

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSTGRADO
CENTRO MÉDICO NACIONAL "20 DE NOVIEMBRE"
I.S.S.S.T.E.

**Efecto de la rehabilitación sobre la calidad de vida en pacientes con
secuelas de mastectomía**

TESIS DE POSTGRADO

PARA OBTENER EL TÍTULO EN LA ESPECIALIDAD DE
MEDICINA DE REHABILITACIÓN

PRESENTA:

DR. JOSEMARIA EMMANUEL HORTIALES CORONA

ASESOR DE LA TESIS

DRA. MA. ANTONIETA RAMIREZ W.

MÉXICO DF.

OCTUBRE 2005



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

A mis papás por su apoyo, confianza y amor incondicional durante toda mi vida.

A Arlene, por su amor que me impulsa

A mis maestros, compañeros y amigos con los que compartido esta etapa de mi vida, en especial a Pedro, Jorge y Ale.

INDICE

| | <i>Página</i> |
|--|---------------|
| RESUMEN | 5 |
| ABSTRACT | 5 |
| INTRODUCCIÓN..... | 6 |
| JUSTIFICACIÓN | 10 |
| HIPÓTESIS | 11 |
| OBJETIVOS | 11 |
| METODOLOGÍA | 11 |
| ANÁLISIS ESTADÍSTICO | 12 |
| RESULTADOS | 13 |
| DISCUSIÓN | 15 |
| CONCLUSIONES | 17 |
| REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS..... | 18 |

Efecto de la rehabilitación sobre la calidad de vida en pacientes con secuelas de mastectomía

INTRODUCCIÓN

Debido a los avances en el tratamiento médico en los pacientes con cáncer, los cuales incluyen intervenciones quirúrgicas, terapia de radiación y quimioterapia, actualmente las tasas de supervivencia a 5 años son mayores del 50%.

El cáncer puede causar múltiples impedimentos, limitaciones de las actividades y restricciones en la participación social, lo cual puede influir en el deterioro de su calidad de vida. (1)

Cromes (2) define la rehabilitación en cáncer y menciona que hay que involucrar a la persona para que se autoayude, y así obtenga la máxima funcionalidad física, social, psicológica y vocacional con los límites impuestos por su enfermedad y tratamiento. Así, de acuerdo a cada caso, hallazgos y necesidades el tratamiento rehabilitatorio es variable e individualizado.

En los pacientes con cáncer de mama sometidas a mastectomía, la disminución de los arcos de movilidad y el linfedema son 2 de las complicaciones más frecuentes, además del dolor en el sitio quirúrgico y el espasmo muscular que también es común. En estos pacientes la rehabilitación temprana juega un papel importante para preservar la función y regresar al paciente a su nivel previo de actividad. (1)

La calidad de vida se define como la percepción del individuo sobre su posición en la vida dentro del contexto cultural y sistema de valores en el que vive y con respecto sus metas, expectativas, normas y preocupaciones. Es un concepto extenso y complejo que engloba la salud física, el estado psicológico, el nivel de independencia, las relaciones sociales, las creencias personales y la relación con las características sobresalientes del entorno.(3)

Otra definición del término se refiere a un concepto multidimensional, el cual engloba

los aspectos positivos y negativos de cuatro partes fundamentales de la función (1):

1. Biológica. 2. Emocional 3. Social 4. Cognitiva.

La utilidad derivada por el paciente de un estado determinado es también reflejada en la valoración cualitativa de tal estado en la llamada calidad de vida. Así, las mediciones de esta se asumen como mediciones de utilidad.

Históricamente la valoración de las terapias del cáncer se ha centrado en variables biomédicas, como la tasa de respuesta, el intervalo libre de enfermedad, la supervivencia y otras. Desde la pasada década ha habido un esfuerzo importante dirigido a medir y a mejorar la calidad de vida de los pacientes oncológicos.

La medición de Calidad de Vida tiene aplicaciones a diferentes niveles (4):

1. En general, colaborar para ofrecer una mejor intervención, de forma global sobre el paciente y mejorar así su calidad de vida.
2. Evaluar el funcionamiento de los pacientes en las diferentes áreas de la calidad de vida.
3. Conocer el estado subjetivo de los pacientes en relación a su enfermedad.
4. Como predicción de la evolución de la enfermedad, ya que las puntuaciones previas pueden darnos una idea de esta evolución.
5. Para realizar una detección precoz de los problemas.
6. En la práctica clínica diaria, como un factor más a tener en cuenta en la elección del tipo de tratamiento a aplicar.
7. Una variable en ensayos clínicos en los que se estudian tratamientos.
8. Como una variable a tener en cuenta en decisiones de política sanitaria.

Un área en la que ha aumentado la investigación en calidad de vida es la de su aplicación en los ensayos clínicos, en los que se valoran tratamientos nuevos. En estos ensayos, la medición de calidad de vida se uniría a otras variables como la tasa de supervivencia, el intervalo libre de enfermedad, y otras. Esta inclusión de las mediciones de calidad de vida va aumentando rápidamente,

siendo en algunos países como Canadá obligatoria. Estas mediciones pueden ser útiles entre otras razones porque los métodos de valoración tradicionales no miden los efectos que el cáncer y su tratamiento ejercen en las dimensiones emocionales, espirituales y sociales, porque la calidad de vida puede estar afectada aunque el paciente este curado, ya que la calidad de vida puede mejorar aunque no se produzcan efectos en la supervivencia, o porque puede ayudar a conocer preferencias de los pacientes. (4)

Los cuestionarios de calidad de vida son utilizados para identificar que aspectos de la calidad de vida están alterados, y en base a los resultados obtenidos se puede dar un tratamiento específico para cada caso. Las principales publicaciones en las cuales se cuestionó la calidad de vida en los pacientes con cáncer inició en los 60`s, a mediados de los 70`s las principales escalas que se utilizaron fueron las de Karnofsky y Burchenal, sin embargo esta escala medía el estado de mejoría, en relación con la respuesta tumoral y la supervivencia, pero no proveía información cuantitativa acerca de otros aspectos importantes de la calidad de vida. (1)

La Organización Europea para la Investigación y el Tratamiento del Cáncer, (EORTC) es un organismo internacional sin ánimo de lucro que fue fundado en 1962 por especialistas europeos en cáncer para desarrollar y coordinar la investigación en Europa sobre las áreas clínica y experimental del tratamiento del cáncer y sus problemas relacionados. El objetivo de la EORTC es mejorar los tratamientos de cáncer a través del desarrollo de nuevos fármacos, así como, el de la evaluación de regímenes terapéuticos, que combinen fármacos que están actualmente en el mercado, con cirugía o radioterapia. Una investigación extensa y que recoja adecuadamente las diferentes áreas de un campo tan amplio como el cáncer está a menudo más allá de las capacidades de los laboratorios y hospitales europeos individuales, y puede ser llevada a cabo de una mejor manera a través de trabajos en los que participen investigadores y clínicos de diferentes disciplinas y naciones de Europa. (4)

En 1993 se estableció una Unidad de Calidad de Vida en la oficina central de la EORTC. Los objetivos principales de esta unidad son estimular, incrementar y

coordinar la inclusión de la calidad de vida como una variable de valoración de tratamiento en los ensayos clínicos.

El Grupo de Calidad de Vida esta trabajando en el desarrollo y validación de un módulo para cáncer de mama. Se decidió incluir en su contenido un amplio espectro de áreas: síntomas y efectos secundarios relacionados con los diferentes tipos de tratamiento (cirugía, radioterapia, quimioterapia y tratamiento hormonal), imagen corporal, sexualidad y perspectiva de futuro. (4)

Parte importante del objetivo del estudio es determinar si las mejorías encontradas en relación a los impedimentos que presentan este grupo de pacientes, repercute directamente en la percepción de calidad de vida del paciente

El cuestionario SF-36 consta de ocho dimensiones con una batería de preguntas por cada dimensión dando un total de 36 preguntas, las cuales valoran (1,4,5):

- Funcion física
- Limitaciones en el desempeño de sus actividades debido a problemas físicos de salud
- Dolor corporal
- Funcionamiento social
- Salud mental general, incluyendo stress psicológico
- Limitaciones en el desempeño de roles debido a problemas emocionales
- Vitalidad, energía o fatiga
- Percepciones de salud general.

Además una pregunta para valorar el cambio en la percepción de salud en relación a hace un año.

Beaton y cols en 1997 (6) concluyeron en su estudio con trabajadores que padecían desordenes músculo esqueléticos que este cuestionario es el mas apropiado para medir los cambios en la salud en este grupo de pacientes. Desde el punto de vista rehabilitatorio la mayoría de los impedimentos y afecciones que presentan las pacientes con cáncer de mama se incluyen en el cuestionario SF-36, por lo que se considera adecuado utilizar este cuestionario en nuestro estudio.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Mejoraría la calidad de vida en pacientes con secuelas de mastectomía si se ingresa a un programa rehabilitatorio?

Efecto de la rehabilitación sobre la calidad de vida en pacientes con secuelas de mastectomía

ANTECEDENTES

Debido a los avances en el tratamiento médico en los pacientes con cáncer, los cuales incluyen intervenciones quirúrgicas, terapia de radiación y quimioterapia, actualmente las tasas de supervivencia a 5 años son mayores del 50%.

El cáncer puede causar múltiples impedimentos, limitaciones de las actividades y restricciones en la participación social, lo cual puede influir en el deterioro de su calidad de vida. (1)

Cromes (2) define la rehabilitación en cáncer y menciona que hay que involucrar a la persona para que se autoayude, y así obtenga la máxima funcionalidad física, social, psicológica y vocacional con los límites impuestos por su enfermedad y tratamiento. Así, de acuerdo a cada caso, hallazgos y necesidades el tratamiento rehabilitatorio es variable e individualizado.

En los pacientes con cáncer de mama sometidas a mastectomía, la disminución de los arcos de movilidad y el linfedema son 2 de las complicaciones más frecuentes, además del dolor en el sitio quirúrgico y el espasmo muscular que también es común. En estos pacientes la rehabilitación temprana juega un papel importante para preservar la función y regresar al paciente a su nivel previo de actividad. (1)

La calidad de vida se define como la percepción del individuo sobre su posición en la vida dentro del contexto cultural y sistema de valores en el que vive y con respecto sus metas, expectativas, normas y preocupaciones. Es un concepto extenso y complejo que engloba la salud física, el estado psicológico, el nivel de independencia, las relaciones sociales, las creencias personales y la relación con las características sobresalientes del entorno.(3)

Otra definición del término se refiere a un concepto multidimensional, el cual engloba

los aspectos positivos y negativos de cuatro partes fundamentales de la función (1):

1. Biológica. 2. Emocional 3. Social 4. Cognitiva.

La utilidad derivada por el paciente de un estado determinado es también reflejada en la valoración cualitativa de tal estado en la llamada calidad de vida. Así, las mediciones de esta se asumen como mediciones de utilidad.

Históricamente la valoración de las terapias del cáncer se ha centrado en variables biomédicas, como la tasa de respuesta, el intervalo libre de enfermedad, la supervivencia y otras. Desde la pasada década ha habido un esfuerzo importante dirigido a medir y a mejorar la calidad de vida de los pacientes oncológicos.

La medición de Calidad de Vida tiene aplicaciones a diferentes niveles (4):

1. En general, colaborar para ofrecer una mejor intervención, de forma global sobre el paciente y mejorar así su calidad de vida.
2. Evaluar el funcionamiento de los pacientes en las diferentes áreas de la calidad de vida.
3. Conocer el estado subjetivo de los pacientes en relación a su enfermedad.
4. Como predicción de la evolución de la enfermedad, ya que las puntuaciones previas pueden darnos una idea de esta evolución.
5. Para realizar una detección precoz de los problemas.
6. En la práctica clínica diaria, como un factor más a tener en cuenta en la elección del tipo de tratamiento a aplicar.
7. Una variable en ensayos clínicos en los que se estudian tratamientos.
8. Como una variable a tener en cuenta en decisiones de política sanitaria.

Un área en la que ha aumentado la investigación en calidad de vida es la de su aplicación en los ensayos clínicos, en los que se valoran tratamientos nuevos. En estos ensayos, la medición de calidad de vida se uniría a otras variables como la tasa de supervivencia, el intervalo libre de enfermedad, y otras. Esta inclusión de las mediciones de calidad de vida va aumentando rápidamente,

siendo en algunos países como Canadá obligatoria. Estas mediciones pueden ser útiles entre otras razones porque los métodos de valoración tradicionales no miden los efectos que el cáncer y su tratamiento ejercen en las dimensiones emocionales, espirituales y sociales, porque la calidad de vida puede estar afectada aunque el paciente este curado, ya que la calidad de vida puede mejorar aunque no se produzcan efectos en la supervivencia, o porque puede ayudar a conocer preferencias de los pacientes. (4)

Los cuestionarios de calidad de vida son utilizados para identificar que aspectos de la calidad de vida están alterados, y en base a los resultados obtenidos se puede dar un tratamiento específico para cada caso. Las principales publicaciones en las cuales se cuestionó la calidad de vida en los pacientes con cáncer inició en los 60`s, a mediados de los 70`s las principales escalas que se utilizaron fueron las de Karnofsky y Burchenal, sin embargo esta escala medía el estado de mejoría, en relación con la respuesta tumoral y la supervivencia, pero no proveía información cuantitativa acerca de otros aspectos importantes de la calidad de vida. (1)

La Organización Europea para la Investigación y el Tratamiento del Cáncer, (EORTC) es un organismo internacional sin ánimo de lucro que fue fundado en 1962 por especialistas europeos en cáncer para desarrollar y coordinar la investigación en Europa sobre las áreas clínica y experimental del tratamiento del cáncer y sus problemas relacionados. El objetivo de la EORTC es mejorar los tratamientos de cáncer a través del desarrollo de nuevos fármacos, así como, el de la evaluación de regímenes terapéuticos, que combinen fármacos que están actualmente en el mercado, con cirugía o radioterapia. Una investigación extensa y que recoja adecuadamente las diferentes áreas de un campo tan amplio como el cáncer está a menudo más allá de las capacidades de los laboratorios y hospitales europeos individuales, y puede ser llevada a cabo de una mejor manera a través de trabajos en los que participen investigadores y clínicos de diferentes disciplinas y naciones de Europa. (4)

En 1993 se estableció una Unidad de Calidad de Vida en la oficina central de la EORTC. Los objetivos principales de esta unidad son estimular, incrementar y

coordinar la inclusión de la calidad de vida como una variable de valoración de tratamiento en los ensayos clínicos.

El Grupo de Calidad de Vida esta trabajando en el desarrollo y validación de un módulo para cáncer de mama. Se decidió incluir en su contenido un amplio espectro de áreas: síntomas y efectos secundarios relacionados con los diferentes tipos de tratamiento (cirugía, radioterapia, quimioterapia y tratamiento hormonal), imagen corporal, sexualidad y perspectiva de futuro. (4)

Parte importante del objetivo del estudio es determinar si las mejoras encontradas en relación a los impedimentos que presentan este grupo de pacientes, repercute directamente en la percepción de calidad de vida del paciente

El cuestionario SF-36 consta de ocho dimensiones con una batería de preguntas por cada dimensión dando un total de 36 preguntas, las cuales valoran (1,4,5):

- Funcion física
- Limitaciones en el desempeño de sus actividades debido a problemas físicos de salud
- Dolor corporal
- Funcionamiento social
- Salud mental general, incluyendo stress psicológico
- Limitaciones en el desempeño de roles debido a problemas emocionales
- Vitalidad, energía o fatiga
- Percepciones de salud general.

Además una pregunta para valorar el cambio en la percepción de salud en relación a hace un año.

Beaton y cols en 1997 (6) concluyeron en su estudio con trabajadores que padecían desordenes músculo esqueléticos que este cuestionario es el mas apropiado para medir los cambios en la salud en este grupo de pacientes. Desde el punto de vista rehabilitatorio la mayoría de los impedimentos y afecciones que presentan las pacientes con cáncer de mama se incluyen en el cuestionario SF-36, por lo que se considera adecuado utilizar este cuestionario en nuestro estudio.

OBJETIVO GENERAL

Observar si la rehabilitación modifica de manera positiva la calidad de vida en pacientes con secuela de mastectomía.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Determinar en cual de los apartados de la encuesta SF-36 es el mas afectado en la valoración de inicio en las pacientes con mastectomia.
2. Conocer cual de los apartados de la encuesta SF-36 presenta mayores cambios positivos en la valoración subsecuente
3. Conocer cual de los apartados de la encuesta SF-36 presenta menos cambios positivos en la valoracion subsecuente

HIPÓTESIS

H: La rehabilitación en pacientes con secuelas de mastectomía mejora la calidad de vida.

H₀: La rehabilitación en pacientes con secuelas de mastectomía no mejora la calidad de vida

JUSTIFICACION

Debido a los recientes avances en cuanto al diagnostico y tratamiento en los pacientes con cáncer de mama, la sobrevida a aumentado drásticamente en los últimos años, por lo que es de importancia observar el impacto del tratamiento rehabilitatorio, no solo en cuanto a la sobrevida y limitación de los impedimentos, sino también sobre la calidad de vida.

METODOLOGÍA

El presente estudio se realizó en el servicio de medicina física y Rehabilitación del Centro Médico Nacional "20 de Noviembre" del ISSSTE, del 1o de octubre 2004 al 30 de septiembre 2005. Con la participación para la recolección de los datos de médicos residentes de la especialidad. La terapia Física y ocupacional fue aplicada por los terapeutas del servicio.

Estudio prospectivo, transversal, observacional, descriptivo, abierto, para determinar si existe mejoría en relación a la calidad de vida después de iniciar tratamiento rehabilitatorio.

Se incluyeron en el estudio pacientes del C.M.N. 20 de Noviembre que ingresaron al servicio de Medicina Física y Rehabilitación con diagnóstico de secuelas de mastectomía de cualquier tipo por cancer de mama del 1o de octubre al 30 de septiembre 2005 y con los siguientes criterios de inclusión: Pacientes que desearon participar en el estudio, postoperadas de mastectomía sin importar el tiempo de evolución, de cualquier edad, y que presenten limitación funcional secundaria a mastectomía, de sexo femenino. Se tomaron los siguientes criterios de exclusión: Pacientes que no acepten participar en el estudio, con limitaciones funcionales previas a su diagnóstico de cáncer, se consideran criterios de eliminación: pacientes que abandonen su tratamiento rehabilitatorio por cualquier causa. Formaron parte en el estudio todos los pacientes del servicio de medicina física y rehabilitación que cumplan con los criterios de inclusión en el periodo previsto, a todos los pacientes se les aplicó la encuesta SF-36 al inicio y al final de tratamiento rehabilitatorio.

Ambos resultados fueron comparados buscando cambios en los mismos.

Los datos fueron recolectados en las hojas de recolección, con calificaciones de cada uno de los apartados de la encuesta SF-36

(recolectados de los formatos) agrupándolos en resultados de primera y segunda valoración del tratamiento rehabilitatorio, el cual consistió en Terapia física y ocupacional.

ANÁLISIS ESTADÍSTICO

Se tomaron medidas de tendencia central, como **la media**; así como medidas de dispersión como la **desviación estandar (DE)**. El análisis de las variables se realizó con una prueba de **T pareada**, el grado de significancia estadística es de **$p < 0.05$**

RESULTADOS

Durante el periodo de octubre del 2004 a septiembre del 2005 se captaron 30 pacientes con mastectomía por cáncer de mama, 5 pacientes fueron eliminadas del estudio por no continuar con su tratamiento, por lo que 25 pacientes participaron en el protocolo.

De manera global, se presentó un aumento en el valor de la media en la segunda valoración en todos los apartados del cuestionario, lo que refleja mejoría, excepto en relación al apartado de transición de salud modificada, donde una mayor calificación indica deterioro. Los resultados en relación a la media y desviación estandar en cada uno de los apartados se muestra en la tabla 1.

Se observó que el apartado del cuestionario SF-36 que tenía la media mas baja en la primera valoración es el de **Rol físico**, con valores de media y desviación estandar (DE) iniciales de: 27(33.8) aunque en la segunda valoración, este apartado es también el que presentó mayor incremento. 48.5(37.1)

El apartado que presentó menos cambios positivos en cuanto a las medias inicial y final es el de **vitalidad**. (valores iniciales de media y desviación estandar: 63.6(18.5) y finales de:64.4(22.24).

Al realizar la prueba de *T pareada* se encontró significancia estadística en los apartados **rol físico (3.04)**, **función social (3.12)**, **dolor(4.89)**, **salud en general(2.36)** y **transición de salud notificada(3.42)**., con un valor de T tabla de 1.71

DISCUSIÓN

Como ya se mencionó en la introducción, la calidad de vida es un concepto que involucra no solo la funcionalidad física, sino también aspectos cognitivos y del medio ambiente, por lo que es interesante valorar cual es la repercusión del tratamiento rehabilitatorio en cada uno de estos parametros, utilizandose el formato SF-36 para calidad de vida.

El apartado mas afectado en estas pacientes, fue el de Rol físico, que refleja problemas con el trabajo u otras actividades diarias como resultado de la salud física, y al revisar cual fue la pregunta del apartado que tuvo la puntuación más baja se encontró que era la numero 15 de la encuesta, La cual trata acerca de limitaciones laborales.

Convencionalmente el tratamiento rehabilitatorio se enfoca a tratar las limitaciones funcionales, como arcos de movilidad, linfedema, fuerza, buscando una mejoría e independencia de forma global. Aunque en la segunda valoración este apartado fue también el que presentó mayores cambios positivos en cuanto al valor de la media, con diferencia estadísticamente significativa, la pregunta 15 fue otra vez la que tuvo el promedio mas bajo. Por lo tanto sería conveniente implementar estrategias de terapia ocupacional para tratar impedimentos específicos que se presenten al realizar sus actividades laborales.

En cuanto al apartado de vitalidad, el cual valores bajos reflejan cansancio y agotamiento todo el tiempo, o valores altos se relacionan a paciente lleno de entusiasmo y energía todo el tiempo se observó que aunque existieron cambios en la media entre la primera y segunda valoración, este no fue estadísticamente significativo, es de comentar que las pacientes después de someterse al procedimiento

quirúrgico siguen con un protocolo de radioterapia, quimioterapia ó ambas, lo cual puede ocasionar efectos colaterales y que pueden influir de manera significativa en relación a la percepción de vitalidad, sin embargo las pacientes presentaron valores de funcionalidad del 63.6 y 64.4% respectivamente en la 1ª y 2ª valoración.

Asi mismo, el presente estudio muestra que aunque no fue el valor inicial mas bajo, el apartado de rol emocional (40 y 43.1% de funcionalidad en la 1ª y 2ª valoración) fue uno de los que presentaron menor diferencia del valor de las medias, sin ser estadísticamente significativo, reflejando problemas con el trabajo y otras actividades diarias como resultado de problemas emocionales, por lo que la valoración por parte de psiquiatria y psicología es fundamental para este grupo de pacientes.

Es interesante observar, que el apartado en relación a la percepción de salud en relación a hace un año (Transición de salud modificada) presentó empeoramiento en la 2ª valoración en relación con la primera, con diferencia estadísticamente significativa.

De igual forma, debe comentarse que el tratamiento de la paciente con secuelas de mastectomía por cáncer de mama, es multi e interdisciplinario, y que las pacientes que participaron en el estudio se encontraban acudiendo a diferentes especialistas para tratar de dar un manejo integral a su problema, por lo que los resultados encontrados en la presente investigación se deben a una conjunción de muchas terapeuticas, donde el enfoque del rehabilitador debe ser conseguir la mayor funcionalidad posible, buscando influir en los aspectos emocionales y de relación con su medio ambiente por parte del paciente.

CONCLUSIONES

Las pacientes con secuelas de mastectomía por cáncer de mama presentan mejoría entre la valoración inicial y la 2ª en algunos aspectos de la calidad de vida, como son:

- Problemas con el trabajo u otras actividades diarias, como resultado de la salud física, (Rol físico)

- Dolor corporal

- Evaluación de salud general

- Interferencia al realizar actividades sociales debido a problemas físicos y emocionales.(función social)

Las pacientes presentaron resultados negativos en:

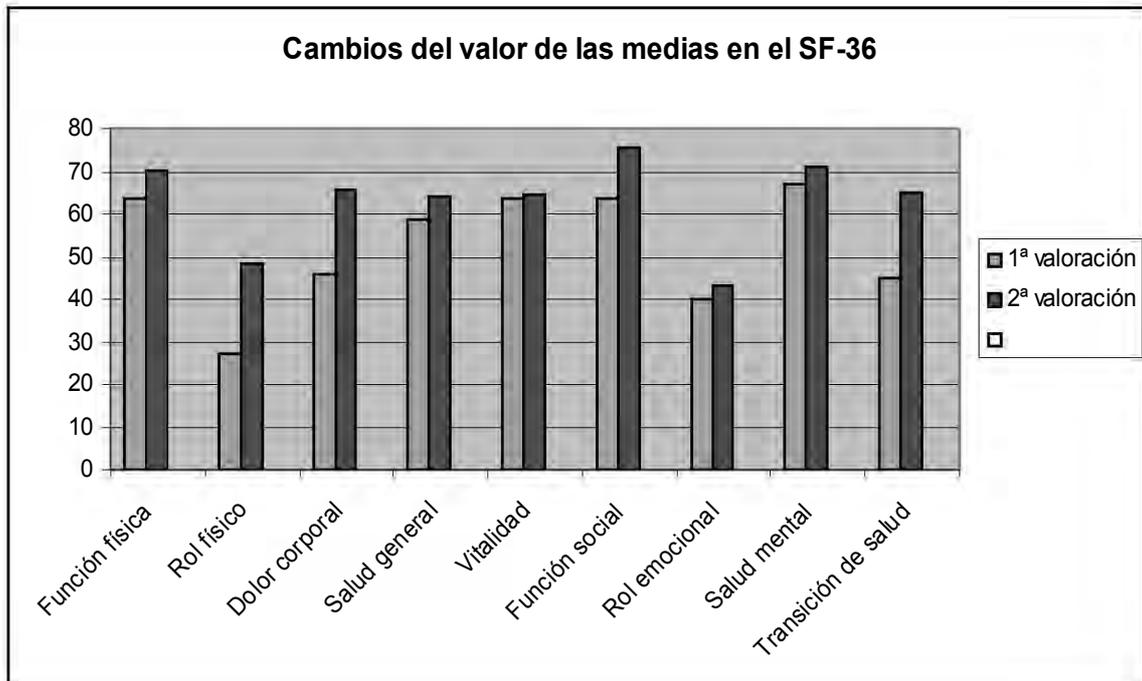
- Percepción del estado de salud en relación con hace un año.

Es fundamental orientar parte del interrogatorio diagnóstico a las actividades laborales, para planear estrategias terapéuticas con la finalidad de disminuir el tiempo de reintegración laboral, así como la percepción subjetiva de bienestar en relación con la funcionalidad física.

| | 1ª valoración | | 2ª valoración | |
|---------------------------------------|---------------|--------|---------------|--------|
| | Media | DE* | Media | DE* |
| Función física | 63.5 | (21.8) | 70.3 | (28.0) |
| Rol físico | 27.0 | (33.8) | 48.5 | (37.1) |
| Dolor corporal | 46.0 | (18.4) | 65.7 | (23.2) |
| Salud general | 58.8 | (16.0) | 64.2 | (16.5) |
| Vitalidad | 63.6 | (18.5) | 64.4 | (22.2) |
| Función social | 63.5 | (23.4) | 75.5 | (21.6) |
| Rol emocional | 40.0 | (35.3) | 43.1 | (34.9) |
| Salud mental | 67.04 | (20.1) | 71.28 | (18.3) |
| Transición de salud notificada | 45.0 | (29.1) | 65.0 | (28.3) |

*Desviación estandar

Tabla 1. Valores de la media y desviación estándar en cada uno de los apartados de la encuesta SF-36



Grafica 1

ESCALAS DEL ESTADO DE SALUD E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS BAJOS Y ALTOS. ENCUESTA DE SALUD SF-36

Significado de los resultados

| <i>Conceptos</i> | <i>No. de preguntas</i> | Bajo | Alto |
|---------------------------------------|-------------------------|--|--|
| Función física | 10 | Mucha limitación para realizar todas las actividades físicas, incluyendo bañarse ó vestirse debido a la salud | Realiza todo tipo de actividades físicas, incluyendo las más vigorosas, sin limitantes debido a la salud |
| Rol físico | 4 | Problemas con el trabajo u otras actividades diarias como resultado de la salud física | Ningún problema con el trabajo u otras actividades diarias como resultado de la salud física |
| Dolor corporal | 2 | Dolor muy severo y extremadamente limitante | Ausencia de dolor ó limitaciones debido al dolor |
| Salud general | 5 | Evalúa la salud personal como mala y cree que probablemente empeorará | Evalúa la salud personal como excelente |
| Vitalidad | 4 | Cansancio y agotamiento todo el tiempo | Lleno de entusiasmo y energía todo el tiempo |
| Función social | 2 | Interferencia frecuente y extrema con las actividades sociales normales debido a problemas físicos y emocionales | Realiza actividades sociales normales sin interferencia debido a problemas físicos ó emocionales |
| Rol emocional | 3 | Problemas con el trabajo u otras actividades diarias como resultado de problemas emocionales | Ningún problema con el trabajo u otras actividades diarias como resultado de problemas emocionales |
| Salud mental | 5 | Sensación de nerviosismo y depresión todo el tiempo | Sensación de Paz, felicidad y calma todo el tiempo |
| Transición de salud notificada | 1 | Cree que su salud es mucho mejor ahora que hace un año | Cree que su salud es mucho peor ahora que hace un año. |

Nota: traducción adaptada y modificada de The MOS 36 item Short Form Health Survey (SF-36)

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.

1. Fialkia-Moser V, Crevenna R, Korpan M, Quittan M: Cancer Rehabilitation. Particularly with aspect on physical impairments. *J Rehabil Med* 2003;35:153-162.
2. Cromes GF Jr. Implementation of interdisciplinary cancer rehabilitation. *Rehabil Counseling Bull* 1978: 230-237.
3. Evaluación de la calidad de vida, grupo WHOQOL 1994. ¿Por qué calidad de vida?, grupo WHOQOL. En: Foro mundial de la salud, OMS, Ginebra 1996.
4. Arrarás J, Dueñas T, Meiriño R y cols.: La Calidad de Vida en el paciente oncológico: estudios del servicio de Oncología del Hospital de Navarra en el Grupo de Calidad de vida de la EORTC.
5. Tate DG, Forchheimer M: Cuality of life, life satisfaction, and spirituality: Comparing outcomes between rehabilitation and cancer patients. *Am J Phys Med Rehabil* 2002;81: 400-410
6. Beaton DE; Hogg-Johnsson S, Bombardier C: Evaluating changes in health status: Reliability and responsiveness of five generic health status measures in workers with musculoskeletal disorders. *Clinical Epidemiology* 1997; 50: 79-93.
7. Landstad B, Ekholm J, Schuldt K, Bergroth A. Health- related quality of life in women at work despite ill-health. A prospective, comparative study of hospital cleaners/ home help staff before and after staff support. *International Journal of Rehabilitation Research* 2000; 23, 91-101.
8. Fulton C: Patients with metastatic breast cancer: Their physical and psychological rehabilitation needs. *International Journal of Rehabilitation Research* 1999;22:291-301
9. Zafonte R, Millis S, Mann N, Black K, Watanabe T, DeSantis N, Pelshaw C: Functional independence measure prediction: an initial evaluation of residents' skills. *Am J Phys Med Rehabil* 2000;79:278-282
10. Ottenbacher KJ, Gonzales VA, Smith PM, Illig SB, Fiedler RC, Granger CV: Satisfaction with medical rehabilitation in patients with cerebrovascular impairments. *Am J Phys Med Rehabil* 2001;80:876-884.
11. Velarde-Jurado E, Avila Figueroa C: Evaluación de la calidad de vida. *Salud pública México* 2002; 44: 349-361
12. Gwyn D, Ball A, Russell E y cols.; Problems in using health survey questionnaires in older patients with physical disabilities. The reliability and validity of the SF-36 and the effect of cognitive impairment. *Journal of Evaluation in Clinical practice*, 7, 4, 411-418.

