en una entrevista suministrada por la Oncóloga que la paciente podía completar sola o con la asistencia del médico.

III.2 VARIABLES RELEVADAS

El estudio comprendió dos grandes tipos de variables: socio-demográficas, de estado inherente del paciente

Variables socio-demográficas: a cada paciente se le registró edad, sexo, nivel de escolaridad alcanzado, nacionalidad, situación laboral de la paciente,

Variables inherentes del paciente: tanto desde el punto de vista médico ej. Umbral de dolor, terapéutica efectiva.

Percepción de su cuerpo y la importancia que le da a la misma, como el arreglarse para la consulta.

Conocimiento de su enfermedad y la necesidad de estar informada, confianza en su médico y en la institución.

Contención familiar

Consulta con Salud Mental, y la posibilidad de realizarla

Las variables cuantitativas se registraron en una escala numérica y ordinal diseñada ad-hoc. Por ejemplo, la medición del estado general del paciente se llevó a cabo mediante la escala propuesta por Karnofsky (Cuadro 1). La Escala Karnofsky Performance Status (KPS): fue introducida en la literatura científica en 1948 y desde entonces se transformó en una de las más utilizadas. Constituye una herramienta estandarizada empleada en el campo de la oncología, que inicialmente fue desarrollada para medir el estatus funcional o habilidades (principalmente físicas) de las personas con cáncer para desempeñar sus actividades diarias, (según información del National Cancer Institute).

Cuadro 1. Escala propuesta por Karnofsky para medición del grado de validez física de los enfermos.

| Observación | Punt. |
|--|--------------|
| Paciente Normal | 100 |
| Actividad normal. Síntomas menores | 90 |
| Actividades normales con esfuerzo. Algunos síntomas y signos | 80 |
| Se vale por si mismo, pero no puede llevar una actividad normal | 70 |
| Requiere asistencia ocasional. Cuidados para la mayoría de los casos | 60 |
| Requiere considerable asistencia y frecuente cuidado médico | 50 |
| Incapacitado. Requiere especial asistencia y cuidado | 40 |
| Muy incapacitado hospitalizado no muerte inmediata | 30 |
| Muy Enfermo- necesita tratamiento de soporte | 20 |
| Moribundo. Proceso en progresión rápida | 10 |
| Fallecido | 0 |

Además para evaluar la calidad de vida se diseñó un instrumento que incluye preguntas sobre factores mentales (ansiedad- depresión bienestar), factores sociales (familia –trabajo-amigos), factores físicos (movilidad-fatiga-autocuidado), y síntomas, iatrogenia (dolor-nauseas-anorexia). El mismo es un reflejo de la concepción multifactorial del concepto de calidad de vida (Cuadro 2).

Cuadro 2. Esquema multifactorial de la calidad de vida

CALIDAD DE VIDA

| | |
|----------------------|-------------------------------|
| Factores mentales | ansiedad- depresión-bienestar |
| Factores sociales | familia –trabajo-amigos |
| Factores físicos | movilidad-fatiga-autocuidado |
| Síntomas, iatrogenia | dolor-nauseas-anorexia |

Cuando la paciente asistía a la consulta al final, se la invitaba a participar de este cuestionario, sin compromiso y sin obligación de dar información que no quisieran, ninguna de las enfermas se negó a realizarla, como dato también importante que la gran mayoría no presentó problemas en cuanto a la comprensión de las preguntas.

III.3 ANÁLISIS ESTADÍSTICO

Se efectuó un análisis descriptivo para caracterizar socio demográficamente la casuística. Se usaron gráficos de sectores y barras para reportar resultados de las variables relevadas.

Se evaluó la variabilidad subyacente en la muestra de pacientes a través de un análisis multivariado de correspondencia múltiples (Johnson and Wichern, 1998), desde donde se identificaron los factores de mayor incidencia en la calidad de vida de las pacientes. Se analizaron mediante estadístico chi-cuadrado las interdependencias entre las variables de análisis. Los análisis se realizaron con el software estadístico InfoStat (Di Rienzo et al., 2013).

CAPÍTULO IV

INDICADORES DE CALIDAD DE VIDA EN EL CANCER DE MAMA AVANZADO.

IV.1 RESULTADOS Y DISCUSIÓN

IV.1.1 CARACTERISTICAS SOCIODEMOGRAFICAS

La distribución etaria del total de pacientes estuvo conformada por un 90% de mujeres entre las edades de 40 a 70 años. Los pacientes de menor o mayor edad respecto de este grupo (<40 y > de 70) fueron 3 (Fig. 1).

El cáncer de mama es un importante problema de salud pública. En la Argentina, cada año, mueren aproximadamente 5.400 mujeres (MSAL, 2009) y se estima que se diagnostican anualmente alrededor de 17.000 casos nuevos (Ferlay *et al.*, 2010). Según datos estadísticos nacionales el 52% de las defunciones por cáncer de mama se producen en las mujeres entre 50 y 74 años; datos soportados por nuestros hallazgos en el Hospital San Roque de Córdoba.

No obstante, los datos estadísticos de incidencia de cáncer en Argentina son fragmentarios y existen escasos estudios guiados por instituciones oficiales o privadas. La incidencia estimada de cáncer de mama, según la base de datos Globocan de la IARC es de 74 cada 100.000 mujeres (Ferlay *et al.*, 2010). Estos indicadores se basan en extrapolaciones de registros poblacionales. Según esta fuente los picos máximos de incidencia se presentan en los 55 y 70 años (Viniestra *et al.*, 2010).

En cuanto a la residencia de las enfermas que fueron asistidas en el Hospital San Roque de Córdoba, la mayor proporción pertenecía a la ciudad de Córdoba (73%) y el resto eran oriundas del interior de la misma provincia (Fig.

2). Estos guarismos son similares a los de otros servicios del Hospital que tratan patologías de mayor complejidad en relación a su tratamiento.

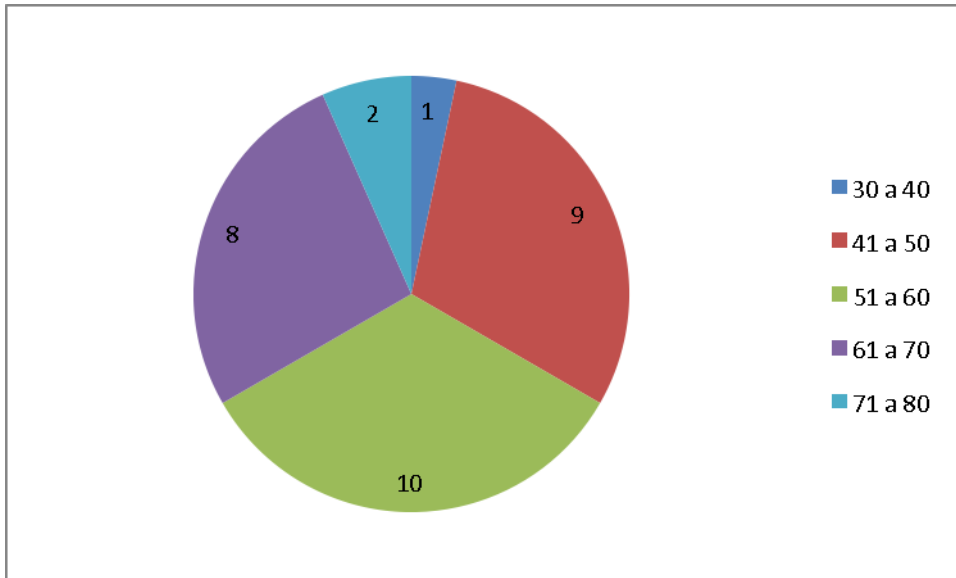


Figura 1: Conformación etaria del grupo de pacientes encuestadas.

En cada porción se muestra el número de pacientes para cada una de las clases etarias.

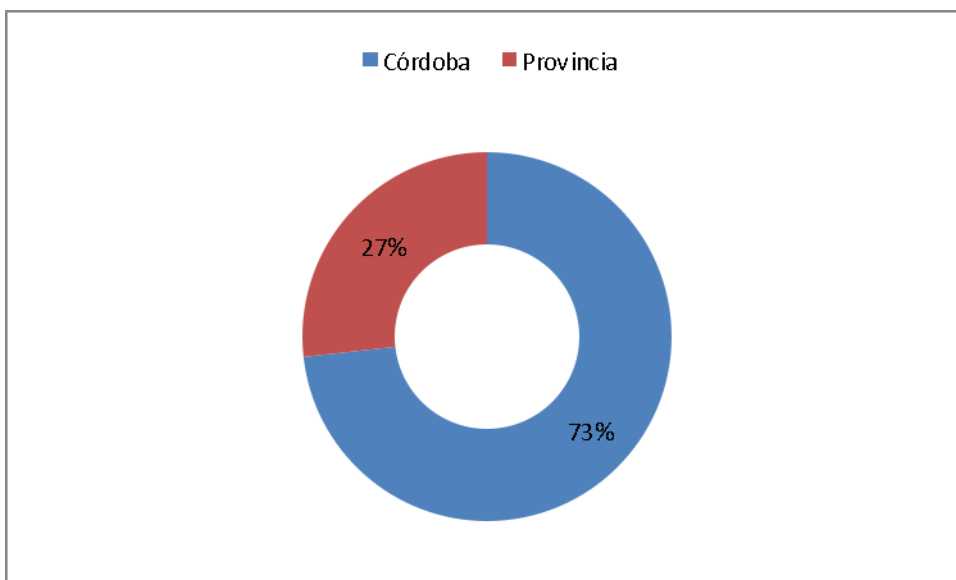


Figura 2: Procedencia de los pacientes encuestados.

Las condiciones físicas

La ocupación principal de las pacientes fue la de ama de casa (Fig. 3). El cáncer de mama es una enfermedad prevalente, tanto en países desarrollados, como en aquellos en vías de desarrollo. De hecho, el 55% de las muertes por esta causa, en el mundo, ocurre en los países más pobres (Eniuet *et al.*, 2008). El mal pronóstico de las mujeres que reciben este diagnóstico en países periféricos depende de múltiples factores (Andersson *et al.*, 2008). En primer lugar el volumen de la enfermedad al momento de la detección es una variable de pronóstico clave en cáncer de mama (Viniegra *et al.*, 2010). Nuestras pacientes, en su mayoría amas de casa, tenían menos acceso para la detección precoz que otras mujeres con mayor acceso a los sistemas de salud e información tanto como para tratamiento como para prevención. Por dicha razón fueron detectadas en estadios avanzados de la patología y con niveles de síntomas que obligaron la asistencia por profesionales de medicina paliativa

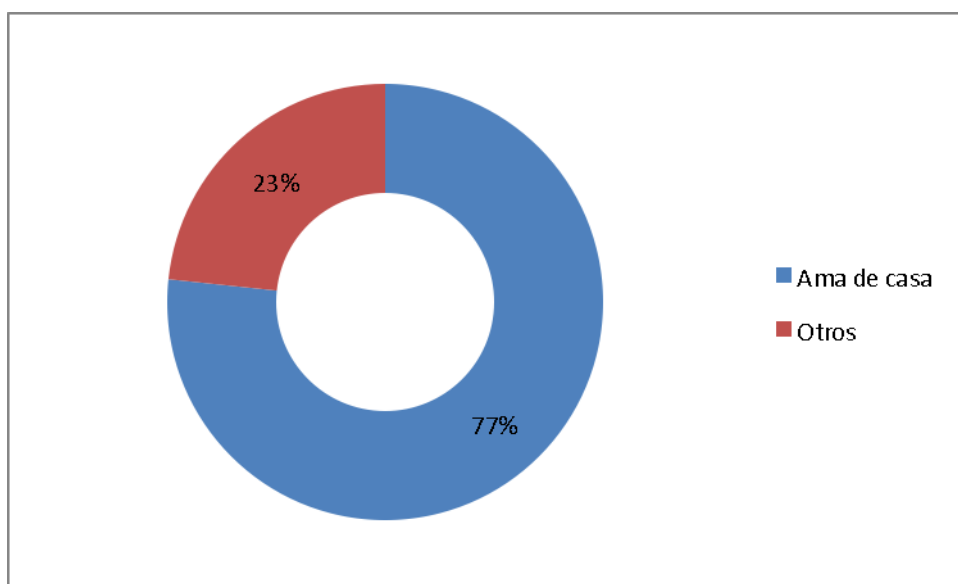


Figura 3 Ocupación de los pacientes encuestados.

Después de recibir tratamiento y en relación al índice de Karnosky se evaluó

las tareas que realiza habitualmente la enferma, su grado de autonomía y estado general. De las 30 pacientes, 19 se correspondieron a un PS (performance status) entre 80 y 90 en escala de Karnofsky (90: actividad normal y síntomas menores; 80: actividad normal con esfuerzos y algunos síntomas y signos); a 10 pacientes se le asignó valores de PS iguales a 70 (se vale por sí mismo, pero no puede llevar una actividad normal) y una paciente fue calificada con PS=60 (requiere asistencia ocasional y cuidados para la mayoría de los casos) (Fig. 4).

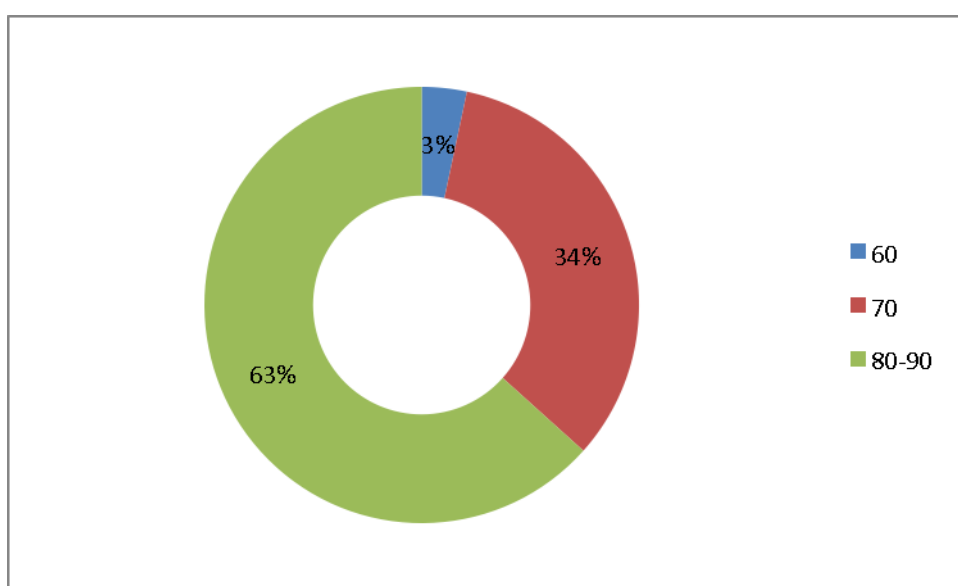


Figura 4 Distribución de pacientes según escala de Karnofsky: 1) PS=60, 2) PS=70, 3) PS entre 80 y 90.

La escala Karnofsky (Performance Status, PS): fue introducida en la literatura científica en 1948 y desde entonces se transformó en una de las más utilizadas. Constituye una herramienta estandarizada empleada en el campo de la oncología, que inicialmente fue desarrollada para medir el estatus funcional o habilidades (principalmente físicas) de las personas con cáncer para desempeñar sus actividades diarias. Posteriormente también fue utilizada para evaluar calidad de vida. Según las valoraciones realizadas en este trabajo, la calidad de vida de las pacientes tratadas se mantenía sin mermas significativas en relación a sus posibilidades de participación en actividades comunes.

No obstante, resulta importante que el personal de salud se encuentre en la mejor disposición para proporcionar información acerca de las molestias que podría ocasionar la enfermedad, de las ventajas que tiene el que se lleven a cabo cada uno de los tratamientos, así como de los efectos secundarios que estos podrían tener sobre la calidad de vida de la paciente. Disponer de esa información puede favorecer la adherencia del paciente al tratamiento, pero también puede ocasionar que los posponga o que lo abandone (Oblitas, 2006). En este estudio, la mayoría de las pacientes (70%) sabían de su enfermedad pero manifestaban querer saber más. El 27% de las pacientes poseía poca información y no manifestaban interés por obtener mayor conocimiento (Fig.5).

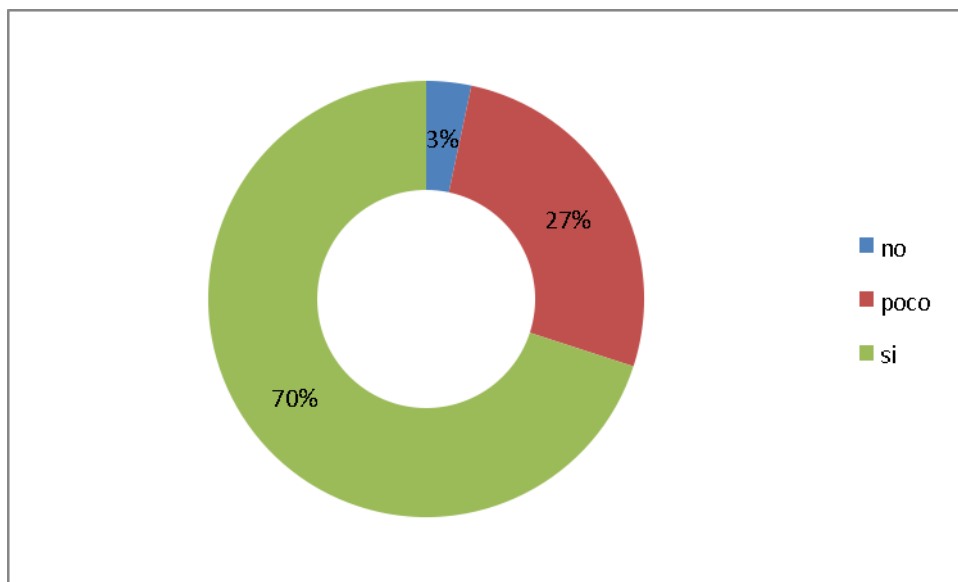


Figura 5. ¿Sabe de su enfermedad?

El 67% de las pacientes manifestó que el aspecto físico y la manera de vestir que elegían para asistir a la consulta eran cuestiones importantes (Fig. 6). A la mayoría le importaba su aspecto, el que estaba siendo afectado por su enfermedad y el tratamiento.

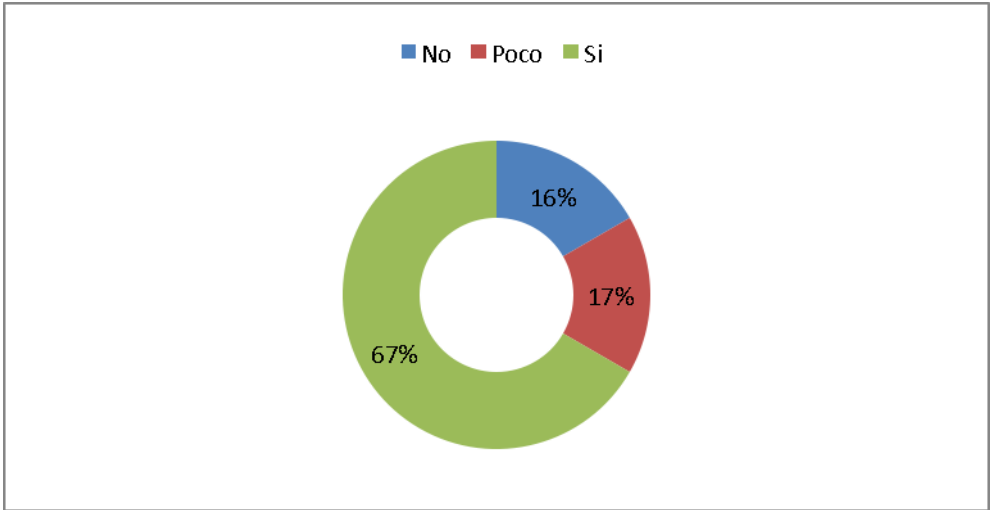


Figura 6 se arregla para la consulta?

Las mamas son uno de los elementos más importantes de la belleza femenina, siendo las enfermedades que en ellas se desarrollan un factor de mucha preocupación para la mujer. La aparición de un Cáncer de Mama es un elemento de impacto sobre la calidad de vida de dichas pacientes. La mayoría de estas pacientes por sus tumores avanzados fueron sometidas a mastectomía (Fig.7). Por ello, el estudio de los efectos del tratamiento del cáncer de mama ha sido uno de los primeros en incorporar evaluaciones de la calidad de vida, y tales evaluaciones se han centrado en los efectos de la cirugía sobre la imagen corporal y la autoestima de la mujer, destacándose las ventajas de la cirugía conservadora o cuadrantectomía (Merloy et al., 2008).

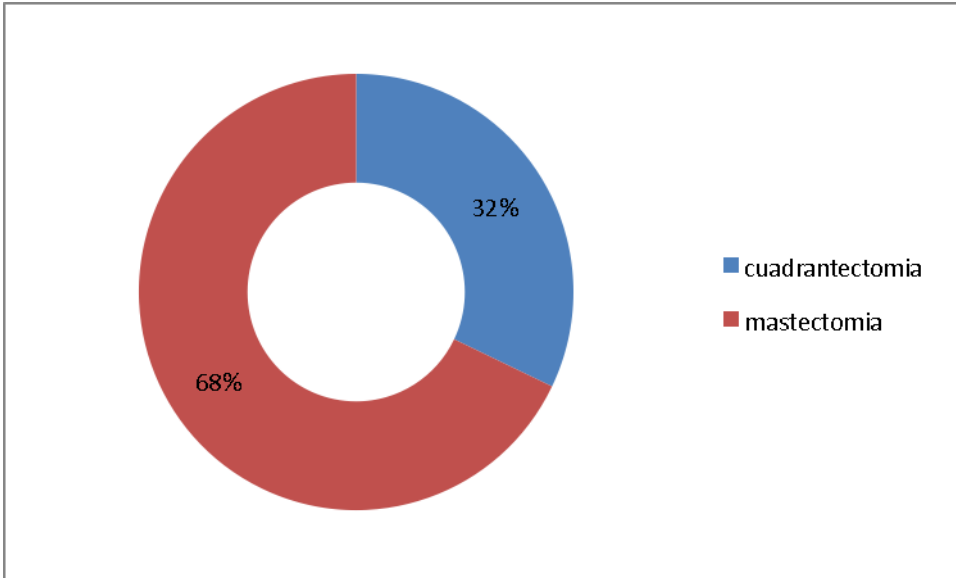


Figura 7 mastectomías 68% cuadrantectomias 32%

En nuestro grupo de pacientes, el aspecto estético relacionado al hecho de haber tenido una cirugía mamaria le preocupaba a más de la mitad de ellas. Solamente el 17% manifestó que no le preocupaba (Fig. 8). Por tanto, el tipo de tratamiento quirúrgico recibido es un aspecto importante a tener en cuenta para favorecer la mejor calidad de vida de las pacientes.

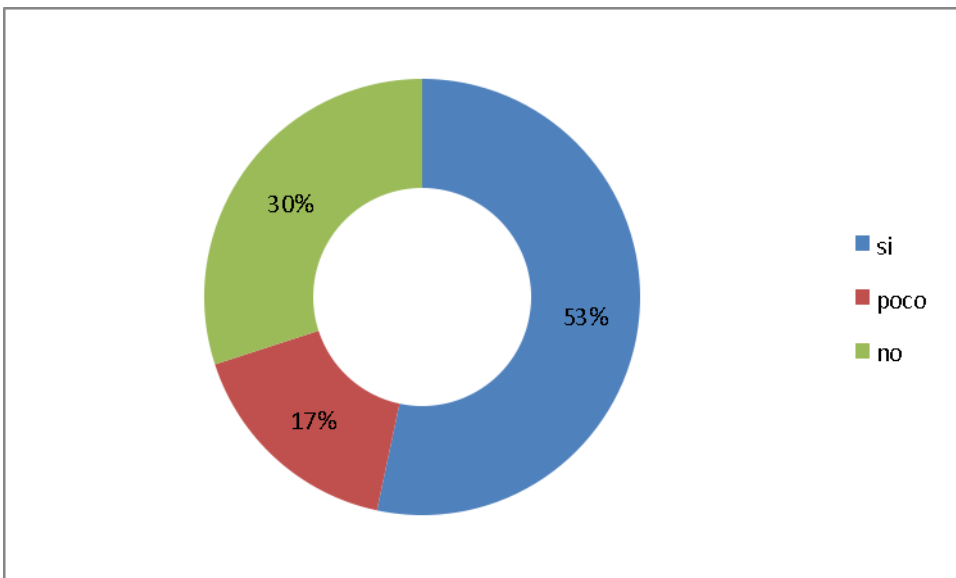


Figura 8. Tipo de cirugía

El acompañamiento familiar

También se interrogó si venían acompañada a la consulta; de las 30 pacientes 13 respondieron que siempre venían acompañadas, 14 pacientes que no venían acompañadas y 3 que pocas veces eran acompañadas (Fig. 9). La patología produce angustias e incertidumbres y es evidente, que cuando estas se comparten, la paciente se sentirá más aliviada. En general las pacientes estaban acompañadas por familiares, principalmente hijos/hijas, algunas por amigas y pocas (principalmente las más jóvenes) venían solas. El sentirse acompañado, la preocupación de otras personas por el estado de salud del paciente y la solidaridad de los vínculos familiares resultan cruciales para mantener la calidad de vida en estas patologías avanzadas.

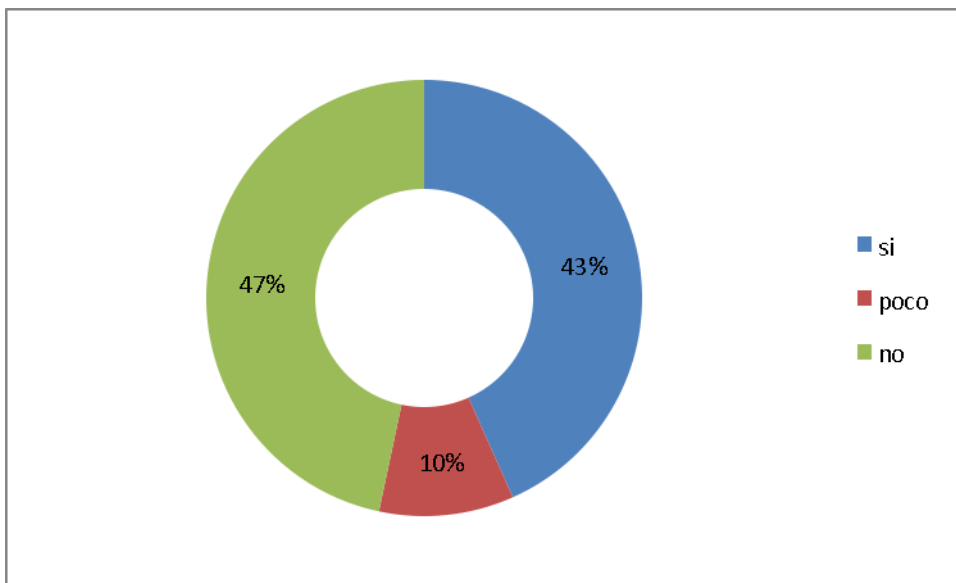


Figura 9. Acompañamiento familiar en la consulta

En cuanto a su situación personal, la mayoría (80%) manifestó que vive en compañía de familiares y el 20% restante vive ocasional o totalmente sola (Fig. 10). La palabra cáncer asusta a la mayoría de las personas. Es una enfermedad que asusta quizás más que otras. Los miembros de la familia y amigos más cercanos quizás puedan ayudar a superar el estrés o la sensación

de no saber qué hacer o qué preguntar. Y a su vez la familia puede sentir temor de no ser capaces de brindar a la enferma suficiente apoyo emocional, amor y entendimiento de la patología y sus preocupaciones.

La familia y amigos también pueden sentirse culpables, porque mientras ellos están saludables, la paciente está padeciendo una enfermedad muy seria. Es común pensar en la enfermedad como un "castigo", por algo que hizo o dejó de hacer. Si el sentimiento de culpa es grande, y se acompaña de profunda depresión puede llegar a afectar el tratamiento. Son comunes frases como “que habré hecho Dios mío para merecer este castigo”?

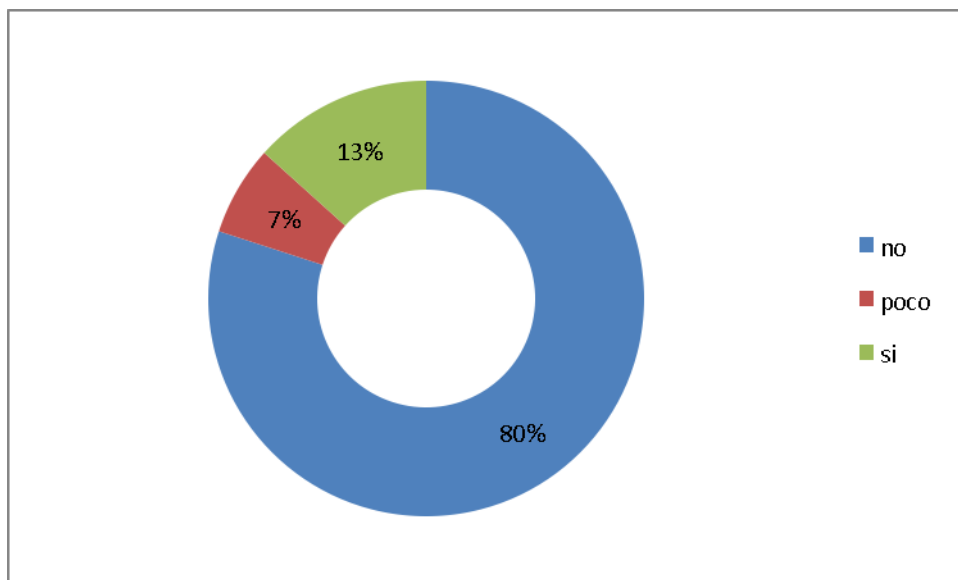


Figura 10. Vive con su familia?

La calidad de vida de la mujer se ve afectada notablemente después del diagnóstico de cáncer de mama, dado que surgen efectos físicos, psicológicos y sociales que conllevan a un cambio de actitud y expectativas frente a la vida. Ahora bien, las pacientes opinaron ser ayudadas por su familia en su mayoría, aunque el vivir en familia no siempre significa un alto grado de contención (Fig.11).

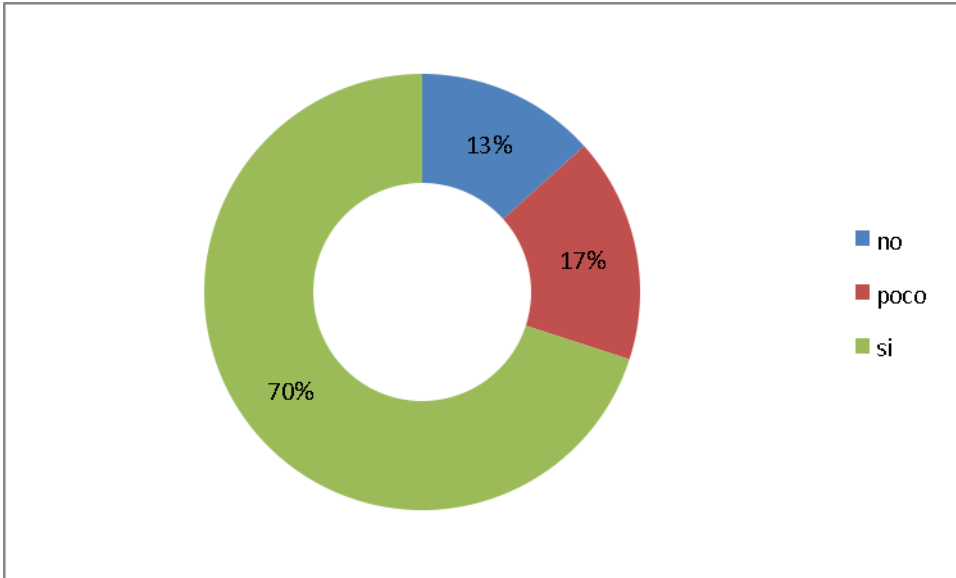


Figura 11 .Su familia la ayuda?

El enfermo y la familia son la unidad a tratar. La familia es el núcleo fundamental del apoyo al enfermo, adquiriendo una relevancia especial en la atención domiciliaria. La familia requiere medidas específicas de ayuda y educación (SECPAL: Sociedad Española de Cuidados Paliativos) .Así, las atenciones domiciliarias, que ya no se prestan como parte del servicio, resultan una importante herramienta para el tratamiento no solo del enfermo sino de su núcleo familiar. Este tipo de atención brinda tranquilidad, porque la familia aprende a tratarlo en el domicilio y el paciente se siente en su casa. El 80% de las pacientes manifestó que la estructura familiar le aporta tranquilidad, y solo el 20% dijo que este aspecto no le aportaba tranquilidad (Fig. 12).

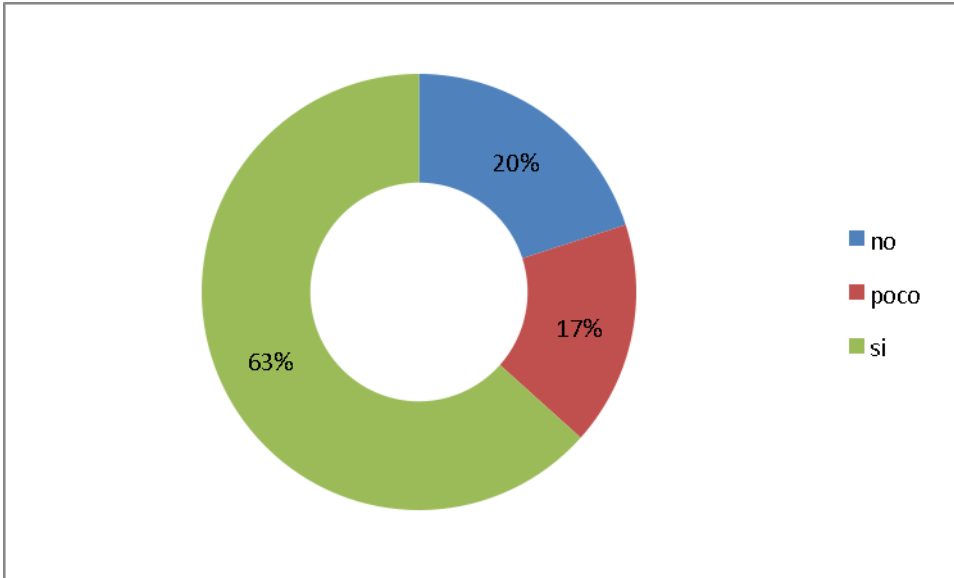


Figura 12 Se siente tranquila en su núcleo familiar?

El sostén espiritual

La influencia de las creencias religiosas en el afrontamiento de la enfermedad en las pacientes con cáncer de mama ha sido estudiada por Gall y Cornblad (2002), quienes encontraron que los recursos espirituales pueden contribuir a que dichas pacientes hagan una interpretación de esa situación como una prueba de Dios para reafirmar el sentido de la vida y el crecimiento personal. De la encuesta surgió que el 90% de las pacientes consideraban a la religión como una ayuda para enfrentar la enfermedad (Fig. 13).

La ética en el respeto de los distintos credos es crucial, porque sea cual fuere, estos acompañan al enfermo y contribuyen también a mantener su calidad de vida. Signos como estampas, imágenes de vírgenes y santos, volantes con invitaciones a participar de oficios religiosos de distintos tipos son comunes en nuestro servicio del Hospital San Roque (ver Anexo 2)

La esperanza puede esperar sin razón y contra la razón. Cuando se apaga la esperanza vital, aparece silenciosa la esperanza divina y aparece en muchos casos al misterioso sentido de trascendencia ligado a las creencias.

La esperanza, entonces, tiene mucha importancia a la hora de enfrentarse a la enfermedad, ya que será la actitud y la postura de cómo se enfrente lo que hará transformar el dolor y el sufrimiento en algo positivo. En la voz de nuestras pacientes, se escuchan frecuentemente frases como estas:

“yo le rezo al Gauchito Gil, porque me protege, traje la imagen al hospital”

“La virgen de Lourdes me da paz “

“A mi me ayuda mucho San Benito. En cada control pido porque estén bien mis estudios”

Las palabras alentadoras, si no curan, alivian; tienen una acción mágica; pues es la esperanza la más piadosa de las medicinas de alma. No se adquiere con facilidad, se tiene como un estilo de vida.

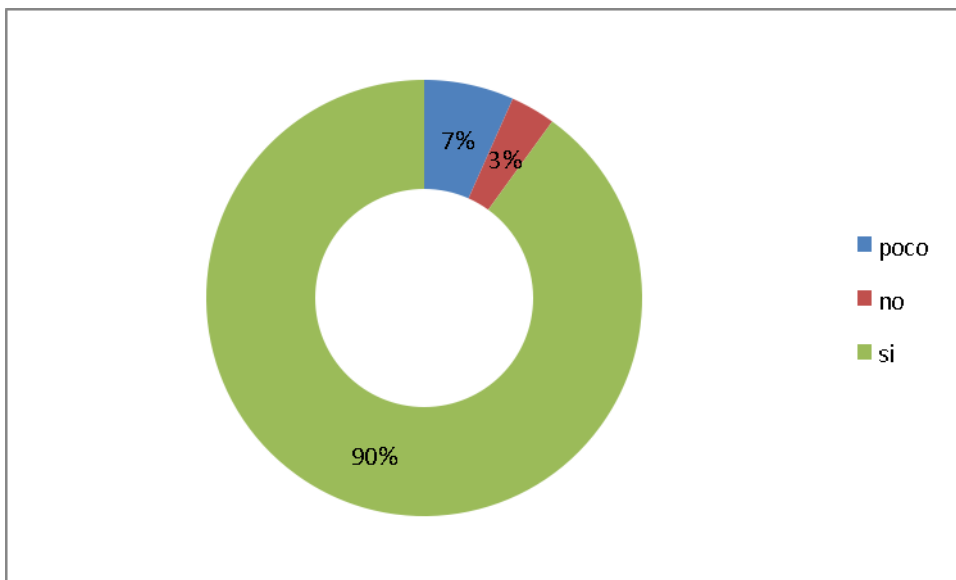


Figura 13. Le ayuda la religión?

Sobre la asistencia médica

Todas las pacientes encuestadas respondieron afirmativamente acerca de su conformidad con la asistencia médica recibida. Las últimas décadas han generado polémicas en cuanto a considerar las decisiones del paciente respecto su salud y el tratamiento de sus enfermedades, respetando su autonomía. Esta cuestión nos lleva a pensar cuál sería la relación médico paciente ideal. Pueden describirse cuatro modelos: el modelo paternalista, en el cual el médico actúa como el tutor del paciente; el modelo informativo: facilita todos los datos disponibles y el paciente determinara sobre sus valores el tratamiento que se le debe realizar. El modelo interpretativo: el médico es un consejero, facilita una información relevante, ayudándole a aclarar sus valores y sugiriéndole las intervenciones médicas que deben llevarse a cabo; el modelo deliberativo: el médico actúa como un amigo comprometiendo al paciente en un diálogo sobre qué tipo de actuación sería lo mejor para él.

“ Si te juzgas pagado lo bastante con la dicha de una madre con una cara que sonríe porque ya no padece, con la paz de un moribundo a quien ocultas la llegada de la muerte...” . Consejos de Asclepio (Esculapio) 128-56 AC. Dios mitológico griego de la Medicina.

“Guardaré secreto acerca de lo que oiga o vea en la sociedad y no sea preciso que se divulgue, sea o no del dominio de mi profesión, considerando el ser discreto como un deber en semejante caso” . Juramento Hipocrático

Los diferentes modelos podrían ser apropiados dependiendo la situación clínica, pueden ser una guía. Lo importante es personalizar ya que cada paciente es única así como la relación que se establece con cada una de ellas entre los médicos y la paciente. Este grupo de pacientes mantuvo una relación muy cercana con los profesionales tanto médicos como enfermeros, realizando consultas frecuentes. En nuestra División, las pacientes son asistidas sin turno y de forma permanente durante el horario de atención; en los horarios que no

estamos tienen que acudir a la guardia hospitalaria donde son asistidas por otros profesionales, en general no formados en oncología resultando más difícil encontrar solución a la consulta.

Las pacientes de cáncer de mama avanzado necesitan especial atención de grupos interdisciplinarios. Actualmente el ejercicio de la medicina se basa en la obtención de resultados orientados a garantizar mayor calidad de vida a los pacientes y, al mismo tiempo, en la obtención de pruebas de eficiencia, de utilidad, de ponderación de riesgos para el control de calidad del servicio brindado. No obstante, un servicio de calidad implica no solo su cuidadosa aplicación sino también la necesidad de contar con recursos económicos y las justificaciones bioéticas para decidir procedimientos diagnósticos y terapéuticos apropiados y sancionados por la inobjetable y correcta aplicación de un tratamiento prescrito en función de diseños experimentales científicos (Sánchez, J 2007).

Medicación administrada

Al 40% de las pacientes se les administraba dos medicamentos, mientras que el 60% restante más de dos (Fig. 14). Los medicamentos indicados eran principalmente para el tratamiento del dolor, desde antiinflamatorios no esteroides, corticoides, opioides débiles y fuertes, ansiolíticos, relajantes musculares, laxantes y antieméticos para contrarrestar efectos colaterales de los opioides. En general se tiende a dar combinaciones de medicamentos ya que el origen del dolor es de múltiples causas. El dolor como síntoma que expresa el paciente, es el resultado de un elaborado y complejo proceso propio de cada persona, variable en el tiempo y que puede aumentar o disminuir por diferentes motivos como serían el estado de ánimo, su actividad física o incluso por otras experiencias vividas con anterioridad. Estamos pues ante un síntoma que afecta y preocupa a las personas, ya sea por su etiología como por el sufrimiento que conlleva. En los últimos años se ha convertido en

el síntoma acompañante que con mayor frecuencia lleva a la población a la consulta médica, convirtiéndose en uno de los principales problemas de salud pública. En las pacientes oncológicas, el dolor es la principal manifestación de falta de bienestar relacionada con la enfermedad y por ello su tratamiento es una forma de mejorar la calidad de vida de las enfermas.

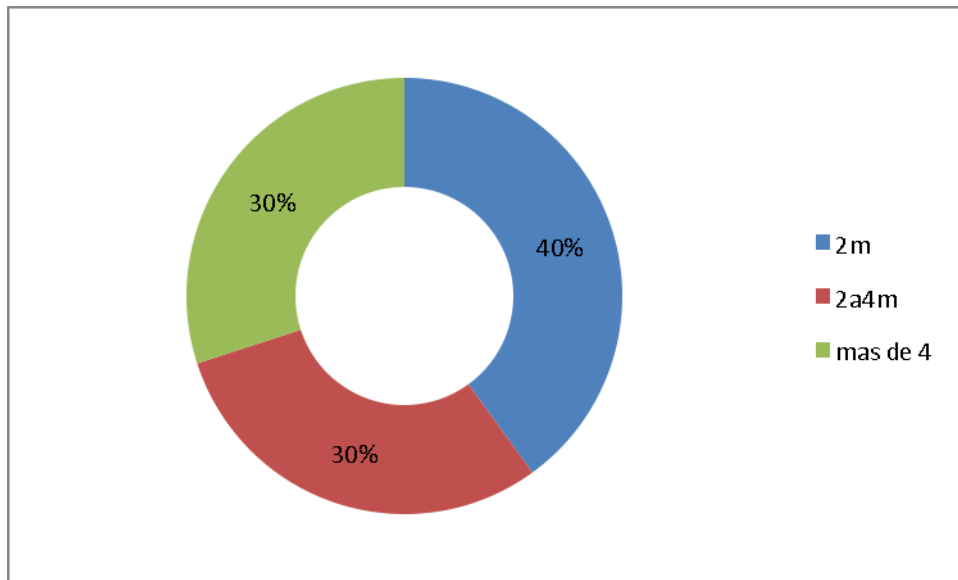


Figura 14. Cantidad de medicamentos (m) que usaban las pacientes

Otro aspecto que tiene que ver con la calidad de vida de estas pacientes es la frecuencia de los controles. En general éste tipo de pacientes se controlan cada 20 a 30 días. En la casuística estudiada, el 43% de las pacientes no había tenido síntomas en la última semana, mientras que el 37% padeció pocos síntomas, mientras que el 20% tuvo síntomas mayores. Este es otro indicador de que aún con un estado avanzado de enfermedad, el tratamiento puede colaborar a evitar pérdidas significativas de calidad de vida ocasionada por el dolor y la presencia de síntomas no deseables.

Atención en el hospital público

La confianza en la institución donde se atiende un paciente con estado avanzado de una enfermedad oncológica es un pilar fundamental para contribuir a la calidad de vida de las enfermas. A veces no hay alternativa y las pacientes tienen que ser atendidas donde puedan acceder, donde le cubra el costo de la atención la obra social. El hospital donde se llevó a cabo este estudio es público y brinda atención tanto a pacientes mutualizados como no mutualizados. Las entidades encargadas de proporcionar la atención a la salud, reciben financiamientos de diversas fuentes, que van desde el público a cargo del Estado hasta dependencias de tipo caritativo que reciben donativos de diversas fuentes. En nuestras sociedades latinoamericanas los sistemas de atención están generalmente segmentados por lo que resulta casi imposible pensar en una unificación de las atenciones y se presentan entre los inconvenientes, las duplicidades en los servicios, las diferencias en la calidad y calidez de las atenciones por las cargas de trabajo, diferencias en recursos y fuentes de financiamiento. En una encuesta realizada por la Voz del Interior (un diario cordobés; Anexo 3) en cuanto a las creencias en las instituciones en general, donde también se refiere a la salud pública, la mayoría de los encuestados consideró que funciona bien 41,4 % y el 22,6 % que funciona de manera regular. Para el 15,9% directamente lo hace mal. En Córdoba, los datos no son tan auspiciosos para el sistema de salud: el 34% opinó que el sistema de salud público es bueno, seguido de un 30,2% que consideró que es regular. Para el 13,2% de los encuestados es malo. Sin embargo, las cifras fueron diferentes cuando se recabó la opinión de las pacientes de la casuística en estudio. El 97% de este grupo de enfermas manifestó tener confianza en la institución (Fig. 15).

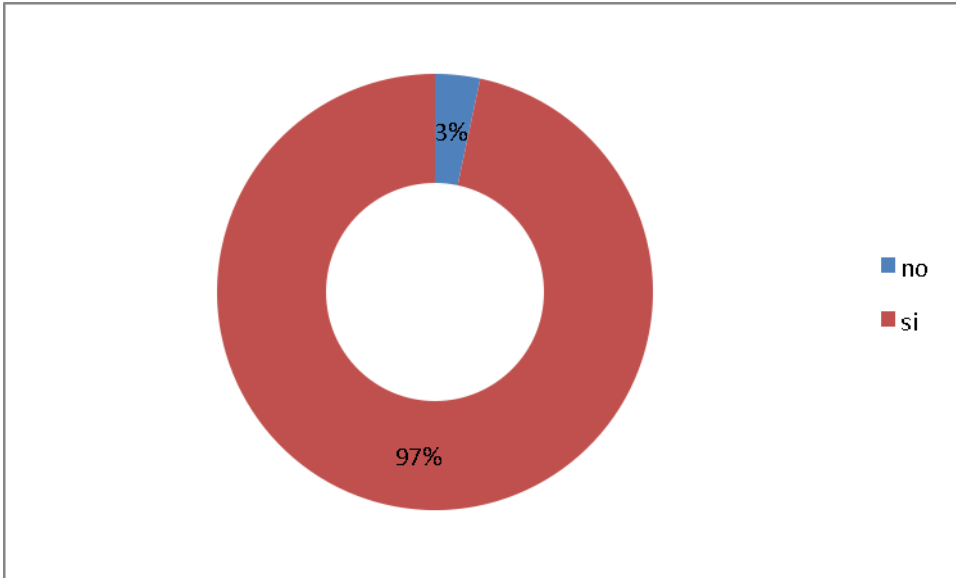


Figura 15 Confía en la institución?

Con referencia a la asistencia de un profesional de salud mental, es importante aclarar que como el servicio de medicina paliativa del hospital San Roque no cuenta con un psicólogo especializado, la prescripción de este tipo de tratamiento que hace al tratamiento general más integral se realizó derivando a las pacientes hacia profesionales externos del servicio (Fig.16).

Pensar el tratar los síntomas de un modo más integral, es comprender el rol que juegan los aspectos psicopatológicos, se ponen en juego aspectos emocionales, tales como la ansiedad el miedo, esto a su vez generan otros, vómitos, insomnio. La resolución de esta situación es posible conceptuando que los síntomas tiene un origen multicausal y multidimensional en su expresión.

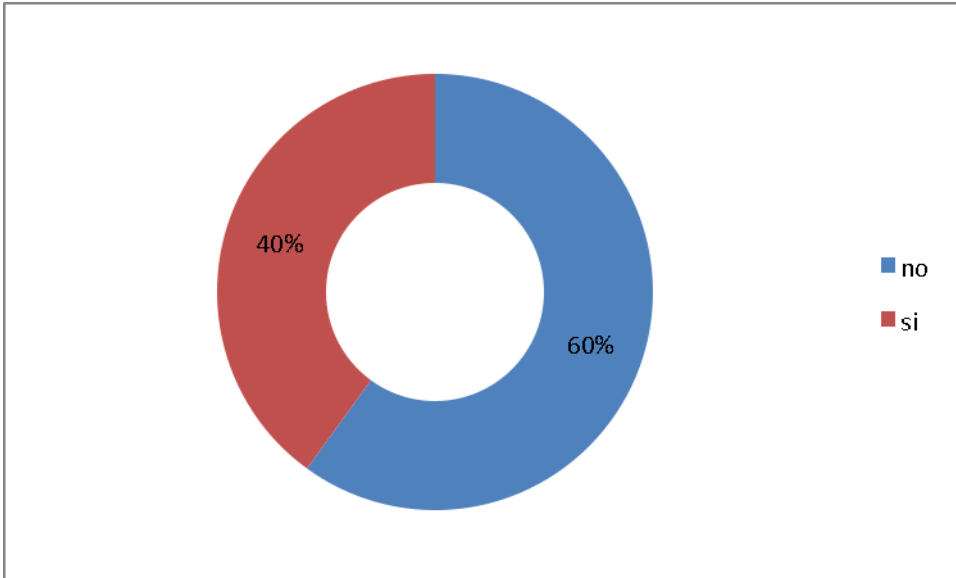


Figura 16 Consultó o es derivado a un profesional de Salud mental?

El 63% de los pacientes opinó que un especialista en salud mental lo ayudaría (Fig.17).

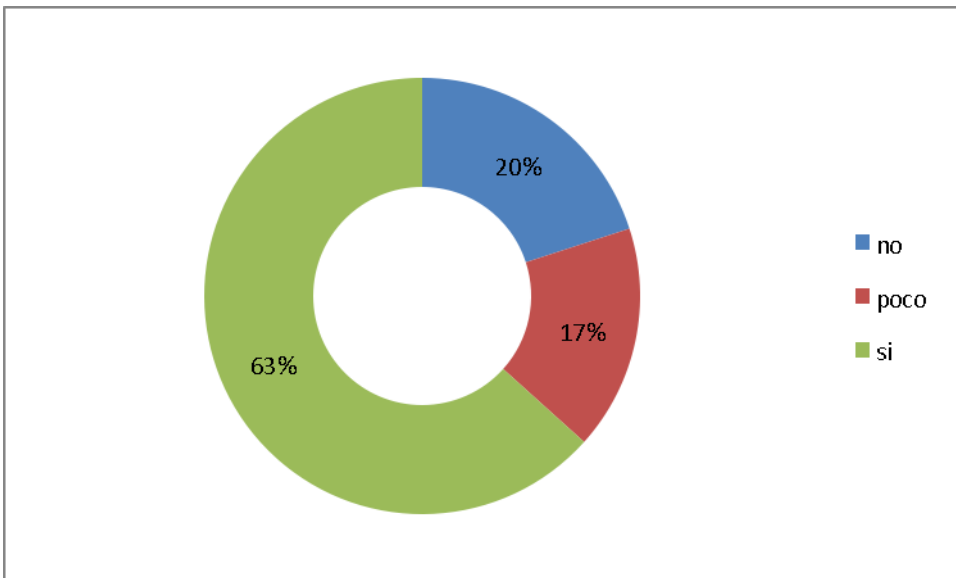


Figura 17 siente que un profesional de salud mental lo ayudaría?

Análisis de asociaciones entre variables

Luego de explorar los resultados de cada variable o dimensión analizada, se realizó un análisis multivariado de correspondencias múltiples. Esta técnica estadística permite identificar las principales asociaciones entre las modalidades de respuestas para un grupo de preguntas. En este estudio se analizó la asociación o correspondencia entre las siguientes variables: tipo de cirugía, edad, ocupación, nivel de instrucción, ayuda familiar, control de síntomas, se arregla para la consulta y consulta a salud mental. Los resultados del análisis pueden visualizarse en el plano factorial que se presenta en la Fig. 18. En estos planos, cuando no existe asociación entre variables, las modalidades se esperan concentradas en el punto 0 del eje 1 en intersección con el punto 0 del eje 2. Si bien los ejes son artificiales o de valores arbitrarios, la geometría y el álgebra detrás del análisis habilita a inferir que puntos (o modalidades) cercanas en el plano suceden cuando esas modalidades aparecieron frecuentemente juntas o asociadas en las encuestas. A los fines de identificar los dos perfiles más diferentes de pacientes (cuando éstos existen) se recomienda analizar el eje 1, ya que este es el eje que marca las mayores diferencias. Todos los puntos o modalidades con valores positivos del eje 1 definen un perfil de pacientes, mientras que el conjunto de puntos con valores negativos u opuestos en este eje, conformarán el otro grupo de pacientes.

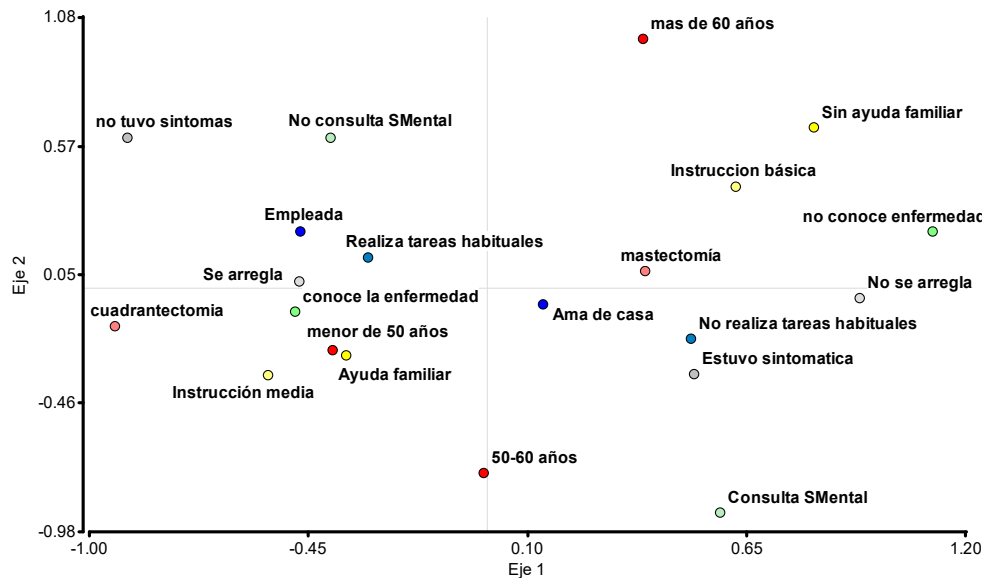


Figura 18. Plano factorial conformado por los dos primeros ejes de un análisis de correspondencia múltiple donde se muestran las asociaciones entre modalidades de las variables: tipo de cirugía, edad, ocupación, nivel de instrucción, ayuda familiar, control de síntomas, se arregla para la consulta y consulta a salud mental. Puntos cercanos en el plano sugieren asociación.

Según lo observado en la Fig. 18, un grupo de pacientes, que debe entenderse es el de peor calidad de vida, está constituido por personas que no están informadas sobre su enfermedad, con nivel de instrucción básica (estudios primarios como máximo nivel alcanzado), no se arreglan para asistir a la consulta, no tienen ayuda familiar, son mayores de 60 años, a la mayoría se le realizó una mastectomía y ya no realizan las tareas habituales. Tales pacientes estuvieron sintomáticas en la última semana y son las que consultan el servicio de Salud Mental. Este perfil fue más frecuente en amas de casa que en empleadas.

Definiendo un perfil opuesto, se encuentran las pacientes a las que se les practicó una cuadrantectomía y que no tuvieron síntomas durante la última semana. Éstas son las más jóvenes, tienen un nivel de instrucción medio (estudios secundarios o terciarios) y conocen de su enfermedad. Estas pacientes se arreglan para venir a la consulta y tienen más ayuda familiar que

las primeras y no consultan el servicio de Salud Mental. Por todas estas características, se infiere que éste segundo grupos de pacientes tiene mejor calidad de vida.

Muchos trabajos se han centrado en examinar el bienestar psicológico de mujeres con cáncer de mama "temprano". La mayoría han enfocado su atención en las mujeres en el momento del diagnóstico, en sus reacciones a la mastectomía versus la cirugía conservadora o mientras recibían los tratamientos coadyuvantes. Hasta un 30% de las mujeres diagnosticadas de cáncer de mama desarrollarán cierta morbilidad psicológica, ya sea ansiedad o trastorno depresivo, en el transcurso de un año.

Existe una amplia variedad de estudios sobre los efectos psicológicos del cáncer de mama temprano, pero no sobre las mujeres diagnosticadas con cáncer de mama metastásico. Esto quizás se deba a las dificultades que se presentan cuando se intenta realizar una investigación sobre un grupo tan vulnerable. Existen algunos problemas éticos en cuanto a las investigaciones con pacientes que poseen una expectativa de vida más limitada. La presentación de la supervivencia de cinco años para las pacientes con cáncer de mama es de aproximadamente 70% a 90% según el país, la cual sigue en aumento. También es más frecuente la presentación de cáncer de mama avanzado en países con menos políticas de salud dirigidas a detección precoz o prevención.

Cuando las metástasis se han desarrollado, el período de supervivencia promedio es de 18 a 24 meses, pero puede extenderse a varios años, ya que los tratamientos actuales permiten largas sobrevivencias libres de progresión, recordando que se continúa con la colocación de medicación específica para control del cáncer que puede ser por vía oral, endovenosa, subcutánea, con los controles correspondientes tanto de evaluar la evolución de su enfermedad como de las toxicidades y efectividad de su tratamiento.

En el caso de estas mujeres, el cáncer de mama metastásico puede ser considerado como una enfermedad crónica.

Más allá de que vivan más o menos tiempo, todas las mujeres con cáncer de mama avanzado, y sus familias, no sólo viven con incertidumbre sobre el futuro, con el peso del tratamiento y con la posibilidad de morir; sino que también sufren los conflictos existenciales, emocionales, sociales y psicológicos que les provoca la enfermedad.

La Calidad de Vida se ha ido transformando en una importante medida del impacto de los cuidados médicos. La opinión cada vez más extendida y aceptada entre los profesionales de la salud de que los resultados médicos son insuficientes para mostrar una visión apropiada del efecto de la atención e intervención sanitaria, ha propiciado el interés por el concepto y la medida de la Calidad de vida en el área de la salud. Los estudios de calidad de vida siguen siendo un reto debido a su eminente carácter subjetivo, pero la epidemiología y la estadística brindan herramientas que permiten un buen acercamiento a la realidad de las pacientes

En este mismo sentido, las mujeres jóvenes con cáncer de mama a menudo tienen diferentes necesidades psicológicas que las mayores con la misma enfermedad. En distintos estudios, se encontraron diferencias estadísticas en la mediana del puntaje de calidad de vida según los grupos de edad, siendo mejor la calidad de vida en las mujeres de 50 años y más (Stuyck 2006). Sin embargo, los hallazgos contradicen lo observado en otro estudio (Engel et al 2003), en el cual se presentaron mejores puntajes de calidad de vida en las pacientes más jóvenes que en las mayores de 50 años, en el primer estudio consideran que es debido a que las pacientes de dicho estudio tenían mayor tiempo con el tratamiento para el cáncer de mama, lo cual permite una mejor adaptación biológica a dichas terapias. Además, una evidencia que sustenta tal hallazgo, es que algunos autores afirman que, a medida que la enfermedad progresa, ocurren ajustes internos que preservan la satisfacción que la persona siente con la vida. Se obtuvieron resultados de la calidad de

vida que mostraron niveles menores en las categorías de algunas variables sociodemográficas y clínicas, tales como el nivel educativo y el nivel socioeconómico, lo cual implica, en la mayoría de los casos, que las pacientes con mayor nivel de escolaridad tengan, probablemente, mas conciencia y responsabilidad respecto a los cuidados en el tratamiento del cáncer y, por lo tanto, presenten mayor adherencia al tratamiento, lo cual puede traducirse en una mejor calidad de vida. Hubo otras variables en las que se encontraron diferencias respecto a la calidad de vida general, que son coherentes con los hallazgos de otros autores, como es el caso del apoyo de familiares, de amigos o sus creencias personales o espirituales

El equipo de salud debe reconocer que cada paciente se debe abordar de forma diferente, dado que los efectos psicológicos y las estrategias de afrontamiento varían entre los sujetos, de acuerdo no solo a su conducta y personalidad sino también a su entorno familiar y social; a pesar de que las características y manifestaciones clínicas puedan ser similares entre ellas Aunque la prioridad de los países debe ser la detección temprana del cáncer de mama, estudios como este justifican la necesidad de brindar a las pacientes que son diagnosticadas, herramientas que les permitan afrontar de la mejor forma las implicaciones que dicho diagnostico tiene tanto en aspectos físicos como psicológicos y sociales, permitiendo que la mujer continúe con su proyecto vital en mejores condiciones, fortaleciendo sus redes sociales y entorno familiar en lugar de aislarse para enfrentar las dificultades del diagnostico.

Igualmente, las familias requieren ser capacitadas y sensibilizadas ante la situación de la paciente para acompañarla de forma más efectiva.

CAPÍTULO V

COMENTARIOS FINALES

El presente trabajo aborda la problemática relacionada a la falta de calidad de vida en pacientes con cáncer de mama avanzado del hospital San Roque de Córdoba y su asociación con características sociodemográficas e inherentes al paciente.

Las evaluaciones de los tratamientos del cáncer se han centrado históricamente en medidas de tipo biomédico, como la respuesta al tumor, el intervalo libre de enfermedad o la supervivencia. A partir de los años 90 han aumentado el interés por ir más allá de esos parámetros y evaluar más formalmente el impacto de la enfermedad y los tratamientos en la calidad de vida

En esta tesis se elaboró una modalidad para abordar aspectos de la calidad de vida de pacientes con cáncer de mama avanzado. El instrumento consiste en un cuestionario que nos oriente a conseguir datos, que ayuden a acercarnos al padecimiento de nuestras enfermas, que altera su calidad de vida y detectando esto, valorar la mejorar forma de contribuir con el bienestar de nuestras pacientes. La casuística estuvo conformada por mujeres entre los 40 a 70 años, la mayoría amas de casa, que si bien sabían de su enfermedad, querían saber más. Principalmente las mayores, habían tenido una mastectomía y otras una cuadrantectomía. El subgrupo de pacientes con mejor calidad de vida se correspondió con las pacientes con cuadrantectomía, mayor educación sobre la patología y mayor apoyo familiar. Las entrevistas con las pacientes ayudaron a identificar el grupo más vulnerable, proveyendo conocimiento para tomar las mejores medidas en la atención de estas mujeres con la finalidad de aportar a su calidad de vida.

BIBLIOGRAFÍA

- Abreu, G. (1991). *Atención psicológica para el apoyo a pacientes con cáncer de mama*. Editorial Apoyos. Madrid, España.
- Anderson, B.O., Yip, C.H., Smith, R.A., Shyyan, R., Sener, S.F., Eniu, A., Carlson, R.W., Azavedo, E. and Harford, J. (2008). *Guideline implementation for breast healthcare in low-income and middle-income countries*. *Cancer*, 113: 2221–2243. doi: 10.1002/cncr.23844.
- Arraras, J.I.; Martínez, M.M.; Monterota, A.; Lainez, N. (2004). *La evaluación de la calidad de vida del paciente oncológico. El grupo de grupo de calidad de vida de la EORTC*. *Psicooncología*, Vol. 1, Núm. 1, pp. 87-98.
- Abuchar, C. 1992. *Manifestaciones psicoafectivas y sociales de los pacientes con cáncer de mama*. Editora Regional Bogotá. Bogotá, Colombia.
- Bayés, R. (1990). *Influencia de los factores psicológicos en la longitud de vida de los enfermos oncológicos*. En: Martínez Roca editor. *Psicología oncológica*, Barcelona, 182-184.
- Castillo G. (1990). *Efectos del cáncer de mama sobre los niveles de ansiedad y depresión*. Editorial Tecno, Colombia.
- Castro, L. (1992). *Intervención y atención integral a pacientes con cáncer de mama*. Editoras Memorias, Medellín. Colombia.
- Centro Panamericano de Ingeniería Sanitaria y Ciencias del Ambiente (CEPIS) de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) Saneamiento Ambiental. Disponible en URL: http://es.wikipedia.org/wiki/Saneamiento_ambiental.
- Clichevsky, N. (2002). *Pobreza y políticas urbanas ambientales en Argentina*. CEPAL. Serie Medio ambiente y desarrollo. Nº 49. Santiago, CEPA
- Eniu, A., Carlson, R. W., El Saghir, N. S., Bines, J., Bese, N. S., Vorobiof, D., Masetti, R., Anderson, B. O. and on behalf of the Breast Health Global Initiative Treatment Panel. (2008). *Guideline implementation for breast healthcare in low- and middle-income countries: Treatment resource allocation*. *Cancer*, 113: 2269–2281. doi: 10.1002/cncr.23843

- Ferlay, J.; Shin, H.R.; Bray, F.; Forman, D.; Mathers, C. and Parkin, D.M
GLOBOCAN 2008 v1.2, Cancer Incidence and Mortality Worldwide: IARC
CancerBase No. 10. [Internet] 2010:<http://globocan.iarc.fr> Accessed
1/9/2012.
- Gracia, D. (1998). *Fundamentación y Enseñanza de la Bioética*. Editorial El
Buhu Ltda. Santa Fe de Bogotá, D.C.
- Gonzales, S.1998. Sentimientos y Emociones en pacientes con Cáncer de
senos. *Revista Cubana de Oncología*.
- Instituto de Oncología Ángel H. Roffo. 2012. Pautas en Oncología. Diagnóstico,
tratamiento y seguimiento del Cáncer. Universidad de Buenos Aires.
Argentina.
- Lugo Alonso, J; Barroso Álvarez, M. y Fernández Garrote, L. (1996). *Calidad de
vida y sus instrumentos de medición. Una herramienta en oncología*. *Revista
Cubana de Oncología*, 12(1).
- Molov V; Tepavicharova, P.; Deenichin, G.; Dimov, R.; Stefanov, C. (2004).
Health-related quality of live in breast cancer patients-actuality and problems.
En: *Khirurgiia*; 60(6):39-43. Citado por: García, C.R. *Calidad de vida:
aspectos teóricos y metodológicos*. Buenos Aires: Paidós; 2008.
- Oblitas, L.A. (2006). *Psicología de la salud y calidad de vida*. 2º ed. Thomson
Editores, México.
- Organización Mundial de la Salud. (2006). Informe anual sobre la salud en
América Latina: tópico el Cáncer de Mama.
- Organización Panamericana de la Salud. (1993). *Nuestro planeta, nuestra
salud. Informe de la comisión de salud y medio ambiente de la OMS*.
Washington, DC: OPS, 1993:1-2 (Publicación Científica; 544).
- Padierna Sanchez, C ; Fernandez Rodriguez, C. y Gonzalez Menendez, A.
(2002). *Calidad de vida en pacientes oncológicos terminales, medida con el
QL-CA-AFEX*. *Psicothema*, vol. 14, N°1, pp 1-8.
- Rodríguez, L. (1992). *Recomendaciones para pacientes con Cáncer de Mama*.
Editora Prenta, Bogotá, Colombia.
- Rosenberg, P. (1990). *Principios y Práctica de Oncología*. Vol. 1. Editorial
Vargas, Madrid.

- Sanchez Gonzalez, J. (2007). Relación Médico –paciente algunos factores asociados que la afectan revista. Conamed Vol. 12 enero-marzo.
- Santana, J. (2000). *El Cáncer de Mama*. Editorial Ciencias Médicas. Medellín, Secpal. Guía de cuidados Paliativos. Sociedad Española de Cuidados Paliativos. www.secpal.com.
- Sociedad Española de Salud Pública y Administración Sanitaria. Informe anual. (2005). Índice de Mortalidad de Mujeres con Cáncer de Mama.
- Viniegra, M.; Paolino, M. y Arrossi, S. (2010). *Cáncer de mama en Argentina: organización, cobertura y calidad de las acciones de prevención y control. Informe final*. Diagnóstico de situación del Programa Nacional y Programas Provinciales Buenos Aires: Organización Panamericana de la Salud – OPS.
- Zapata, C. (2009). *Calidad de vida y factores asociados en mujeres con cáncer de mama, inscritas en los programas de tratamiento oncológico*. Antioquia, Universidad de Antioquia Facultad Nacional de Salud Pública “Héctor Abad Gómez” Medellín.

ANEXO 1. CUESTIONARIO ELABORADO

Datos de las pacientes

Edad

Domicilio

Trabajo o profesión

Estudios realizados

Con respecto a Ud.

1. Sabe de se trata su enfermedad

Si poco no

2. Quiere saber

Si poco no

3. Se arregla para venir a la consulta

Si poco no

4. Esta operada de la mama

Si no

5. Tipo de cirugía

Cuadrantectomía – mastectomía

6. Esto le preocupa

Si poco no

7. Está pendiente de la consulta

Si poco no

8. Fuera de turno consulta por

Dolor-tristeza- control- falta de medicación

9. En su casa realiza las tareas habituales

Si poco no

10. Para el aseo personal necesita ayuda

Si poco no

11. Viene acompañada por familiares o amigos

- Si poco no
12. Viene a los controles aunque no tenga síntomas
- Si poco no
13. La religión lo ayuda
- Si poco no

Datos familiares

Grupo familiar

1. Vive sola
- Si poco no
- 2 su familia la ayuda
- Si poco no
- 3 Se siente tranquila en su núcleo familiar
- Si poco no
- 4 En la emergencia recurre a su familia
- Si poco no

Equipo médico

1. Se siente asistida por sus médicos
- Si poco no
2. la conforman
- Si poco no
3. Se siente escuchada
- Si poco no
4. Medicamentos
- 2 2-4 +4
5. Estuvo sintomática la última semana
- Si poco no
6. Es frecuente la consulta en el último mes por reiterados síntomas que impedían sus tareas habituales
- Si poco no

7. Siente que puede recurrir a esta institución cada vez que lo necesita

Si poco no

8. Tiene confianza en la institución

Si poco no

9. Asiste o es derivado a un profesional de salud mental

Si poco no

10. Siente que lo ayudaría esta consulta

Si poco no

Anexo 2. Cuestionarios de calidad de vida en cáncer

CUESTIONARIO DE SPITZER (QUALITY OF LIFE INDEX)

Consta de cinco preguntas, cada una de las cuales tiene tres respuestas posibles. Cada respuesta tiene un valor asignado

(0, 1, 2) que indican grados de incapacidad. Todas las preguntas se refieren a la semana previa.

a) Ha estado trabajando o estudiando a pleno rendimiento o casi, o atendiendo su propio hogar, o participando en actividades no pagadas o voluntarias, estando o no jubilado 2

a) Ha trabajado o estudiado como solía hacerlo, o ha atendido su hogar, o ha participado en tareas no pagadas o voluntarias, pero requirió gran asistencia, o hubo una disminución significativa de las horas trabajadas, o estuvo en situación protegida o de baja laboral 1

a) No ha estudiado ni trabajado en nada ni ha atendido su hogar . . .
.....
..... 0

b) Se ha valido por sí mismo para comer, bañarse o asearse y vestirse; usó transporte público o condujo su vehículo 2

b) Ha requerido asistencia (otra persona o aparato especial) para las actividades diarias y transporte, pero realizó pequeñas tareas 1

b) No ha cuidado de sí mismo ni ha realizado pequeñas tareas y/o no ha abandonado su hogar o institución en absoluto 0

c) Ha tenido buen aspecto o ha dicho sentirse bien la mayor parte del tiempo 2

c) Le ha faltado energía o no se ha sentido bien más que de vez en cuando 1

c) Se ha sentido muy enfermo o «fatal», pareció débil o extenuado o inconsciente la mayor parte del tiempo . 0

d) El paciente ha mantenido buenas relaciones con otros y ha recibido fuerte apoyo de al menos un familiar y/o amigo 2

d) El apoyo recibido o percibido ha estado limitado por familia o por la condición del paciente 1

d) El apoyo de familia o amigos ocurrió infrecuentemente, o sólo cuando fue absolutamente necesario, o el paciente estaba inconsciente 0

e) Ha estado normalmente calmado y positivo, aceptando y controlando sus circunstancias personales, incluyendo el entorno 2

e) Ha tenido problemas a veces por no controlar totalmente sus circunstancias personales o ha tenido episodios obvios de ansiedad o depresión 1

e) Ha estado gravemente confuso o muy asustado, o ansioso y deprimido constantemente, o inconsciente . 0

FUNCTIONAL LIVING INDEX CANCER (FLIC)

1. La mayoría de la gente experimenta a veces sentimientos de depresión. Indique con qué frecuencia lo nota usted.

Nunca Continuamente

1 2 3 4 5 6 7

2. ¿Qué tal maneja su estrés diario?

Mal Bien

1 2 3 4 5 6 7

3. ¿Cuánto tiempo pasa pensando en su enfermedad?

Continuamente Nunca

1 2 3 4 5 6 7

4. Indique su capacidad para mantener sus actividades normales de recreo.

Capaz Incapaz

1 2 3 4 5 6 7

5. ¿Las náuseas le han afectado su actividad diaria?

Nada Mucho

1 2 3 4 5 6 7

6. ¿Qué tal se encuentra hoy?

Muy mal Muy bien

1 2 3 4 5 6 7

7. ¿Se siente hoy lo bastante bien como para hacer la comida o alguna pequeña reparación?

Muy capaz Incapaz

1 2 3 4 5 6 7

8. ¿Indique en qué medida su cáncer ha supuesto una carga para los más cercanos a usted durante las dos últimas semanas?

Ninguna Tremenda

1 2 3 4 5 6 7

9. Indique con qué frecuencia se siente descontento con su vida.

Siempre Nunca

1 2 3 4 5 6 7

10. Valore el grado de satisfacción con su trabajo y las tareas de la casa durante el último mes.

Insatisfactorio Muy satisfactorio

1 2 3 4 5 6 7

11. ¿Se siente muy incómodo hoy?

Nada Mucho

1 2 3 4 5 6 7

12. Indique en qué medida su cáncer ha interferido con los asuntos de los más cercanos a usted durante las dos últimas semanas.

Mucho Nada

1 2 3 4 5 6 7

13. ¿Cuánto interfieren el dolor o la incomodidad en sus actividades diarias?

Nada Mucho

1 2 3 4 5 6 7

14. Indique en qué medida su cáncer ha supuesto una carga para usted (personalmente) durante las dos últimas semanas.

Tremenda Ninguna

1 2 3 4 5 6 7

15. ¿Cuántas de sus tareas caseras habituales puede hacer?

Todas Ninguna

1 2 3 4 5 6 7

16. Indique en qué medida ha estado dispuesto a ver a los más cercanos a usted y pasar tiempo con ellos durante las dos últimas semanas.

Nada Mucho

1 2 3 4 5 6 7

17. ¿Cuántas náuseas ha tenido las dos últimas semanas?

Ninguna Muchas

1 2 3 4 5 6 7

18. Indique en qué medida le asusta el futuro?

Constante Sin miedo

1 2 3 4 5 6 7

19. Indique en qué medida ha estado dispuesto a ver a sus amigos y pasar tiempo con ellos durante las dos últimas semanas.

Nada Mucho

1 2 3 4 5 6 7

20. ¿Cuánto dolor o incomodidad durante las dos últimas semanas estuvieron relacionadas con su cáncer ?

N i n g u n o T o d o

1 2 3 4 5 6 7

21. Indique la confianza que tiene en su tratamiento.

Ninguna Mucha

1 2 3 4 5 6 7

22. ¿Qué aspecto tiene hoy?

Muy malo Muy bueno

1 2 3 4 5 6 7

CUESTIONARIO DE LA EORTC

Para las preguntas 1 a 7 las respuestas posibles son no (1) o

sí (2). Para las preguntas 8 a 28 y 31 a 43 las respuestas son nada (1), un poco (2), bastante (3) o mucho (4). Para responder a las preguntas 29 y 30 hay que redondear un número del 1 al 7 (1: muy mala, 7: muy buena).

1 . ¿Tiene problemas para realizar actividades muy intensas, como llevar un bolso de compra lleno o una maleta?

2. ¿Tiene problemas para dar un paseo largo?

3 . ¿Tiene problemas para dar un paseo corto cerca de casa?

4 . ¿Necesita estar en cama o en una silla casi todo el día?

5. ¿Necesita ayuda para comer, vestirse, lavarse o usar el aseo?

6. ¿Está limitado de algún modo para realizar su trabajo o las tareas de casa?

7. ¿Es completamente incapaz de realizar un trabajo o las tareas de casa?

Durante la última semana

8. ¿Le faltó aire?

9. ¿Tuvo dolor?

10. ¿Necesitó descansar?

11. ¿Tuvo problemas para dormir?

12. ¿Se sintió débil?

13. ¿Le faltó apetito?

14. ¿Notó náuseas?
15. ¿Vomitó?
16. ¿Estuvo estreñado?
17. ¿Tuvo diarrea?
18. ¿Se sintió cansado?
19. ¿Interfirió el dolor sus actividades diarias?
20. ¿Tuvo dificultad para concentrarse en cosas como leer un periódico o ver la televisión?
21. ¿Se sintió tenso?
22. ¿Estuvo preocupado?
23. ¿Se sintió irritado?
24. ¿Se sintió deprimido?
25. ¿Tuvo dificultad para recordar cosas?
26. Su condición física o el tratamiento, ¿han interferido con su vida familiar?
27. Su condición física o tratamiento, ¿han interferido con sus actividades sociales?
28. Su condición física o el tratamiento, ¿le han provocado dificultades económicas?
29. ¿Cómo calificaría su condición física global durante la última semana?
30. ¿Cómo valoraría su calidad de vida global durante la pasada semana?

Cuestionario específico para cáncer de pulmón

Durante la semana pasada

31. ¿Cuánto tosió?
 32. ¿La expectoración tenía sangre?
 33. ¿Le faltó la respiración mientras estaba en reposo?
 34. ¿Le faltó la respiración al caminar?
 35. ¿Le faltó la respiración al subir las escaleras?
 36. ¿Le dolieron la boca o la lengua?
 37. ¿Le costó tragar?
 38. ¿Tuvo hormigueo en las manos o en los pies?
 39. ¿Se le cayó el pelo?
 40. ¿Tuvo dolor en el pecho?
 41. ¿Tuvo dolor en el brazo o en el pecho?
 42. ¿Tuvo dolor en algún otro sitio?
 43. ¿Tómo alguna medicina para el dolor?
1. No.
 2. Sí. ¿Cuánto le alivió?

CUESTIONARIO DE KAASA ET AL.

(CANCER DE PULMON)

Indice de bienestar psicosocial durante la última semana

Posibles respuestas: Nunca, ocasionalmente, alguna vez, frecuentemente, continuamente.

1. ¿Se ha sentido fuerte y con energía?
2. ¿Se ha sentido solo?
3. ¿Ha sentido cerca a alguien?
4. ¿Se sintió cansado y abatido?
5. ¿Estuvo satisfecho consigo mismo?
6. ¿Sintió que merece la pena vivir?
7. ¿Estuvo de buen humor?
8. ¿Le faltó confianza en sí mismo?
9. ¿Le pareció que la vida no tiene sentido?

Globalmente, ¿en qué medida se ha sentido feliz? 1: Muy feliz. 2: Feliz. 3: Algo feliz. 4: Intermedio. 5: Algo infeliz. 6: Infeliz. 7: Muy infeliz.

En general, ¿se ha sentido satisfecho o insatisfecho?

- 1: Muy satisfecho. 2: Satisfecho. 3: Algo satisfecho. 4: Intermedio.
5: Algo insatisfecho. 6: Insatisfecho. 7: Muy insatisfecho.

Síntomas relacionados con la enfermedad

Posibles respuestas: Nunca, un poco, bastante, mucho.

Durante la última quincena, ¿ha notado alguno de los siguientes síntomas?

1: Náuseas. 2: Vómitos. 3: Pérdida de peso. 4: Problemas al tragar. 5: Dolor de garganta. 6: Enrojecimiento cutáneo. 7: Cansancio. 8: Falta de apetito. 9: Problemas para dormir. 10: Dolor.

Actividades diarias y estado físico

Posibles respuestas: Sí, no.

1. ¿Tuvo que estar en casa todo el día?
2. ¿Estuvo en cama casi todo el tiempo?
3. ¿Tuvo problemas para subir un piso o escalera?
4. ¿Necesitó ayuda para bañarse, vestirse o usar el aseo?

Posibles respuestas: Nada, un poco, bastante, mucho.

5. ¿Le faltó la respiración cuando...

1. Estaba en reposo?
2. ¿Caminaba?
3. ¿Subía la escalera?

TARJETA DE EVALUACION DIARIA

1. ¿Se sintió mal hoy?

1: Nada. 2: A veces. 3: Mucho. 4: Continuamente.

2. ¿Vomitó hoy?

1: Nada. 2: Una vez. 3: Dos veces. 4: Más de dos veces.

3. ¿Cómo ha estado hoy de apetito?

1: Bien. 2: Aceptable. 3: Bastante. 4: Mucho.

4. ¿Cuánto dolor ha tenido hoy?

1: Nada. 2: Un poco. 3: Bastante. 4: Mucho.

5. ¿Cómo durmió anoche?

1: Muy bien. 2: Bastante bien. 3: Mal. 4: Nada.

6. ¿Ha sido hoy feliz?

1: Mucho. 2: Aceptable. 3: Poco. 4: Nada.

7. ¿Cómo se ha sentido en general?

1: Bien. 2: Aceptable. 3: Mal. 4: Muy mal.

8. ¿Qué hizo hoy?

1: Estar en cama. 2: Me levanté pero no hice nada. 3: Alguna
tarea. 4: Actividad completa

ANEXO 3. REGISTRO FOTOGRÁFICO











ANEXO 4. NOTICIA PERIODÍSTICA

17/02/2011 00:01

Córdoba, por debajo del promedio en salud pública

En la encuesta “Creencias de los argentinos sobre las instituciones” también se valoró el sistema de salud argentino.

Por **Redacción LAVOZ**

En la encuesta “Creencias de los argentinos sobre las instituciones” también se valoró el sistema de salud argentino.

Respecto del sistema público, la mayoría consideró que funciona bien (41,4 por ciento), y el 22,6 por ciento, que funciona de manera regular. Para el 15,9, directamente lo hace mal.

En Córdoba, los datos no son tan auspiciosos aunque tampoco malos: el 34 por ciento opinó que el sistema de salud pública es bueno, seguido de un 30,2 por ciento que consideró que es regular. Para el 13,2 por ciento de los encuestados es malo.

Rawson es la ciudad con la salud pública mejor posicionada, con más de la mitad de opinión favorable y en donde casi el 20 por ciento cree que es muy buena. Le siguen Tucumán y Rosario.

Entre los que a nivel nacional respondieron que es regular, mala o muy mala, el 25,2 por ciento consideró que se debe a la falta de insumos; 21,8 por ciento porque hay demoras para atender turnos, y 17,6 por ciento porque la atención de los médicos es deficiente.

En cuanto al ámbito privado, 55,5 por ciento de los argentinos respondió que funciona bien y 13,4 por ciento, muy bien.

En Córdoba, la salud privada está muy bien vista con el porcentaje favorable más alto en el país: 61,2 por ciento opinó que funciona bien y el 14,7 por ciento, muy bien.

EDICIÓN IMPRESA

El texto original de este artículo fue publicado el 17/02/2011 en nuestra edición impresa. Ingrese a la [edición digital](#) para leerlo igual que en el papel.

ANEXO 5. Estadificación TNM

| Estadificación Cáncer de Mama | |
|-------------------------------|--|
| Tamaño | |
| T1 | Tumor < 2 cm o menos |
| T2 | Tumor entre 2 y 5 cm |
| T3 | Tumor > 5 cm |
| T4 | Tumor de cualquier tamaño que se extiende a pared torácica |
| Nódulos | |
| N0 | Ganglios axilares no palpables |
| N1 | Ganglios axilares móviles del lado del tumor |
| N2 | Ganglios axilares fijos en ausencia de Mets |
| N3 | Mets a ganglios suprae infraclaviculares |
| Mets | |
| M0 | Ausencia de mets |
| M1 | Mets a distancia |
| MX | No se pueden evaluar las mets |

| | |
|-------------|----------------------|
| I | T1N0M0 |
| IIA | T1N1M0/ T2N0M0 |
| IIB | T2N1M0/ T3N0M0 |
| IIIA | T1N2M0/T2N2M0/T3N1M0 |
| IIIB | T4N0,1,2M0/ |
| IIIC | CUALQUIER T,N3M0 |
| IV | CUALQUIER T Y N, M1 |

The diagram shows four anatomical illustrations of a breast and axilla, labeled Stage I, Stage II, Stage III, and Stage IV. Stage I shows a small tumor in the breast. Stage II shows a larger tumor with involvement of the chest wall and/or skin. Stage III shows a large tumor with involvement of the chest wall and/or skin, and/or involvement of the axillary lymph nodes. Stage IV shows a large tumor with involvement of the chest wall and/or skin, and/or involvement of the axillary lymph nodes, and/or distant metastasis.