



Artículo Original

Descripción de la población de personas con cáncer de mama referida al Programa de Rehabilitación en Cáncer y Cuidados Paliativos del Servicio de Fisiatría del Hospital Dr. Rafael Ángel Calderón Guardia, 01 de junio del 2012 al 31 de mayo del 2013.

Description of people with breast cancer referred to the Rehabilitation Program in Cancer and Palliative Care of the Rehabilitation Service in the Hospital Dr. Rafael Ángel Calderón Guardia, from June 1st, 2012 to May 31, 2013

Vanessa Uclés Villalobos¹ Laura Mata Jiménez² Arnoldo Matamoros Sánchez³

1. Médico Asistente Especialista en Medicina Física y Rehabilitación, Máster en Cuidados Paliativos, Hospital Dr. R. A. Calderón Guardia, San José, Costa Rica vaneucles@gmail.com.
2. Médico Asistente Especialista en Medicina Laboral, Máster en Epidemiología, Administración de Servicios de Salud, Hospital Dr. R. A. Calderón Guardia, San José, Costa Rica
3. Médico Asistente Especialista en Medicina Física y Rehabilitación, Máster en Administración de Servicios de Salud, Hospital Dr. R. A. Calderón Guardia, San José, Costa Rica

Recibido: 25 junio del 2014 Aceptado: 20 de diciembre del 2015

RESUMEN

Objetivos: Realizar la caracterización de la población referida al Programa de Rehabilitación en Cáncer y Cuidados Paliativos del Servicio de Fisiatría del Hospital Dr. Rafael Ángel Calderón Guardia, en el período comprendido entre 01 de junio del 2012 al 31 de mayo del 2013.

Optimizar las actividades del personal de los servicios, en el abordaje de los problemas o situaciones de salud que puedan presentar los pacientes; con lo que se logra mejorar la utilización del tiempo, de los recursos y mejorar la calidad de la atención.

Métodos: Diseño del estudio: Observacional Retrospectivo-Descriptivo. Se estudió una población

conformada por las pacientes con cáncer de mama referidas al Programa de Rehabilitación en Cáncer y Cuidados Paliativos del Servicio de Fisiatría del Hospital Dr. Rafael Ángel Calderón Guardia, en el período comprendido entre el 01 de junio del 2012 al 31 de mayo del 2013 (12 meses). Las variables estudiadas fueron: Edad, sexo, estado civil, diagnóstico, tratamiento, diagnóstico fisiátrico. Se preparó una base de datos electrónica (Excel). La técnica de muestreo y unidad de análisis fueron: Frecuencia; incidencia, prevención, porcentaje.

Resultados: Predominancia del cáncer de mama en el sexo femenino, el rango de edad al diagnóstico fue de 40 a 89 años cumplidos. La incidencia en menores de 50 años corresponde aproximadamente

con el 30% de las pacientes. En prácticamente todas las pacientes el diagnóstico fisiátrico incluía la prevención de complicaciones. Y más comúnmente asociaban dolor, limitación de los arcos de movimiento y linfedema del miembro superior.

El Programa de Rehabilitación en Cáncer y Cuidados Paliativos del Servicio de Fisiatría del Hospital Dr. Rafael Ángel Calderón Guardia existente ofrece los servicios básicos fundamentales, para las pacientes con diagnóstico reciente, en tratamiento o con secuelas de cáncer de mama, y en condición terminal. Para mejorar la atención integral de los pacientes con cáncer de mama, debe incluir la valoración y educación prequirúrgica, intervenciones que ya se están gestionando en conjunto con los servicios referidores.

Conclusiones: Se debe mejorar el Programa de Rehabilitación en Cáncer y Cuidados Paliativos del Servicio de Fisiatría del Hospital Dr. Rafael Ángel Calderón Guardia existente para la atención integral de los pacientes con cáncer de mama y la rehabilitación de los pacientes con cáncer de mama tiene un rol fundamental para favorecer su atención integral y por ende su calidad de vida.

Palabras claves Rehabilitación, cáncer, cuidados paliativos

ABSTRACT

Objetives: Characterization of women referred to the Rehabilitation Program in Cancer and Palliative Care of the Rehabilitation Service of the Hospital Dr. Rafael Ángel Calderón Guardia, between June 1st, 2012 and May 31, 2013. Optimize services, problem assessment or health situations, to improve attention's quality.

Methods: Study design: Observative Retrospective – Descriptive. Variables: age, gender, marital state, diagnosis, treatment, physiatrist diagnosis.

Results: Most women with breast cancer are diagnosed at 40-89 years-old.

Incidence in less than 50 years-old is approximately 30%. Almost all women included complication prevention, and associated pain, mobility impair and lymphedema.

the Rehabilitation Program in Cancer and Palliative Care of the Rehabilitation Service of the Hospital Dr. Rafael Ángel Calderón Guardia offers basic services for women with breast cancer. To improve integral attention is necessary to include education and pre-operative assessment.

Conclusions: The Rehabilitation Program in Cancer and Palliative Care of the Rehabilitation Service of the Hospital Dr. Rafael Ángel Calderón Guardia has to improve and the rehabilitation has a basic role to complete integral attention and life quality in patients with breast cancer.

Key words: Rehabilitation, cancer, palliative care

INTRODUCCIÓN

En la última década han surgido diversas declaraciones, resoluciones, estrategias, políticas y planes mundiales y regionales, dirigidos a la prevención y reducción de las Enfermedades Crónicas No Transmisibles (ECNT), entre las que se encuentra el cáncer, lideradas en su mayoría por la Organización Mundial de la Salud (OMS) (1).

De esta manera, a nivel subregional (Centroamérica y República Dominicana), surge la iniciativa de unirse y comprometerse políticamente a detener la epidemia ECNT con la adopción de políticas públicas intersectoriales y asegurar el involucramiento del sector público y privado y de la sociedad civil, encaminadas a reducir o modificar los riesgos sociales y ambientales, los determinantes y la carga de las enfermedades no transmisibles (1).

Las políticas para contrarrestar las ECNT, entre ellas el cáncer, debían incluir desde la promoción de estilos de vida saludables, prevención, tamizaje-detección precoz, tratamiento oportuno, hasta la rehabilitación y los cuidados

paliativos. La rehabilitación es un aspecto esencial en la atención integral de las personas con cáncer como parte del cuidado, para disminuir las posibles secuelas físicas y psicológicas, aliviar el dolor, favorecer la re inserción-reintegración a las actividades laborales, sociales y familiares de los pacientes, vivir con dignidad. Tomando en cuenta que los objetivos primordiales del tratamiento del cáncer son curar, prolongar la vida y/o mejorar la calidad de la misma (2).

En 1995, la Organización Panamericana de la Salud (OPS), elaboró un informe para Costa Rica, donde se concluye que existen problemas de coordinación, organización, implementación y evaluación de la situación del cáncer en Costa Rica; además presenta las estrategias, consideraciones generales y recomendaciones para el desarrollo de un Programa Nacional de Control del Cáncer para Costa Rica.

De las recomendaciones destaca principalmente la elaboración de un “Plan Nacional de Prevención y Atención Integral del Cáncer” (PNPAIC) como medio para fortalecer y dirigir los esfuerzos que se realizan en el abordaje integral de la problemática relacionada con esta patología (1, 3).

En junio de 1998, el Ministerio de Salud (MS) y la Caja Costarricense del Seguro Social (CCSS), analizaron y aprobaron el “Plan Nacional de Prevención y Atención Integral del Cáncer” y acordaron darle el contenido presupuestario para su implementación. El mismo estableció los siguientes objetivos:

- Disminuir la incidencia del cáncer en el ámbito nacional.
- Reducir la mortalidad por cáncer en el país.
- Aumentar la cobertura en la atención integral del cáncer.
- Mejorar la calidad de los servicios de atención del cáncer.

- Contribuir a mejorar la calidad de vida de las personas afectadas.

Dentro del proceso de actualización del Plan Nacional para la Prevención y Control del Cáncer se establecieron: los servicios de salud, con 2 áreas de intervención: Diagnóstico-Tratamiento-Rehabilitación, y Cuidados Paliativos para las personas con cáncer (1).

Debido a su efecto sobre el bienestar psicosocial de las personas, se puede considerar al cáncer como una enfermedad en muchos casos incapacitante, de ahí la importancia para la sociedad de su prevención, diagnóstico, tratamiento oportuno, rehabilitación y cuidados paliativos, así como la integración del tratamiento físico, psicológico y espiritual (1).

La CCSS cuenta, con mandatos claros para el abordaje prioritario del cáncer desde una visión integral. El objetivo principal es el fortalecimiento de la atención de los cánceres prioritarios en el país mediante el aumento de la capacidad resolutoria de la red en las áreas de promoción, prevención, detección temprana, tratamiento, rehabilitación y cuidados paliativos oncológicos (1, 3). Ya que el cáncer es uno de los principales retos científicos y de salud pública en la actualidad.

Como lo son políticas basadas en principios de atención centrada en el individuo, oportunidad de la atención en salud, continuidad de la atención, mejoramiento continuo de la calidad, sostenibilidad, multidisciplinariedad y costo-efectividad.

Pero hasta la fecha, con prioridades y desafíos pendientes, como garantizar el acceso a los servicios de salud de atención integral, desarrollar capacidades y competencias del recurso humano que se adecuen a las necesidades de la población, fortalecer la coordinación y articulación entre instituciones, sectores y sociedad civil, para proteger y mejorar el estado de salud de la población e implementar nuevas tecnologías.



La oferta actual de servicios trata de dar una atención curativa y paliativa a los enfermos de cáncer, con un accionar limitado en el resto de aspectos para la atención integral de dicha patología (3). Los médicos especialistas en Medicina Física y Rehabilitación, así como los profesionales afines, no son tomados en cuenta ni siquiera como parte de los servicios de apoyo a los Departamentos de Hematooncología, ni su intervención según el estadio de la enfermedad. Tampoco fueron parte del proceso de confección de planes, normas de atención, relacionados a la atención integral del cáncer, ni se menciona las comorbilidades que implica el cáncer y su tratamiento que podrían mejorar con intervenciones rehabilitatorias (Oferta Institucional para la Atención del Cáncer, Oferta y producción de los departamentos de hematooncología, abril 2012).

El Ministerio de Salud es el órgano Rector del Sistema de Producción Social de la Salud, que incluye la vigilancia, regulación, mercadotecnia, planificación estratégica de la salud, modulación del financiamiento, armonización de la provisión de servicios de salud y evaluación del Impacto de las Acciones en Salud (Plan Nacional de Salud 2010-2021, MS).

La rectoría se define como la acción de gobernar, dirigir, conducir a una comunidad, conjunto de instituciones o personas, o ejercer autoridad sobre ellas. Sobre esta base, surge el concepto de rectoría de la producción social de la salud, que es la función mediante la cual el ente rector lidera, promueve y articula, de manera efectiva, los esfuerzos de los actores sociales clave y ejerce sus potestades de autoridad sanitaria, para proteger y mejorar la salud de la población (Plan Nacional de Salud 2010-2021, MS).

La atención integral de la salud se refiere al abordaje integral del proceso salud-enfermedad que responda al concepto de salud como proceso de construcción

social, y a los problemas y necesidades de salud de la población. Incluye actividades de promoción de la salud, prevención de la enfermedad, atención de la morbilidad y de las condiciones discapacitantes, con énfasis en las dos primeras. Se considera la persona como sujeto de derechos que requieren atención personalizada, que tome en cuenta el contexto familiar y el comunitario, tanto en aspectos físicos como psicosociales. El enfoque incluye aspectos bio-psico-sociales-espirituales y ecológicos, que requiere del trabajo en equipo interdisciplinario, idealmente trans-disciplinario, y el abordaje intersectorial (Plan Nacional de Salud 2010-2021, MS).

Se confeccionó el Plan Nacional de Salud 2010-2021, que tiene como objetivos generales relacionados a la atención del cáncer la cultura de cuidado individual y colectivo, los servicios de salud de atención integral a personas, las investigaciones científicas y aplicaciones tecnológicas y la coordinación y articulación entre instituciones y sectores. Y enfoques y principios dirigidos a los Derechos Humanos, la diversidad y la cohesión social (sociedades incluyentes, igualitarias, justas y solidarias) (Plan Nacional de Salud 2010-2021, MS).

El componente relacionado con la rehabilitación fue incluido en el Plan Operativo, pero actualmente no se conoce el avance alcanzado sobre el particular (4). Es decir, que sigue siendo un reto pendiente, para la CCSS y el Ministerio de Salud, realmente incluir la rehabilitación como parte del tratamiento integral de los pacientes con cáncer. Ya que sólo mencionan la rehabilitación, pero no la analizan, ni determinan el encargado de dirigirla, prescribirla, entre otros.

Características Epidemiológicas de cáncer de mama

Estimaciones recientes muestran que más de 1 050 000 nuevos casos de cáncer de mama son diagnosticados en mujeres en

el ámbito mundial por año, de los cuales 580 000 casos son detectados en países en vías de desarrollo. En 1998 hubo 410 000 muertes en el mundo atribuidas al cáncer de mama, de las cuales 250 000 sucedieron en países en vías de desarrollo, contra 160 000 en países desarrollados (3). Las tasas de incidencia mundial más altas se ubican en Norteamérica, el oeste y norte de Europa y Australia. El cáncer de mama es la principal causa de muertes relacionadas al cáncer en mujeres de Europa. En 2008, se estimó una incidencia anual de 88.4/100 000 y una mortalidad de 24.3/100000 (3).

La incidencia va en aumento por el tamizaje con mamografía y el envejecimiento de la población; terapia de reemplazo hormonal, dieta occidental, obesidad y el consumo de alcohol y tabaco también contribuyen. El 25% se da antes de los 50 años, y menos del 5% antes de los 35 (3).

Aunque es importante aclarar que, en Costa Rica, la CCSS, no tiene un programa de tamizaje como tal. Como sí existe para el cáncer de cérvix, que determina que las mujeres una vez iniciada su actividad sexual, deben realizarse un papanicolau anualmente. Y ese tamizaje incluye las normas sobre qué hacer cuando el examen sale alterado. Inclusive existen fichas técnicas dentro del compromiso de gestión.

El cáncer de mama es el cáncer con la más alta tasa de mortalidad entre mujeres en edad reproductiva en América Latina. En la mayoría de los países occidentales, la mortalidad ha disminuido recientemente y especialmente en las más jóvenes, gracias a las mejoras en el tratamiento y la detección precoz (3).

En América Latina y el Caribe, la principal causa por cáncer de la pérdida de años de vida ajustados por discapacidad (Disability Adjusted Life Years, DALY) es el cáncer de mama, y corresponde a un 9% (3).

En Costa Rica los tipos de cáncer más frecuentes en las mujeres son: tumores de mama, estómago, cuello uterino, tiroides y colon. Estos tumores explican más de las dos terceras partes de todos los casos incidentes (65%). Con respecto a la mortalidad en general, los más frecuentes en orden descendente son: tumores de mama, estómago, colon, cuello uterino y pulmón, que ocasionan más del 60% de todas las defunciones por cáncer (3).

Según los últimos datos internacionales disponibles, Costa Rica presenta las tasas de incidencia, prevalencia y mortalidad más altas de Centroamérica y México. El cáncer de mama en Costa Rica es el tumor maligno más frecuentemente diagnosticado en las mujeres y el que ocasiona más muertes entre todos los tipos de cáncer, con una tendencia marcada hacia el aumento observado en años recientes (3).

Las tasas de incidencia se han incrementado en un 67% del año 1995 al año 2005. Para el año 2010 se estima que se diagnosticarán alrededor de 1 071 nuevos casos. Con respecto a la mortalidad, las tasas crudas han mostrado un aumento del 31% durante la década 2000-2009 (3).

El estadiaje del cáncer de mama

Determinar la extensión-severidad del cáncer en el momento del diagnóstico es un factor clave para definir el tratamiento y evaluar el pronóstico. La extensión se codifica más comúnmente por el sistema tumor-nódulos-metástasis (TNM) del Comité Americano de Cáncer (AJCC) y la Unión Internacional para el Control de Cáncer (UICC) y se refiere a la extensión del tumor primario (T), nódulos linfáticos regionales (N) y metástasis distantes (M) (5); siendo esta la clasificación con la que se trabaja en este artículo.

El tratamiento del cáncer de mama

La CCSS, en coordinación Gerencia Médica, Dirección de Desarrollo de Servicios de Salud, Proyecto de



Fortalecimiento Atención Integral del Cáncer, Área de Atención Integral a las Personas y organizaciones no gubernamentales, pacientes sobrevivientes de cáncer de mama, emiten la Guía Práctica Clínica para el Tratamiento del Cáncer de Mama, en el 2012 (Guía Práctica Clínica para el Tratamiento del Cáncer de Mama, en el 2012).

En ellas se recomienda:

-en pacientes con cáncer de mama y sobrevivientes, ejercicio físico, por su efecto beneficioso a nivel cardiovascular, función respiratoria, funcionamiento físico y fatiga.

-ejercicio durante la terapia adyuvante, para mejoría de la condición física.

-caminar durante el tratamiento del cáncer de mama, para mejoría de la condición física y en el autoreporte de la función física.

-mujeres con diagnóstico de cáncer de mama, realicen actividad física de moderada intensidad, ya que disminuye la mortalidad.

Las pacientes recomiendan que sean guiadas por un profesional adecuado.

-durante el seguimiento de las pacientes, intervenciones grupales de educación para el estrés y actividad física.

-realizar rehabilitación temprana en mujeres después de una mastectomía radical modificada, ya que puede mejorar la función del hombro y el rango de movimiento.

Las pacientes mencionan que es importante capacitar al personal de salud sobre los adecuados cuidados y ejercicios quirúrgicos y la necesidad de informarles oportunamente a las pacientes sobre los mismos.

También se confeccionó una Guía para Pacientes: Cáncer de Mama. En la cual se mencionan dentro de los efectos adversos secundarios al tratamiento de cáncer alteraciones sensitivas locales, desequilibrio postural, limitación de la movilidad del brazo, linfedema, para lo que recomiendan que haga los ejercicios

que le recomiende el personal de salud, y para la fatiga, que haga ejercicio de forma regular. Además, que mantenga su peso ideal, actividad física y ejercicios de rehabilitación tras la cirugía (Guía para Pacientes: Cáncer de Mama).

El equipo de soporte y metodología, así como los colaboradores que la validaron y los revisores externos, no incluían especialistas en Medicina Física y Rehabilitación.

El Programa de Rehabilitación en Cáncer y Cuidados Paliativos del Servicio de Rehabilitación del Hospital Dr. Rafael Ángel Calderón Guardia

Con base, en que el cuidado de un paciente con un diagnóstico establecido incluye tres fases: diagnóstico, tratamiento y todo lo que implica el cuidado del enfermo mientras o después de las primeras dos fases. Es decir, la intervención adecuada e integral de una persona a la cual se le ha diagnosticado una enfermedad implica manejar los efectos adversos del tratamiento, así como las complicaciones secundarias a éste, es que nace a partir de investigaciones bibliográficas, el único programa a nivel nacional (institucional y privado) dirigido específicamente a la población con diagnóstico, en tratamiento o con secuelas de cáncer, o en condición terminal en el Servicio de Rehabilitación del Hospital Dr. Rafael Ángel Calderón Guardia en marzo del 2012 (6, 7, 8).

Dicho programa responde, a las necesidades específicas de atención integral de estas poblaciones. Trabajando de forma conjunta con los servicios de Onco-hematología, neurociencias, ortopedia y Centro Nacional del dolor y Cuidados Paliativos.

Más del 50% de los pacientes con cáncer, en su vida, luego de su primer diagnóstico de cáncer, tienen deficiencias o limitaciones que potencialmente podrían mejorar gracias a intervenciones de rehabilitación (27). La mayoría de los pacientes con cáncer se beneficiarían de evaluaciones e intervenciones por parte de

un servicio de rehabilitación, por lo que debería incluirse como parte de la rutina del cuidado de su salud (17). Algunos autores, definen como dramática la mejoría al desarrollar programas comprensivos de rehabilitación (39).

El énfasis de la rehabilitación de los pacientes con cáncer y en condición terminal, es la funcionalidad y calidad de vida (7, 8, 19, 26, 27, 28, 29). El deterioro de la funcionalidad física en este tipo de enfermos, es un problema significativo (20). La rehabilitación es tanto una forma de asistencia (tratamiento), como una parte integral de los cuidados paliativos que puede producir considerables mejorías en la función y calidad de vida de los enfermos y de sus familias y reducir su sufrimiento psicológico y espiritual. Los servicios de oncología, de cuidados paliativos y de rehabilitación tienen mucho que ofrecer para conseguir que los pacientes funcionen con un mínimo de dependencia y con bienestar, sea cual sea su expectativa de vida. Ya que el proceso de rehabilitación incluye el cuidado de forma continua desde el tratamiento curativo, hasta paliativo (8, 26, 27, 30).

Su integración a la atención de estos usuarios, es esencial para ayudarles a adaptarse a la enfermedad, a encontrar un propósito, aumentar su sensación de control y vivir de la mejor manera posible sus últimos días (31).

Evidencia científica demuestra que la inclusión de ejercicio durante el tratamiento de esta

población, tiene efectos positivos en aspectos psicológicos y fisiológicos, mejorando de forma importante la calidad de vida global del enfermo: aumenta la capacidad funcional, atenúa la respuesta inflamatoria celular, la producción de citoquinas, tiene efectos beneficiosos en la fatiga, disminuye el estrés, aumenta el bienestar general (15, 22, 31, 33, 34, 35, 36, 37, 38).

Déficits específicos que pueden ser abordados a través de intervenciones con

terapia física y ocupacional en pacientes con cáncer y en estado terminal son: dolor y alteraciones musculoesqueléticas, desacondicionamiento y déficit en la resistencia, fatiga, balance, caídas y linfedema (17, 28, 33, 38). Todos los anteriores problemas físicos (17).

Según el momento y la situación de la enfermedad pueden aplicarse cualquiera de estos cuatro tipos de rehabilitación (31):

1) **Preventiva:** Reducir el impacto y la severidad de las incapacidades esperadas y ayudar a los pacientes y cuidadores a afrontar mejor la situación.

2) **Restaurativa:** Conseguir que los pacientes retornen a su estado premórbido sin incapacidades significativas.

3) **De soporte:** Limitar los cambios funcionales y proveer apoyo a los pacientes conforme la enfermedad progresa y entra en sus fases avanzadas. Intenta reducir la incapacidad o pérdida de función y facilitar a los individuos lo que les permita sobreponerse a las dificultades, reteniendo una sensación de control y de elección. Procura más la adaptación a las circunstancias que han cambiado antes que a la propia rehabilitación.

4) **Paliativa:** Intenta limitar el impacto de la enfermedad avanzada con un tratamiento realista basado más en satisfacer las necesidades del paciente y reducir la intensidad de sus síntomas. Procura promover su independencia y participación cuando sea posible. La terapia ocupacional, por lo tanto, representa un abordaje de apoyo o paliativo al tratamiento planificado.

Campos de acción de la Rehabilitación en Cáncer y Paliativa

Un abordaje rehabilitador paliativo intentará conseguir beneficios en el alivio de síntomas, en la salud psicológica y calidad de vida a través de cubrir tres dominios separados pero complementarios entre sí:



1) **Físico:** programa de ejercicios que el paciente debe seguir que incluye número, duración y nivel de dificultad.

2) **Funcional:** mejorar actividades de vida diaria y permitir entretenimientos y cultivo de intereses.

3) **Social:** para estimular las actividades sociales placenteras (por ejemplo, visita de amigos, ir a la iglesia o cines, pasear). Este abordaje más global contribuye a restaurar un sentido de esperanza al paciente paliativo y a evitar sentimientos de abandono comúnmente experimentados en este grupo.

La intensidad de la rehabilitación se relaciona con el tipo de cáncer y tratamiento, el grado en el que el cáncer es tratable, la reversibilidad del problema y la extensión de la incapacidad en actividades de la vida diaria sufrida por el paciente (31). Además del criterio del médico especialista en Medicina Física y Rehabilitación y la opinión del paciente.

METODOLOGÍA

Se estudió una población conformada por las pacientes con cáncer de mama referidas al Programa de Rehabilitación en Cáncer y Cuidados Paliativos del Servicio de Fisiatría del Hospital Dr. Rafael Ángel Calderón Guardia, en el período comprendido entre el 01 de junio del 2012 al 31 de mayo del 2013 (12 meses), se diseñó un estudio observacional, retrospectivo-descriptivo de registros médicos.

El total de pacientes con diagnóstico reciente, en tratamiento o con secuelas de cáncer de mama o en condición terminal, referidos al programa en mención era de 180, la población estudiada es 88, ya que se eliminaron 91 por no cumplir con los criterios de inclusión y 1 por ser hombre. Como Criterios de inclusión se definieron: Rango de edad: mayores de los 18 años; Género: femenino; Etnia: caucásicos; Inclusión de clases especiales o participantes vulnerables: pacientes con diagnóstico, tratamiento, secuela o en condición terminal de cáncer de mama; Área de atracción del Hospital Dr. Rafael

Ángel Calderón Guardia; Diagnóstico (estadaje de cáncer); Tratamiento (cirugía, radioterapia, quimioterapia); Diagnóstico fisiátrico (linfedema, dolor, prevención de complicaciones, polineuropatía, limitación de arcos de movimiento, dependencia de actividades de la vida diaria). Como Criterios de exclusión: Género: hombre; Pacientes que no hayan sido referidas por los servicios de Hematooncología, Neurociencias y Ortopedia del Hospital Dr. Rafael Ángel Calderón Guardia en el período comprendido entre junio 2012 y mayo 2013, que no pertenezcan al área de atracción del Hospital Dr. Rafael Ángel Calderón Guardia y que no cumplan con los criterios de inclusión. Las variables estudiadas fueron: Edad, sexo, estado civil, diagnóstico, tratamiento, diagnóstico fisiátrico. Se preparó una base de datos electrónica (Excel). La técnica de muestreo y unidad de análisis fueron: Frecuencia; incidencia, prevención, porcentaje.

Se utilizaron los criterios de inclusión mencionados anteriormente, ya que son documentados de rutina en estas pacientes, porque el servicio de Hematooncología ha sido sensibilizado-capacitado-informado sobre la importancia de la rehabilitación y sobre cuáles datos son imprescindibles para su evaluación, seguimiento, control, prescripción de tratamiento, entre otros.

El Programa de Rehabilitación en Cáncer y Cuidados Paliativos del Servicio de Fisiatría del Hospital DR. Rafael Ángel Calderón Guardia, inicia su funcionamiento el 31 de mayo del 2012, con 9 horas de consulta externa, atención de 2 pacientes por hora, a cargo de la Dra. Vanessa Uclés Villalobos, médico asistente especialista en Medicina Física y Rehabilitación. Luego de prescribirse la terapia (física y ocupacional), así como referencias a otros servicios de apoyo necesarios para optimizar la atención del paciente, se programaban las sesiones como prioritarias en el gimnasio a cargo

del Lic. Francisco Molina terapeuta físico y la Lic. Yancy Jiménez terapeuta ocupacional. Y se programaba una cita control para revaloración generalmente a los 3-6 meses.

Sin embargo, cabe recalcar, que el inicio logístico del programa, con fases de investigación bibliográfica, fue desde el 2011. Con el apoyo incondicional de la Dirección Médica, la Jefatura del Servicio, el Departamento de Hematooncología y FUNDACÁNCER.

La población se considera pequeña, por lo cual el estudio tiene sus limitaciones propias por esta razón.

La reducción de la muestra se debe a la ausencia de información en el expediente (datos incompletos, que aún no se había archivado a primera nota de rehabilitación), expediente no se encontraba en el archivo médico sino en diferentes servicios por las frecuentes citas control (oncología médica, oncología quirúrgica, psicología, trabajo social, entre otros), a la pérdida de contacto con el paciente (ausentismo a citas control), el paciente no correspondía con el área de atracción del hospital.

Dichos datos fueron tomados de los registros administrativos propios del hospital.

RESULTADOS

Se obtuvo un total de 88 pacientes femeninas que presentaron los datos mínimos requeridos para ser incluidas en el estudio. El estado civil de la mayoría de la población estudiada fue el de estar casada con un 42.05%, seguido por el estado civil de soltera con un 22.73%, unión libre 15.91%, divorciadas 11.36% y finalmente las viudas un 7.95% respectivamente

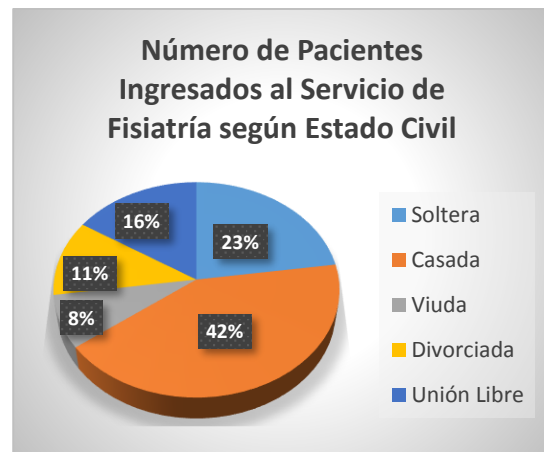
Tabla 1

Número de Pacientes Ingresados al Servicio de Fisiatría con Diagnóstico de Tumor de Mama según Estado Civil

Estado Civil	Pacientes	Porcentaje
Soltera	20	22.73
Casada	37	42.05
Viuda	7	7.95
Divorciada	10	11.36
Unión Libre	14	15.91
Total	88	100.00

Fuente: Hoja de Recolección de Datos, Servicio de Fisiatría, Hospital Dr. Rafael Ángel Calderón Guardia y expedientes clínicos.

Gráfico 1



Fuente: Hoja de Recolección de Datos, Servicio de Fisiatría, Hospital Dr. Rafael Ángel Calderón Guardia y expedientes clínicos.

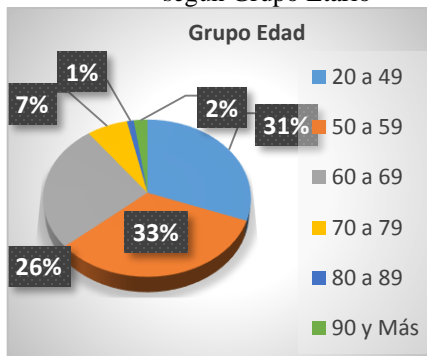
La mayoría de las pacientes oscilan entre 50 y 59 años, correspondiente a un 32.95%, seguidos por la población cuyas edades oscilan entre los 20 a 49 años, representado el 30.68% y 26.14% entre los 60 y 69 años. La paciente que presentó menor edad tenía 24 años y la de mayor edad 90 años.

Tabla 2
Número de Pacientes Ingresados al Servicio de Fisiatría con el Diagnóstico de Tumor de Mama según Grupo Etario y por Sexo

Grupo Edad	Pacientes	Porcentaje
20 a 49	27	30.68
50 a 59	29	32.95
60 a 69	23	26.14
70 a 79	6	6.82
80 a 89	1	1.14
90 y Más	2	2.27
Total	88	100.00

Fuente: Hoja de Recolección de Datos, Servicio de Fisiatría, Hospital Dr. Rafael Ángel Calderón Guardia y expedientes clínicos.

Gráfico 2
Número de Pacientes Ingresados al Servicio de Fisiatría con el Diagnóstico de Tumor de Mama según Grupo Etario



Fuente: Hoja de Recolección de Datos, Servicio de Fisiatría, Hospital Dr. Rafael Ángel Calderón Guardia y expedientes clínicos.

Las pacientes se dedican principalmente a ser amas de casa, 50.00% y pensionadas 23.86%.

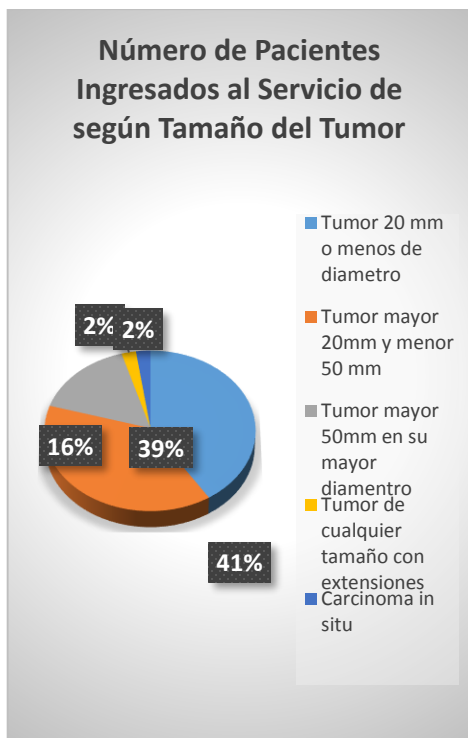
Tabla 3
Número de Pacientes Ingresados al Servicio de Fisiatría con el Diagnóstico de Tumor de Mama según Ocupación y por Sexo

Ocupación	Pacientes	
	Femenino	Porcentaje
Profesionales científicos e intelectuales	8	9.09
Técnicos y profesionales de nivel medio	3	3.41
Personal de apoyo administrativo	3	3.41
Trabajadores de los servicios y vendedores de comercios y mercados	3	3.41
Agricultores y trabajadores calificados agropecuarios, forestales y pesqueros	2	2.27
Oficiales, operarios y artesanos de artes mecánicas y de otros oficios	4	4.55
Ocupaciones elementales-No calificadas	44	50.00
Desempleo - Pensionados	21	23.86
Total	88	100.00

Fuente: Hoja de Recolección de Datos, Servicio de Fisiatría, Hospital Dr. Rafael Ángel Calderón Guardia y expedientes clínicos.

Al realizar un análisis de acuerdo al tamaño tumoral se logra deducir que, del total de 88 pacientes de la población estudiada, 36 pacientes (41.57%) presentaban tumor de 20 mm o menos de diámetro, 34 pacientes (38.20%) con tumores de mayor de 20 mm y menor de 50 mm, 14 pacientes (15.73%) con tumores de mayor de 50 mm en su mayor diámetro y finalmente 2 pacientes (2.25%) con tumores de cualquier tamaño con extensiones y 2 pacientes (2.25%) con carcinoma in situ. La distribución se representa de forma gráfica en el Gráfico 3 o Tabla 4.

Gráfico 3



Fuente: Hoja de Recolección de Datos, Servicio de Fisiatría, Hospital Dr. Rafael Ángel Calderón Guardia y expedientes clínicos.

Tabla 4

Número de Pacientes Ingresados al Servicio de Fisiatría con el Diagnóstico de Tumor de Mama según Tamaño del Tumor y Localización

Tamaño del Tumor	Pacientes			Porcentaje		
	Total	Mama Derecha	Mama Izquierda	Total	Mama Derecha	Mama Izquierda
Total	88	44	44	100,00	50,00	50,00
Tumor 20 mm o menos de diámetro	37	13	44	41,57	14,61	26,97
Tumor mayor 20 mm y menor 50 mm	34	21	13	38,20	23,60	14,61
Tumor mayor 50mm en su mayor diámetro	14	8	6	15,73	8,99	6,74
Tumor de cualquier tamaño con extensiones	2	2	0	2,25	2,25	0
Carcinoma in situ	2	1	2	2,25	1,12	1,12

Fuente: Hoja de Recolección de Datos, Servicio de Fisiatría, Hospital Dr. Rafael Ángel Calderón Guardia y expedientes clínicos.

De la misma manera, se determinó que el síntoma predominante al realizar el diagnóstico fisiátrico fue el rubro que abarca dolor, prevención de complicaciones, limitación de arcos de movimiento en 78 pacientes (88.64%), seguido del rubro de dolor, linfedema, prevención de complicaciones, polineuropatía, dependencia actividades diarias en 6 pacientes (6.82%), y finalmente se tiene el diagnóstico fisiátrico que comprende limitación arcos de movimiento y dependencia a actividades diarias en 4 pacientes (4.55%).

Tabla 5

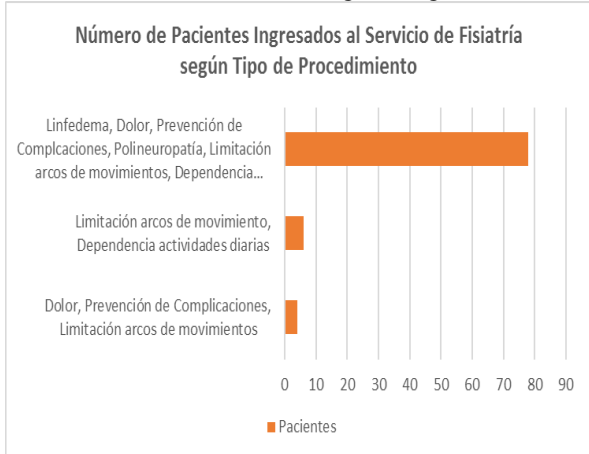
Número de Pacientes Ingresados al Servicio de Fisiatría con el Diagnóstico de Tumor de Mama según Diagnóstico Fisiátrico

Diagnostico Fisiátrico	Pacientes
Dolor, Prevención de Complicaciones, Limitación arcos de movimientos	78
Limitación arcos de movimiento, Dependencia actividades diarias	4
Linfedema, Dolor, Prevención de Complicaciones, Polineuropatía, Limitación arcos de movimientos, Dependencia actividades diarias	6
Total	88

Fuente: Hoja de Recolección de Datos, Servicio de Fisiatría, Hospital Dr. Rafael Ángel Calderón Guardia y expedientes clínicos.

Gráfico 4

Número de Pacientes Ingresados al Servicio de Fisiatría con el Diagnóstico de Tumor de Mama según Diagnóstico Fisiátrico



Fuente: Hoja de Recolección de Datos, Servicio de Fisiatría, Hospital Dr. Rafael Ángel Calderón Guardia y expedientes clínicos.

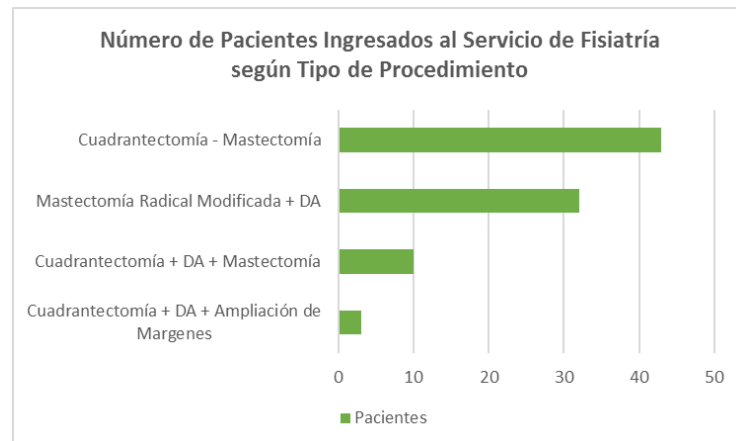
Todas las pacientes requirieron de una cirugía para su tratamiento, la cual variaba desde una lupectomía hasta una mastectomía, generalmente asociada a disección axilar.

Tabla 6
Número de Pacientes Ingresados al Servicio de Fisiatría con el Diagnóstico de Tumor de Mama según Tipo de Procedimiento

Procedimiento	Pacientes (N°)	Porcentaje (%)
Cuadrantectomía + DA + Ampliación de Márgenes	3	3.41
Cuadrantectomía + DA + Mastectomía	10	11.36
Mastectomía Radical Modificada + DA	32	36.36
Cuadrantectomía - Mastectomía	43	48.86
Total	88	100.00

Fuente: Hoja de Recolección de Datos, Servicio de Fisiatría, Hospital Dr. Rafael Ángel Calderón Guardia y expedientes clínicos.

Gráfico 5



Fuente: Hoja de Recolección de Datos, Servicio de Fisiatría, Hospital Dr. Rafael Ángel Calderón Guardia y expedientes clínicos.

DISCUSIÓN

El presente estudio permite observar las características demográficas de las pacientes con el diagnóstico de cáncer de mama en Costa Rica en el Hospital Dr. Rafael Ángel Calderón Guardia. De los pacientes incluidos en el estudio, no se logró obtener en todos los casos la información sobre las variables de sintomatología al diagnóstico.

En el estudio se logró evidenciar predominancia del cáncer de mama en el sexo femenino, lo que concuerda con la información reportada en la literatura a nivel mundial. Por otro lado, el rango de edad al diagnóstico en el grupo total de pacientes con cáncer de mama fue de 40 a 89 años cumplidos, la cual es semejante a la reportada en otros estudios. En el presente estudio, la distribución etaria de la población concuerda con reportes anteriores, los cuales han determinado que la mayor frecuencia se encuentra entre los 40 y 69 años.

Es importante tomar en cuenta, que la incidencia en menores de 50 años corresponde aproximadamente con el 30% de las pacientes, es decir, que las normas de atención de la CCSS no son adecuadas, ya que es a partir de los 50 años que se recomienda la mamografía anual. Por lo tanto, se estaría obviando el 30% de la población en riesgo de padecer cáncer de mama, y que además son las que tienen mejor pronóstico.

Al realizar un análisis se observó que el mayor porcentaje de cáncer de mama se diagnóstica en aquellos pacientes con un diagnóstico de tumor de 20mm o menos de diámetro y con tumores de mayor de 20mm y menor de 50mm, y en menor porcentaje para tumores de mayor de 20mm y menor de 50mm; lo cual es semejante a lo esperado según la literatura.

En prácticamente todos los pacientes el diagnóstico fisiátrico incluía la prevención de complicaciones. Y más comúnmente asociaban dolor, limitación de los arcos de movimiento y linfedema del miembro superior. También, se diagnosticó desde el punto de vista de la rehabilitación dependencia para las actividades

de la vida diaria, polineuropatía y trastorno de la marcha. Otras molestias referidas por los pacientes fueron principalmente parestesias y dolores osteomusculares (cervicalgia, dorsalgia, lumbalgia, gonalgia).

Posterior a la evaluación, de un total de 43 pacientes aproximadamente el 63 % de ellas presentó parestesia. Donde a un 28% de ese mismo total se les había intervenido por mastectomía radical modificada y un 42% aproximadamente posterior al procedimiento de cuadrantectomía.

Es importante recalcar, que aquellas pacientes que no son referidas por el Departamento de Hematooncología pueden ser diferentes: con complicaciones más frecuentes, mayor cantidad de necesidades-diagnósticos fisiátricos, entre otros.

El Programa de Rehabilitación en Cáncer y Cuidados Paliativos del Servicio de Fisiatría del Hospital Dr. Rafael Ángel Calderón Guardia existente ofrece los servicios básicos fundamentales, para las pacientes con diagnóstico reciente, en tratamiento o con secuelas de cáncer de mama, y en condición terminal. Para mejorar la atención integral de los pacientes con cáncer de mama, debe incluir la valoración y educación prequirúrgica, intervenciones que ya se están gestionando en conjunto con los servicios referidores.

CONCLUSIONES

El presente estudio pretende constituir un primer abordaje en lo que respecta a la epidemiología en rehabilitación del cáncer de mama en Costa Rica. Se obtuvo en el estudio resultados similares a los reportados en la literatura internacional para la mayoría de las variables.

Se debe resaltar por medio de este estudio que se debe continuar realizando esfuerzos conjuntos entre los distintos actores que intervienen en la atención de los pacientes con cáncer de mama a nivel nacional, con el fin de recopilar información útil que permita un mejor entendimiento de los diferentes aspectos



epidemiológicos de esta patología, lo cual permitiría una mejor toma de decisiones terapéuticas y una mejor atención para los pacientes con diagnóstico de cáncer de mama. Mejorar el Programa de Rehabilitación en Cáncer y Cuidados Paliativos del Servicio de Fisiatría del Hospital Dr. Rafael Ángel Calderón Guardia existente para la atención integral de los pacientes con cáncer de mama. La rehabilitación de los pacientes con cáncer de mama tiene un rol fundamental para favorecer su atención integral y por ende su calidad de vida.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1) Ministerio de Salud Costa Rica. Plan Nacional para la Prevención y Control del Cáncer 2011-2017. 1era edición. San José, Costa Rica. 2012
- 2) Organización Panamericana de la Salud. Plan subregional para la prevención y control del cáncer en Centroamérica y República Dominicana. 2008
- 3) Sáenz R, Ortiz A, Gutiérrez M, Bermúdez J, Monge C. Perspectiva epidemiológica y socio institucional del cáncer de mama en Costa Rica. 1era edición. Heredia, Costa Rica. Centro de Estudio Generales de la Universidad Nacional y la Escuela de Salud Pública de la Universidad de Costa Rica; 2011.
- 4) Contraloría General de la República, División de Fiscalización Operativa y Evaluativa, Área de Servicios Sociales. Informe sobre el Abordaje del Cáncer en Costa Rica No. DFOE- SOC-IF-01-2011. San José, Costa Rica; 2011.
- 5) Aebi, S., Davidson, T., Gruber, G., Cardoso, F. Clinical Practice Guidelines Primary breast cancer: ESMO Clinical Practice Guidelines for diagnosis, treatment and follow-up. *Annals of Oncology* 22 (Supplement 6): vi12-vi24, 2011.
- 6) Mikkelsen T, Sondergaard J, Sokolowski I, Jensen A, Olesen F. Cancer survivors' rehabilitation needs in a primary health care context. *Family Practice Advance Access*. 2009; 26(3): 2.
- 7) Nazarian J. Cardiopulmonary Rehabilitation After Treatment for Lung Cancer. *Curr Treat Options in Oncol*. 2004; (5):75-82.
- 8) Okamura H. Importance of Rehabilitation in Cancer Treatment and Palliative Medicine. *Jpn J Clin Oncol*. 2011; 41(6):733-738.
- 9) Barnes J, Campbell C. Palliative care in multiple sclerosis and motor neuron disease. *Br J Hosp Med*. 2010; 71(1): 21-25.
- 10) Blatzheim, K. Palliative Care Review Interdisciplinary palliative care, including massage, in treatment of amyotrophic lateral sclerosis. *J Bodyw Mov Ther*. 2009; 13:328-335.
- 11) Bruera E, Woodruff R. The International Association for Hospice and Palliative Care: International Activities and Initiatives. *J Pain Symptom Manage*. 2002; 24(2):102-105.
- 12) Pearson E, Todd J, Fitcher J. How can occupational therapists measure outcomes in palliative care. *Palliat Med*. 2007; 21(6): 477-485.
- 13) Weidner N. Developing an Interdisciplinary Palliative Care Plan for the Patient With Muscular Dystrophy. *Pediatr Ann*. 2005; 34(7): 546-552.
- 14) Parker D, Maddocks I, Stern LM. The role of palliative care in advanced muscular dystrophy and spinal muscular atrophy. *J Paediatr Child Health*. 1999; 35:245-250.
- 15) Eva G, Wee B. Rehabilitation in end-of-life management. *Curr Opin Support Palliat Care*. 2010; 4(3): 158-162.
- 16) Chahine LM, Malik B, Davis, M. Palliative care needs of patients with neurologic or neurosurgical conditions. *Eur J Neurol*. 2008; 15(12): 1265-1272.
- 17) Ganz P. Current Issues in Cancer Rehabilitation. *Cancer*, 1990; 65(3): 742-751.
- 18) Maddocks M, Mockett S, Wilcock A. Is exercise an acceptable and practical therapy for people with or cured of cancer? *Cancer Treat Rev*. 2009; 35: 383-390.
- 19) Parsons J, Davis A. Rehabilitation and Quality-of-Life Issues in Patients with Extremity Soft Tissue Sarcoma. *Curr Treat Options Oncol*. 2004; 5:477-488.

- 20) Piers R, Pautex S, Curale V Et al. Palliative care for the geriatric patient in Europe: a survey describing the services, legislation and associations in geriatric palliative medicine. *Z Gerontol Geriat.* 2011; 43: 381-385.
- 21) Rieckmann P. Improving MS patient care. *J Neurol.* 2004; 251(5):69-73.
- 22) Sachs S, Weinberg R. Pulmonary rehabilitation for dyspnea in the palliative-care setting. *Curr Opin Support Palliative Care.* 2009; 3(2):112-119.
- 23) Spruit M, Janssen D, Franssen F, Wouters E. Rehabilitation and palliative care in lung fibrosis. *Respirology.* 2009; 14(6): 781-787.
- 24) Ward C. Characteristics and Symptom Management of Progressive Supranuclear Palsy: A Multidisciplinary Approach. *J Neurosci Nurs.* 2006; 38(4): 242-247.
- 25) Wee B, Adams A, Eva G. Palliative and end-of-life care for people with stroke. *Curr Opin Support Palliative Care.* 2010; 4(4): 229-232.
- 26) Gerber L. Cancer Rehabilitation into the Future. *Cancer Supplement.* 2001; 92(4): 975-979.
- 27) Palma J, Payne R. Palliative Care and Rehabilitation. *Cancer Supplement,* 2001; 92(4): 1049-1052.
- 28) Stubblefield, M. Cancer rehabilitation. *Semin Oncol.* 2011; 38(3):386 – 393.
- 29) Yadav R. Rehabilitation of Surgical Cancer Patients at University of Texas MD Anderson Cancer Center. *J Surg Oncol.* 2007; 95:361-369.
- 30) DeLisa J. A History of Cancer Rehabilitation. *Cancer Supplement.* 2001; 92(4): 970-4.
- 31) Astudillo W, Mendinueta C. La Rehabilitación Y Los Cuidados Paliativos. *Revista Rehabilitación Geriátrica.* 2006.
- 32) Broadwell D. Rehabilitation Needs of the Patient With Cancer. *Cancer.* 1987; 60: 563-568.
- 33) Chicharro J, Vaquero A. Fisiología del Ejercicio. *Editorial Médica Panamericana,* 3ª edición, 2006. 939- 947.
- 34) Gordon L et al. The impact of rehabilitation support services on health-related quality of life for women with breast cancer. *Breast Cancer Res Treat.* 2005; 93: 217-226.
- 35) Hellbom M, Bergelt C, Bergenmar, M. et al. Cancer rehabilitation: A Nordic and European perspective. *Acta Oncol.* 2011; 50: 179-186.
- 36) Korstjens I, et al. Quality of life of cancer survivors after physical and psychosocial rehabilitation. *Eur J Cancer Prev.* 2006; 15:541-547.
- 37) Korstjens I, May A, Van Weert E Et al. Quality of Life After Self-Management Cancer Rehabilitation: A Randomized Controlled Trial Comparing Physical and Cognitive-Behavioral Training Versus Physical Training. *Psychosomatic Medicine.* 2008; 70:422-429.
- 38) Silver J, Gilchris L. Cancer Rehabilitation with a Focus on Evidence-Based Outpatient Physical and Occupational Therapy Interventions. *Am J Phys Med Rehabil.* 2011; 90(5):5-15.
- 39) HEATH S. “Cancer rehabilitation for children: a model with potential”. *European Journal of Cancer Care* 1996, 5, 139-142.

