

Universidad Abierta Interamericana.

Facultad de Medicina y Ciencias de la Salud.

Licenciatura en Kinesiología y Fisiatría.

Título de tesis:

Impacto de la práctica kinésica sobre la calidad de vida de pacientes con cáncer de mama.

Cevilan, Carlos Maximiliano

Tutor:

Lic. Samperi, Mauro

Rosario, Santa Fe, Rep. Argentina.

2023

Resumen

Problema: El aumento de la expectativa de vida ha aumentado la frecuencia de las enfermedades crónicas y con ello la necesidad de cuidados que se centren en el mantenimiento de la calidad de vida. Al kinesiólogo, le será necesario desarrollar habilidades y herramientas para brindar una atención de calidad.

Obejtivo general: Conocer el impacto de la kinesiología en la calidad de vida de mujeres con cáncer de mama que se encuentran en cuidados paliativos.

Materiales y métodos: Se realizó una revisión de la literatura disponible, a través de la cual se seleccionaron distintos artículos de investigación. Se consultaron distintas bases de datos: MedLine, Scielo, y BIREME.

Resultados: De la búsqueda realizada, se seleccionaron 108 artículos, a los cuales se les aplicaron los criterios de inclusión y exclusión, recolectándose un total de 13 artículos.

Conclusión: Según la evidencia científica analizada, el rol del kinesiólogo influye favorablemente en el mejoramiento de la calidad de vida de los pacientes en etapa terminal. Las modalidades, como la prescripción de la terapia y los instrumentos de medición deben continuar investigándose debido a la gran variabilidad que presentaron en los artículos seleccionados.

Palabras Claves: Práctica kinésica, Calidad de vida, Cáncer de mama, Cuidados Paliativos.

Índice

Introducción	Pág. 1
Problemática	Pág. 2
Justificación	Pág. 4
Objetivos	Pág. 5
Hipótesis	Pág. 6
Marco teórico	Pág. 7
Marco metodológico	Pág. 16
Análisis de datos	Pág. 21
Conclusión	Pág. 24
Referencia Bibliográfica	Pág. 26

Introducción

Para hacer referencia al objeto de este estudio, se parte del término dignidad, el cual fué definido por el filósofo Inmanuel Kant, quien estableció el término del ámbito de la religiosidad para llevarlo al ámbito político y social, planteando que es un valor completamente irremplazable que debe resguardar a todas las personas más allá de cualquier creencia religiosa. Es por ello que el término dignidad se plantea como una cualidad intrínseca del ser humano en virtud de su razonamiento y personalidad. Kant afirma que, aunque la autonomía y la dignidad se plantean como concepciones teóricas diferentes, son inseparables, visto desde un punto de vista práctico. (Mello & Moreira, 2010)

Los cuidados paliativos buscan promover dignidad y calidad de vida en pacientes terminales, para lo cual se requiere de un equipo multidisciplinar dispuesto a responder a las necesidades del paciente en todas sus índoles, abarcando necesidades físicas, psicológicas y hasta espirituales. Es así como este trabajo busca generar aportes teóricos en virtud del análisis derivado de la influencia de la práctica kinésica en la calidad de vida del paciente, viendo al kinesiólogo como un profesional que acompaña al paciente en etapa terminal en aras de hacer más llevadera la situación. (Mello & Moreira, 2010)

¿Qué hacemos cuando la gente enferma no mejora? En todo el mundo hay pacientes que no pueden ser curados, incluso en los sitios donde hay muchos trabajadores de la salud, muchas medicinas y los equipo más modernos. ¿Se puede hacer algo para ayudarlos? El cuidado paliativo busca hacer precisamente eso. Puede ser un nuevo término para muchos de nosotros, pero esto simplemente significa cuidar la gente con enfermedades incurables, aliviando su sufrimiento y apoyándolos en tiempos difíciles.

Es importante también distinguir dos conceptos: la enfermedad terminal biológica es el momento en el que las constantes vitales de una persona están por debajo de límites normales y son irrecuperables con los medios terapéuticos disponibles. La enfermedad terminal terapéutica es la fase en la que la enfermedad ha progresado hasta el punto en el que los tratamientos curativos se han agotado. (Hernández, 2017)

Problemática

El aumento de la prevalencia de las enfermedades crónicas no transmisibles y la complejidad en el control de los síntomas en sus estadios avanzados suponen un gran reto a los sistemas de salud, sobre todo en los países en vías de desarrollo.(Fortín Magaña, 2018)

La finalidad de los cuidados paliativos es aliviar el sufrimiento producido por problemas de salud en personas de todas las edades con enfermedades graves. Se estima que, cada año, más de 56,8 millones de personas necesitan cuidados paliativos. El 78% de estas personas viven en países de ingresos bajos y medios. La disponibilidad de servicios de cuidados paliativos sigue siendo limitada para los pacientes con enfermedades no transmisibles a nivel mundial; solo el 39% de los países declaran una disponibilidad general. (WHO | World Health Organization, 2022)

La medicina moderna primero intenta curar enfermedades con medicinas, cirugía y otros tratamientos. Pero nos dimos cuenta que la prevención es aún mejor que la cura, y comenzamos a promocionar medidas de salud, programas de vacunación y educación sanitaria. La mayor parte de nuestros servicios médicos fueron basados en la prevención y el tratamiento de las enfermedades. Pero al trabajar de esta manera, nos hemos encontrado con una gran necesidad: el cuidado de aquellas personas que no mejoran. (Charly Bond, 2008)

El cáncer es la principal causa de muerte en el mundo: en 2020 se atribuyeron a esta enfermedad casi 10 millones de defunciones, es decir, casi una de cada seis de las que se registran. Los tipos de cáncer más comunes son los de mama, pulmón, colon y recto y próstata.

En Argentina existe un número insuficiente de equipos de Cuidados Paliativos en las distintas jurisdicciones que pueda garantizar la cobertura de la población blanco. Se estima que menos del 14% de las personas que requieren cuidados paliativos especializados en el país acceden a los mismos. (Instituto Nacional del Cáncer, 2023)

Las especificidades de la atención integral en Cuidados Paliativos, centrada en la unidad de atención (paciente/familia) requieren del trabajo interdisciplinario y de la articulación eficaz con las diferentes especialidades de la atención clínica en los variados niveles de atención. Esto se traduce en acciones de transformación cultural de los sistemas de salud. La creación de equipos de cuidados paliativos requiere de acciones de planificación e implementación de estrategias que promuevan la eficacia y la atención de calidad, en el marco de una institución y su subsistema de salud. Entre ellas podemos citar las líneas de política sanitaria, la provisión de medicamentos esenciales y la capacitación de profesionales. La implementación de estrategias de formación

profesional de equipos en periodos iniciales de su creación es una estrategia fundamental en la promoción del desarrollo de Cuidados Paliativos en Argentina. Una mirada centrada en las características y problemas de las organizaciones y en los desafíos que tenemos como profesionales de la salud para gestionar procesos y proyectos en el marco de la perspectiva de la complejidad. (Instituto Nacional del Cáncer, 2023)

De estas afirmaciones, surge el siguiente interrogante:

La práctica kinésica puede aumentar la calidad de vida de pacientes con cáncer de mama?

Justificación

La justificación de esta investigación encuentra su base en el estudio de los cuidados paliativos y la presencia kinésica para contribuir con el tratamiento del paciente.

Los avances de la medicina, junto a la mejoría de las condiciones socio-económicas, han logrado un aumento en la expectativa de vida de la población. Esta situación, en consecuencia, generó un aumento considerable de enfermedades crónicas incurables.

El cuidado paliativo, está destinado a aquellos pacientes que presentan una enfermedad terminal, en la que el tratamiento dejará de tener un fin curativo, y empezarán a tener relevancia otros objetivos como la disminución de la sintomatología, el cuidado y el acompañamiento del paciente, mejora de la calidad de vida relacionada con la salud, aumento del confort y consideración de las necesidades particulares de cada situación; ofreciendo un sistema de apoyo multidisciplinario para ayudar tanto a los pacientes a vivir tan activamente como sea posible en esta última etapa, y apoyar al entorno del individuo.

Sin embargo, no está muy claro cuándo es el momento indicado para comenzar dicho tratamiento, así como en qué momento se requiere la presencia de un kinesiólogo y los beneficios que este pueda generar, motivo por el cual resulta relevante revisar la literatura científica en pos de identificar estos aspectos (Palma et al., 2010)

Objetivos

Objetivo General:

Conocer el impacto de la kinesiología en la calidad de vida de mujeres con cáncer de mama que se encuentran en cuidados paliativos.

Objetivos Específicos:

Registrar si un plan de entrenamiento kinésico mejora la calidad de vida de mujeres con cáncer de mama.

Registrar si el kinesiotape mejora la calidad de vida de mujeres con cáncer de mama.

Evaluar si el drenaje linfático manual mejora la calidad de vida de mujeres con cáncer de mama.

Hipótesis

La práctica kinésica mejora la calidad de vida de los pacientes con cáncer de mama.

Marco Teórico

Cuidados Paliativos

Las enfermedades crónicas se han vuelto más frecuentes con el aumento de la expectativa de vida, la modificación de los hábitos de vida y con los avances en tecnología y ciencia; y así también los desalientos que acompañan al paciente y su familia.

Así, los cuidados paliativos constituyen una filosofía de atención que busca mejorar la calidad de vida tanto del paciente como de la familia en el proceso de una enfermedad terminal mediante la detección precoz y prevención de la misma, alivio del sufrimiento, evaluación y tratamientos adecuados, tanto de problemas físicos como psico-sociales y espirituales.(Correia & De Carlo, 2012)

En el año 2002, la Organización Mundial de la Salud (OMS) anunció el ultimo concepto de cuidados paliativos: El cuidado paliativo es un trato que fomenta la calidad de vida de pacientes y familiares que presentan una enfermedad meramente fatal, por medio de la prevención y el alivio del sufrimiento. Por ello, resulta necesario, tanto la evaluación temprana, como los tratamientos para mitigar el dolor, o los que guarden relación con otros aspectos físicos, psico-sociales y espirituales.

Por lo tanto, los cuidados paliativos tienen como finalidad mejorar la calidad de vida tanto de los pacientes como de su entorno, cuando se presentan enfermedades terminales, en las que el objetivo del tratamiento deja de ser curativo. (Pereira-Rodriguez et al., 2020)

Es frecuente, que los profesionales de la salud se centren tanto en los síntomas físicos como en las enfermedades y tratamientos. Lo que se intenta con el cuidado paliativo es repensar al paciente como un todo, en el que interactúan distintas esferas: mente, espíritu, emociones, incluso la familia y comunidades a las que pertenece.

De esta manera, el paciente y su entorno no se enfrentan solamente al problema físico sino que también hay otros factores que deben tenerse en cuenta al igual que la enfermedad.

Esta mirada global del paciente se denomina cuidado holístico y se basa en cuatro aspectos: físico (hace referencia a la sintomatología del paciente. Ejemplo: Dolor, tos, fiebre) psicológico (relacionado con las preocupaciones, miedos, tristeza, enojo) social (tiene en cuenta la relación con su entorno, la red de contención, la situación habitacional, recursos económicos, sustentos) y espiritual (relacionado con las creencias, el sentido de la vida y la muerte) (Bond et al., 2008)

Los cuidados paliativos se tienen que brindar a través de servicios de salud integrados y deben prestar especial atención en las necesidades y preferencias del enfermo, ya que están reconocidos en los derechos humanos a la salud. Anualmente, 40 millones de personas, de las cuales el 78% que reside en países de ingresos bajo y medio necesitan cuidados paliativos. Uno de los síntomas más frecuente y grave que sufre el paciente que necesita cuidados paliativos es el dolor, por ende los analgésicos opiáceos son esenciales para el tratamiento de muchas enfermedades progresivas y avanzadas. Uno de los problemas relacionados a esto, es que el acceso a los mismos es insuficiente por parte de la población y no cumplen las convenciones sobre acceso a medicamentos esenciales. Por esto mismo, a nivel mundial, deben superarse ciertos obstáculos: los sistemas de salud y políticas nacionales no suelen contemplar ninguna medida sobre asistencia paliativa; los profesionales de la salud tienen pobre acceso a la formación en cuidados paliativos; el acceso de la población a analgésicos opiáceos es insuficiente y no cumple las convenciones internacionales sobre acceso a medicamentos esenciales. (WHO | World Health Organization, 2022)

Según la definición de la OMS y de la Sociedad Española de Cuidados Paliativos: “enfermedad en fase terminal es aquella que no tiene tratamiento específico curativo o con capacidad para retrasar la evolución, y que por ello conlleva a la muerte en un tiempo variable (generalmente inferior a seis meses); es progresiva; provoca síntomas intensos, multifactoriales, cambiantes y conlleva a un gran sufrimiento (físico, psicológico) en la familia y el paciente. (Francisco Buigues, 2015)

Un paciente es considerado terminal cuando se dan distintas condiciones: diagnóstico médico de una enfermedad irreversible, grave y potencialmente mortal. Es necesario que el diagnóstico sea realizado por un profesional experto, con habilidades y experiencia, que no deje lugar a dudas más allá de las razonables. En el caso de no ser así, será necesario consultar con otras opiniones para certificar el diagnóstico. La enfermedad es de tipo progresiva e irreversible, con pronóstico fatal en un período breve, aunque esto último dependerá de factores que no se pueden conocer con certeza y tienen que ver con la individualidad de cada paciente y de la evolución natural de la enfermedad. La extensión de dicho plazo, suele ser hasta seis meses desde el diagnóstico, aunque es variable. En el momento del diagnóstico, no existe tratamiento conocido que será eficaz para tratarla con un fin curativo, intentando modificar el pronóstico. Este punto puede variar debido al desarrollo científico y tecnológico, que influye en el proceso salud-enfermedad, de manera que enfermedades que hoy se consideran irreversibles, podrían en un futuro, ser tratadas. Esta última condición para enmarcar el concepto de enfermedad terminal guarda relación con la modificación que sufrió el término a lo largo del tiempo.

Enfermedades que provocaban la muerte en la antigüedad, hoy son susceptibles de tratamientos específicos, intervenciones y recursos terapéuticos que modifican el pronóstico, prolongando la vida durante un período significativo de tiempo.

Aquí, resulta importante diferenciar dos conceptos que pueden ser confundidos: gravedad y terminalidad. La gravedad de una enfermedad se establece por ser una amenaza potencial para la vida del paciente, pero que pueden ser tratadas con un fin curativo, en otras palabras, la gravedad no es sinónimo de irreversibilidad. El concepto terminalidad, se presenta frecuentemente en un paciente gravemente enfermo, pero lo que define el concepto es la finalidad del tratamiento, que deja de ser curativo para ser paliativo de la sintomatología. Tampoco la incurabilidad es sinónimo de terminalidad, ya que hay enfermedades crónicas e incurables que no conducen a la muerte del enfermo en un período corto de tiempo, como lo es por ejemplo la enfermedad de Alzheimer. (Mireya Bravo, 2000)

Cáncer

Según la OMS "Cáncer es un término genérico que designa un amplio grupo de enfermedades que pueden afectar a cualquier parte del organismo; también se habla de tumores malignos o neoplasias malignas. Una característica definitoria del cáncer es la multiplicación rápida de células anormales que se extienden más allá de sus límites habituales y pueden invadir partes adyacentes del cuerpo o propagarse a otros órganos, un proceso que se denomina metástasis. Las metástasis son la principal causa de muerte por cáncer". El cáncer es la principal causa de muerte en todo el mundo: en 2020 se atribuyeron a esta enfermedad casi 10 millones de defunciones. Los cánceres más comunes en 2020, por lo que se refiere a los nuevos casos, fueron los siguientes: de mama, de pulmón, colorrectal, de próstata, de piel y gástrico.

Los tipos de cáncer que causaron un mayor número de fallecimientos en 2020 fueron los siguientes: de pulmón, colorrectal, hepático, gástrico y de mama.

El cáncer se produce cuando células normales se transforman en células tumorales a través de un proceso en varias etapas que suele consistir en la progresión de una lesión precancerosa a un tumor maligno. Esas alteraciones son el resultado de la interacción entre factores genéticos de la persona afectada y tres categorías de agentes externos, a saber: carcinógenos físicos, como las radiaciones ultravioletas e ionizantes; carcinógenos químicos, como el amianto, sustancias contenidas en el humo de tabaco, las aflatoxinas que contaminan los alimentos y el arsénico presente en el agua de bebida; y carcinógenos biológicos, como determinados virus, bacterias y parásitos. (WHO | World Health Organization, 2022)

Cáncer de mama

El cáncer de mama es una enfermedad causada por la multiplicación anormal de las células de la mama que forman un tumor maligno. Puede afectar a cualquier mujer. Las posibilidades de que aparezca aumentan con la edad, en especial a partir de los 50 años**.**

Aunque se desconocen las causas del cáncer de mama se reconoce que algunos factores aumentan el riesgo de enfermar: ser mayor de 50 años; antecedentes personales de cáncer de mama o de enfermedad pre-neoplásica de mama; antecedentes familiares de cáncer de mama; tratamiento previo con radioterapia dirigida al tórax; terapia de reemplazo hormonal; primera menstruación a edad temprana y edad avanzada en el momento del primer parto o nunca haber tenido hijos. (Inicio | Argentina.gob.ar, s. f.)

El sistema de estadificación del cáncer de mama, conocido como "sistema TNM", está regulado por el Comité Conjunto Estadounidense sobre el Cáncer (AJCC, sigla en inglés). El AJCC está conformado por un grupo de expertos en cáncer que regulan la clasificación y la comunicación de los casos de cáncer. Antes, el estadio se calculaba en función de solo tres características clínicas, T, N y M: El tamaño del tumor y si hizo metástasis en tejido cercano o no (T). Si hay un tumor en los ganglios linfáticos (N). Si el cáncer hizo metástasis en otras partes del cuerpo más allá de la mama (M) En 2018, el AJCC actualizó los estándares de estadificación del cáncer de mama y agregó otras características al sistema TNM para determinar el estadio. Grado del tumor: determina el aspecto de las células cancerosas en comparación con las células sanas, estado respecto de los receptores de estrógeno y progesterona: ¿las células cancerosas tienen receptores para las hormonas estrógeno y progesterona? estado para HER2: ¿las células cancerosas producen demasiada cantidad de la proteína HER2? Puntuación de Oncotype DX: se utiliza si el caso de cáncer es positivo para receptor de estrógeno y negativo para HER2, y si no hay tumores en los ganglios linfáticos.

El estadio 0 se utiliza para describir los casos de cáncer de mama no invasivos, como el carcinoma ductal in situ (CDIS). En el estadio 0, no hay indicios de células cancerosas o células no cancerosas con anomalías que salgan de la zona de la mama en la que se originaron o que tomen o invadan tejidos sanos circundantes.

El estadio I describe el cáncer de mama invasivo (las células cancerosas toman o invaden el tejido mamario normal que las rodea).

El estadio II se divide en las subcategorías IIA y IIB, dependiendo del tamaño del tumor en la mama y la propagación o no a los ganglios linfáticos de la axila o retroesternales.

El estadio III se divide en las subcategorías IIIA, IIIB y IIIC; dependiendo de la cantidad de ganglios linfáticos afectados, si se encuentra metástasis en pared torácica o piel de la mama, si hay afectación de los ganglios linfáticos claviculares.

El estadio IV describe el cáncer de mama invasivo que se ha propagado más allá de la mama y los ganglios linfáticos circundantes hacia otros órganos del cuerpo, como los pulmones, ganglios linfáticos distantes, la piel, los huesos, el hígado y el cerebro. (Breastcancer.org, 2023)

En 2020, en todo el mundo se diagnosticó cáncer de mama a 2,3 millones de mujeres, y 685 000 fallecieron por esa enfermedad. A fines del mismo año, 7,8 millones de mujeres a las que en los anteriores cinco años se les había diagnosticado cáncer de mama seguían con vida, lo que hace que este cáncer sea el de mayor prevalencia en el mundo. Se estima que, a nivel mundial, los años de vida perdidos ajustados en función de la discapacidad (AVAD) en mujeres con cáncer de mama superan a los debidos a cualquier otro tipo de cáncer. El cáncer de mama afecta a las mujeres de cualquier edad después de la pubertad en todos los países del mundo, pero las tasas aumentan en su vida adulta. (WHO | World Health Organization, 2022)

Según las estimaciones realizadas por el Observatorio Global del Cáncer (Globocan), de la Agencia Internacional de Investigación sobre Cáncer, a partir de los datos producidos por registros de cáncer de base poblacional de nuestro país, en Argentina ocurrieron 130.878 casos nuevos de cáncer en ambos sexos en el año 2020. La distribución de los casos según los principales sitios tumorales muestra que el cáncer de mama, con 22.024 casos, fue el de mayor magnitud en el año 2020, representa el 16,8% de todos los casos nuevos y es el primero en mujeres. En segundo lugar se ubica el cáncer colorrectal, con 15.895 casos nuevos, representa el 12,1% del total y, en tercer lugar el cáncer de pulmón, con 12.110 casos nuevos, que concentran el 9,3% del total de tumores. (Estadísticas - Incidencia | Argentina.gob.ar, s. f.)

SITIO TUMORAL	AMBOS SEXOS		VARONES		MUJERES	
	Casos	%	Casos	%	Casos	%
Mama	22.024	16,8	-	-	22.024	32,1
Colon-recto	15.895	12,1	8.493	13,6	7.402	10,8
Pulmón	12.110	9,3	7.738	12,4	4.372	6,4
Próstata	11.686	8,9	11.686	18,7	-	-
Riñón	5.093	3,9	3.370	5,4	1.723	2,5
Páncreas	5.026	3,8	2.357	3,8	2.669	3,9
Cervicouterino	4.583	3,5	-	-	4.583	6,7
Tiroides	4.106	3,1	669	1,1	3.437	5,0
Estomago	4.003	3,1	2.549	4,1	1.454	2,1
Vejiga	3.785	2,9	2.955	4,7	830	1,2
Linfoma No-Hodgkin	3.557	2,7	1.988	3,2	1.569	2,3
Leucemia	3.234	2,5	1.797	2,9	1.437	2,1
Cuerpo de útero	2.455	1,9	-	-	2.455	3,6
Hígado	2.437	1,9	1.467	2,4	970	1,4
Ovario	2.199	1,7	-	-	2.199	3,2
Testículo	2.047	1,6	2.047	3,3	-	-
Esófago	1.993	1,5	1.388	2,2	605	0,9
Encéfalo y otros SNC	1.831	1,4	935	1,5	896	1,3
Otros	9.688	7,4	6.001	15,5	3.687	5,4
Total	**130.878**	**100**	**62.327**	**100**	**68.551**	**100**

Tabla 1: Distribución absoluta y relativa de casos incidentes de cáncer estimados por la IARC para Argentina en 2020, según localizaciones tumorales más frecuentes y sexo. Fuente: Extraído de la página web del Instituto Nacional de Cáncer. Estadísticas- Incidencias. (Estadísticas - Incidencia | Argentina.gob.ar, s. f.)

En el año 2020 se registraron en la Argentina 376.219 defunciones por todas las causas. Los fallecimientos por tumores fueron 61.740, que incluyeron los códigos C00-97 (neoplasias malignas) con 59.192 óbitos y D00-48 (tumores de comportamiento incierto o benigno) con 2.548 óbitos, de la Clasificación Internacional de Enfermedades. Los tumores, junto con las enfermedades cardiovasculares, integraron el grupo de las Enfermedades no Transmisibles (ENT) más relevantes, las cuales concentraron el 42% de las defunciones registradas en el 2020.

En mujeres el cáncer de mama fue el de mayor impacto (15,9/100.000 mujeres), seguido por el cáncer de pulmón (8,5/100.000), colorrectal (8,4/100.000), cervicouterino (7,3/100.000), y páncreas (5,4/100.000) (Estadísticas - Incidencia | Argentina.gob.ar, s. f.)

Calidad de Vida

El término Calidad de Vida (CV) se remonta a los Estados Unidos, luego de la Segunda Guerra Mundial, cuando investigadores se interesaron en conocer la percepción de las personas acerca de si tenían una buena vida, o si sentían seguridad financiera.

Su uso se extiende cuando científicos sociales recolectan información objetiva de distintas variables, como el estado socio-económico, nivel de educación alcanzado, situación socio-habitacional; siendo estas variables que modifican la CV individual. En este contexto, algunos psicólogos incluyen mediciones subjetivas como la felicidad y la satisfacción que también explicaban una variación en la CV.

Tal como se puede apreciar, no existen criterios únicos para definir a la CV, aunque hay palabras comunes que se presentan como patrones: bienestar, satisfacción, multidimensional, subjetividad. Llegando así, a una definición global de CV: el nivel percibido de bienestar de una persona que evalúa elementos objetivos y subjetivos de distintas dimensiones de su vida, es decir que es una medida de autoreporte, viéndose atravesada por la subjetividad del individuo, respecto a la manera que percibe su bienestar o malestar. (Urzúa M & Caqueo-Urízar, 2012)

Por su parte, la OMS define a la CV como el entorno cultural caracterizado por las vivencias, opiniones, expectativas y el sufrimiento de la persona que padece la enfermedad.

De manera más reciente, se incorpora el concepto de Calidad de Vida Relacionada con la Salud (CVRS), término multidimensional influenciado por la interacción de factores individuales, sociales y ambientales, donde intervienen aspectos relacionados con tres componentes: uno individual, relacionado con el estrés que representa la enfermedad para el paciente; uno de interacción, que tiene que ver con el apoyo social, y un tercero, comunitario, que tiene que ver con el sentido de pertenencia.

Este término aparece frente a la necesidad de un cambio de paradigma para considerar a la salud que tradicionalmente ponía el relieve en los desenlaces asociados a la morbi-mortalidad. Este cambio de paradigma responde también a modificaciones del perfil epidemiológico de la población, ya que el aumento de la expectativa de vida trae aparejado un incremento en la frecuencia de las enfermedades crónicas y degenerativas, en las que los desenlaces de mortalidad tienden pierden relevancia frente a aspectos como la CV. (Mostacero et al., 2010)

Evaluación de la CV

La CV es un término cada vez más necesario y frecuente ante la necesidad de evaluar tanto la afectación de las enfermedades crónicas, así como también, la efectividad de la terapéutica propuesta para abordarlas.

En la práctica, estas evaluaciones se realizan a través de cuestionarios autodiligenciados, en las que el paciente da a conocer su perspectiva y los profesionales de la salud analizan el efecto de sus intervenciones. (Lopera-Vásquez, 2020)

Históricamente, la evaluación de la efectividad del tratamiento estaba basada en un modelo biomédico tradicional que hacía enfoque en tres variables: la tasa de respuesta, el intervalo libre de la enfermedad y la supervivencia. Aparece entonces, un concepto más amplio de salud, pensando en una Mirada holística donde se aborda al paciente como un todo, y no restringido solo a manifestaciones biológicas, cuestionando así, el modelo biomédico tradicional.

Actualmente, los datos obtenidos que aporta la valoración del equipo médico no son suficientes. Es indiscutiblemente necesario desarrollar conceptos y herramientas de medición que logren captar y dar a conocer factores que influyan en el resultado final del tratamiento, desde la perspectiva del paciente. (Fonseca C et al., 2013)

El aumento de la incidencia de cánceres terminales hizo necesario que se aborde el estudio de la CV para potenciar los cuidados paliativos. No siempre el objetivo de los pacientes es prolongar la vida a cualquier costo, ante los diagnósticos irreversibles, los pacientes suelen estar interesados en no perder su autonomía física y en disminuir la sintomatología. (Irarrázaval et al., 2016)

Cuestionario ORTC QLQ C30

Uno de las herramientas más usadas en todo el mundo para medir la CV es el cuestionario básico y específico para pacientes oncológicos, el ORTC QLQ C 30 desarrollado por la “European Organization for Research and Treatment of Cáncer Quality Life”. En esta organización participan investigadores de distintos países especializados en cáncer haciendo énfasis en aspectos relacionados con la CV de pacientes que sufren esa enfermedad. En el cuestionario se analizan las relaciones entre variables médicas y demográficas junto con las áreas de funcionamiento que componen la CV.

Es importante destacar que tanto este como otros cuestionarios sobre la CV no reemplazan las evaluaciones analíticas, sintomáticas ni morfológicas, sino que buscan complementar a las mismas incluyendo algo tan importante como la opinión del paciente sobre la percepción de su salud.

El cuestionario puede ser aplicado en más de 80 idiomas y está conformado por 30 ítems que valoran la CV en relación a aspectos emocionales, físicos, sociales, y al nivel de funcionalidad de los pacientes con cáncer.

El EORTC QLQ C 30 consta de 5 escalas funcionales (funcionamiento físico, actividades cotidianas, funcionamiento funcional, cognitivo y social), 3 escalas de síntomas (dolor, fatiga, náuseas y vómitos) una escala de estado global de salud y seis ítems independientes (disnea, insomnio, anorexia, estreñimiento, diarrea e impacto económico).

Para obtener el resultado del cuestionario se asignan valores entre 1 y 4, donde 1 significa en absoluto, 2 un poco, 3 bastante y 4 mucho. La puntuación obtenida se estandariza y se obtiene un escore entre 0 y 100 que determina el impacto del cáncer en el paciente. Los valores altos en las escalas de salud global y estado de función significan una mejor CV, mientras que en la escala de síntomas, la puntuación alta implica una peor CV. (Bermúdez et al., 2013)

Fact-G

Otro instrumento para medir la CV es la escala FACT-G, desarrollada por la Functional Assessment for Chronic IIIness Therapy (FACIT).

Esta escala cuenta con 27 preguntas generales que se dividen en 4 sub escalas:

Bienestar físico: Con una escala de puntaje de 0 a 28. Mientras mayor es el puntaje, mayor es la CV; bienestar emocional: Cuenta con 6 preguntas por ítems, mientras que las otras cuentan con 7. Tiene una escala de 0 a 24 puntos; bienestar social/familiar y bienestar funcional: Con una escala de 0 a 28.

Cada uno de ellos, se califica en una escala tipo ordinal entre 0 y 4, donde 0 representa nada, 1 un poco, 2 algo, 3 mucho y 4 muchísimo. La escala puede ser aplicada por medio de un entrevistador, por el mismo paciente o por vía telefónica.

El resultado se obtiene por medio de un algoritmo propuesto por la FACIT que indica que a mayor puntaje, mejor es la CV.

Marco metodológico

El presente trabajo es una investigación documental de tipo informativo que recolecta datos de fuentes secundarias. Se realizó una búsqueda de la literatura disponible en las bases de datos BIREME y PubMed.

Criterios de inclusión:

- Población: Sujetos adultos, con diagnóstico cáncer de mama en estadío III o IV

-Idioma: Se incluyeron artículos disponibles en español, inglés y portugués.

-Periodo de publicación: 2010-2023

Criterios de exclusión:

-Artículos que no presentaban una intervención kinésica concreta.

-Artículos en los que la intervención kinésica estaba específicamente dirigida al acondicionamiento pre quirúrgico.

-Estudios que se centraban en cuestiones bioéticas.

Se identificaron un total de 108 artículos, de los cuales 11 estaban repetidos. A los 97 restantes se le aplicaron los siguientes criterios de exclusión: Disponibles en texto completo, año de publicación desde 2010 hasta la actualidad, aquellos que no describían las variables planteadas, recolectando un total de 13 artículos.

A continuación se describirán los 13 artículos seleccionados:

Karol Ramirez, y Cols. 2017: Realizaron una revisión bibliográfica cuyo objetivo fue demostrar la utilidad de la actividad física en pacientes con cáncer de mama bajo tratamiento y en sobrevivientes. En la mayoría de los estudios se realizaron períodos de entrenamiento de 5 a 12 semanas con una frecuencia de 3 a 5 veces por semana donde se practicaban ejercicios de resistencia y aeróbicos durante 30 a 60 minutos bajo la supervisión de un profesional. Los resultados indicaron que la actividad física generaría efectos emocionales y físicos positivos para pacientes con cáncer de mama y que también es compatible con pacientes que reciben tratamiento antineoplásico. (Ramírez et al., 2017)

Zusanne C. Danhauer y Cols. 2019: Desarrollaron una revisión de la literatura para estudiar los efectos del yoga sobre los síntomas oncológicos en pacientes bajo y post tratamiento. La mayoría de los estudios incluía en su población a mujeres con cáncer de mama. En los estudios que incluían pacientes con cáncer que estaban bajo tratamiento la dosificación variaba ampliamente con estímulos de 90 minutos, de 1 a 6 veces por semana durante 1 a 8 semanas y se incluyeron técnicas

de relajación, respiración meditación y cuidados posturales. En los estudios donde los pacientes estaban en la etapa post tratamiento también fue amplia la variación de la dosificación con estímulos de 60 a 120 minutos, 1 a 3 veces por semana durante 4 semanas a 6 meses y se realizaron ejercicios de estiramientos suaves, de fortalecimiento, de meditación, relajación y cambios posturales. Pese a las limitaciones de la investigación, como la poca adherencia al tratamiento, se concluye que el yoga es beneficio para pacientes con cáncer de mama, la misma mejora la calidad de vida, los síntomas específicos del cáncer, regula la hormona del estrés y ayuda al sistema inmunológico. A demás es una práctica segura y de bajo costo. (Danhauer et al., 2019)

Gourav Banerjee y Cols 2017: Estudiaron el reporte de un caso sobre una paciente deportista amateur con cáncer de mama metastásico terminal. Aplicaron kinesio-taping sobre la caja torácica inferior, sobre el diafragma y sobre el abdomen para controlar el dolor, la disnea y la hinchazón abdominal. La cinta se conservó durante 7-10 días. Los resultados obtenidos fueron mejoras en los síntomas abdominales, disnea y disminución del dolor que contribuyo a un mejor funcionamiento físico que mejora la calidad de vida. (Banerjee et al., 2017)

Belkis Rocío García-Parada y Cols 2018: Realizaron un estudio descriptivo en 16 mujeres con cáncer de mama, sometidas a mastectomía con linfedema asociado. Se dividieron en dos grupos de 8, uno de control, y otro experimental. A todas las participantes se le aplicó una medición pre-test de edema, movilidad articular (hombro y muñeca) y sensibilidad superficial. Al grupo experimental se le aplico la terapia RED (recomendaciones, ejercicios y drenaje linfático manual) con una frecuencia de 3 sesiones semanales y una duración de 45 minutos. Las variables de dolor, tacto y edema presentaron cambios significativos en el post-test del grupo experimental. (García Parada., 2018)

B Navarro Brazalés y Cols. 2014: Estudio comparativo que se realizó en 3 mujeres con linfedema secundario a cáncer de mama, a las que se les aplicó el mismo tratamiento conservador, excepto el tipo de vendaje, que varió en relación con el grado de linfedema; en ambos linfedemas leves se aplicaron el vendaje neuromuscular y el vendaje multicapa, respectivamente; en el caso del linfedema severo, una combinación de ambos. . El objetivo del trabajo es evaluar la eficacia de diferentes vendajes en función del grado y el estadio del linfedema. Respecto a los resultados, todas las pacientes disminuyeron el volumen del miembro afectado. Los mejores resultados se obtuvieron en el caso de linfedema leve, en el que se empleó un vendaje multicapa, con una reducción del volumen del edema de un 80,2% y la total eliminación de los síntomas. (Navarro-Brazález & Sánchez-Sánchez, 2014)

María Torres Lacomba y Cols 2020: Realizó un ensayo clínico aleatorizado para evaluar la eficacia de distintos tipos de vendaje sobre el linfedema. En el estudio participaron 150 mujeres que se dividieron en 5 grupos. Todas las participantes recibieron una terapia en común que incluyó DLM, drenaje linfático de tipo neumático, y ejercicios. La única diferencia entre los grupos fue el vendaje que se realizó al final de la sesión: multicapas, multicapa simplificado, cohesivo y kinesiotape. Respecto a los resultados, el vendaje multicapas simplificado y el cohesivo resultaron más eficaces para la disminución del linfedema, mientras que el kinesiotape fue percibido por las participantes como el vendaje más cómodo; y el multicapas como el más incómodo. (Torres-Lacomba et al., 2020)

María Teresa Moros y Cols 2010: Estudio randomizado del que participaron 22 mujeres diagnosticadas con cáncer de mama, tratadas quirúrgicamente y que van a recibir quimioterapia durante el periodo de estudio. Se formaron dos grupos, un grupo control y un grupo intervención de 11 pacientes cada uno. Se realizó valoración funcional, valoración del bienestar psicológico, y valoración de la calidad de vida. El grupo intervención recibió un programa de entrenamiento supervisado, con una intensidad entre el 60 y el 70%. La duración del programa fue entre 18 y 22 semanas, con una frecuencia trisemanal y con una duración de 60 minutos por sesión. La capacidad funcional disminuyó ligeramente en ambos grupos; en cuanto al bienestar psicológico, el grupo control tuvo un empeoramiento mayor; y la calidad de vida tuvo una mejora significativa en el grupo intervención. (Moros et al., 2010)

Tomé Boisan y Cols 2010: Estudio experimental y descriptico del que participaron 15 mujeres con cáncer de mama, con mastectomía unilateral de 2 años o más del POP. Se formaron 2 grupos en función de la actividad física realizada cotidianamente. Se asumió como criterio mínimo para considerar que las personas practicaban suficiente actividad física el establecido por el Colegio Americano de Medicina del Deporte para población adulta, de al menos 150 minutos semanales de actividad física moderada. Se establecieron así, dos subgrupos de mujeres, uno de 8 pacientes que si realizaban el tiempo de actividad física estipulado y otro subgrupo de 7 pacientes que no realizaban actividad física. Se valoró la calidad de vida con el cuestionario Short Form 36; una valoración antropométrica que incluía talla y peso; y una valoración de movilidad y funcionalidad de hombro con un sistema 3D de captura de movimiento. En cuanto a los resultados, el estudio mostró una tendencia positiva hacia una mayor calidad de vida en pacientes que realizaban actividad física, reflejado sobre todo en el componente emocional. Las variables antropométricas

no se vieron modificadas. Y respecto a la movilidad y funcionalidad del hombro, las mujeres que realizaban actividad física tenían mayor rango de abducción. (Tomé Boisán et al., 2010)

Mendez Mariela y Cols 2018: Ensayo clínico aleatorizado, simple ciego, en el que participaron 16 mujeres con dolor post mastectomía. Se dividieron en dos grupos, a un grupo se le aplicó TENS convencional y al segundo grupo TENS placebo durante 10 sesiones. Previo y posterior al tratamiento se les realizó una valoración para determinar intensidad y tipo de dolor a través de Escala Visual Análoga (EVA) y Douleur Neuropatique 4 Questions (DN4) respectivamente. El estudio sugiere que la aplicación del TENS es un complemento eficaz en el tratamiento del dolor postmastectomía al lograr su disminución hasta en un 79.6%. (Mariela et al., s. f.)

Kelly de Menezes Fireman y Cols. 2018: Investigación descriptiva con un enfoque cualitativo cuyo objetivo fue comprender y describir la percepción de las pacientes sobre el impacto del tratamiento oncológico y la contribución de la fisioterapia en la mejora de la calidad de vida y funcionalidad. Se incluyeron 29 mujeres, sometidas a mastectomía radical modificada, que evidenciaron restricción de la amplitud del movimiento de miembro superior. Se realizaron diez sesiones fisioterapéuticas y al final fueron sometidas a entrevistas semiestructuradas, categorizadas en relación a los efectos del tratamiento oncológico, limitaciones postquirúrgicas, concepto de calidad de vida e impacto del tratamiento fisioterapéutico en el retorno a las actividades de la vida diaria. Se concluye que la rehabilitación tuvo resultados positivos en la calidad de vida y funcionalidad, además de tener una percepción más amplia sobre el impacto de la enfermedad y del tratamiento oncológico en la cotidianidad de las mujeres. (Kelly de Menezes bombero Flavia Oliveira MacedoDaniele Medeiros Torres, 2018)

Barbara Herrera Santos y Cols. 2017: Intervención terapéutica, controlada, de la que participaron 20 mujeres con diagnóstico de linfedema post mastectomía. Se llevó a cabo un tratamiento individualizado, con una frecuencia de 5 veces por semana durante 9 meses, e incluyó medidas higiénico posturales preventivas; fisioterapia respiratoria; drenaje linfático manual; kinesioterapia del tren superior; mecanoterapia; terapia ocupacional y vendaje. Las evaluaciones se realizaron al inicio, a los 3, 6, y 9 meses. Se realizó valoración clínica del volumen del linfedema; se evaluó el dolor con EVA; y amplitud articular, fuerza e independencia para las actividades de la vida diaria. Para los resultados se establecieron criterio de mejoradas (disminución o desaparición del dolor y linfedema; incremento de la fuerza o rango articular por encima del 75% de la evaluación inicial; se logra independencia en las actividades de la vida diaria) y no mejoradas (se obtuvo poca o

ninguna mejoría). A los 9 meses se realizó la evaluación correspondiente que arrojó que el 90% de las participantes se incluían en la respuesta terapéutica mejorada. (Herrera Santos et al., 2018)

Cantarero-Villanueva y Cols. 2012: Ensayo clínico controlado, en el que participaron 40 mujeres de 29 a 71 años con cáncer de mama que presentaban artralgias. El objetivo del estudio fue Investigar el impacto del ejercicio acuático en el umbral del dolor por presión en sobrevivientes de cáncer de mama con artralgia asociada a la terapia hormonal. Se dividieron las participantes en dos grupos de 20 pacientes, y si bien todas recibieron el tratamiento, el grupo intervención lo realizó primero y el grupo control posteriormente. La intervención de hidroterapia tuvo una duración de 2 meses, con un total de 24 sesiones dispuestas trisemanalmente. Las sesiones tenían una duración de 60 minutos y estaban supervisadas. Se realizaron ejercicios aeróbicos, de relajación e incluyo técnicas de masajes superficiales y de presión sobre la zona dolorida. El dolor fue evaluado tanto al inicio como al final con algómetro electrónico en distintas articulaciones, secundariamente se evaluó la fatiga con la Escala de fatiga de Piper. En cuanto a los resultados No se observaron eventos adversos ni desarrollo de empeoramiento del dolor. Casi todos los participantes del grupo de intervención (89%) se adhirieron al programa de hidroterapia. Los participantes experimentaron una disminución en el umbral del dolor por presión medido en el cuello, la mano, el hombro y la pierna, medido por algometría de presión. La fatiga relacionada con el cáncer no mostró una mejora significativa. (Cantarero-Villanueva et al., 2013)

Castro-Sánches y Cols. 2011: Se llevó a cabo un estudio experimental del que participaron 48 mujeres entre 30 y 60 años, cursando post mastectomía con vaciamiento ganglionar y habiendo recibido un mínimo de 30 sesiones de quimioterapia. La muestra se dividió aleatoriamente en dos grupos: uno experimental (órtesis elástica de contención y drenaje linfático manual) y otro de control (educación sanitaria sobre medidas higiénicas). Las variables medidas fueron: circunferencia de la extremidad, dolor con Escala Visual Analógica, y calidad de vida con EORTC-C30. EL periodo de intervención fue de 8 meses en los que se realizó 5 veces a la semana el drenaje linfático manual con método Leduc; finalizando la intervención con un vendaje de contención con una órtesis elástica. Como resultados, en el grupo experimental se encontraron diferencias significativas en la calidad de vida, agua extracelular, valoración funcional y volumen del miembro del lado mastectomizado. (Castro-Sánchez et al., 2011)

Análisis de datos

Se tabularon los estudios recolectados en función de la intervención de los mismos. A continuación, se presenta aquellos en los que se evaluaron distintos tipos de actividad física con la finalidad de modificar algún aspecto de la calidad de vida de las pacientes.

Autor	Intervención	Instrumento de medición	Resultados
Tomé Boisán y Cols.	Actividad Física de intensidad moderada por al menos 150 minutos semanales	Short Form 36	Mejoría de CV
Moros, Ma Teresa y Cols.	22 semanas de sesiones de 60 minutos de entrenamiento supervisado al 70% de intensidad	EORTC QLQ C30	Mejoría de CV
Ramirez, Karol y Cols.	Ejercicios supervisados aeróbicos y de resistencia entre 3 y 5 veces por semana, con duración entre 30 y 60 minutos	No específica	Mejoría física y emocional
Zusanne C. Danhauer y Cols.	Paciente en tratamiento: estímulos de 90 minutos, de 1 a 6 veces por semana durante 1 a 8 semanas y se incluyeron técnicas de relajación, respiración meditación y cuidados posturales.	Short Form 36 Fact-G	Mejoría de CV
Mendez, Mariela y Cols.	TENS con intensidad controlada por el paciente, siempre confortable	EVA	Mejoría en el dolor
Kelly de Menezes y Cols.	Sesiones semanales de 1 hora realizando técnicas de estiramiento global, kinesioterapia libre activa y asistida y activa; relajación pautas cervicales y específicas del hogar-	Entrevistas semiestructuradas	Mejoría de la capacidad funcional, emocional y Autoestima
Cantarero, Villanueva y Cols.	Sesiones trisemanales de 60 minutos de duración supervisadas, que incluían ejercicios aeróbicos, de relajación e incluyo técnicas de masajes superficiales y de presión sobre la zona dolorida.	Algómetro electrónico y Escala de Pipper	Disminución del dolor

Si centramos la actividad física como intervención kinésica para aumentar la calidad de vida, podemos observar que la totalidad de los artículos seleccionados tiene un impacto positivo tanto

en la variable mencionada como en otros aspectos también mensurables, que forman parte intrínseca de este concepto multifactorial.

Resulta importante mencionar la variabilidad de la dosificación y las actividades específicas que proponen las distintas intervenciones, un punto importante para pensar la aplicación en otras poblaciones; asimismo en ningún trabajo se proponen trabajos de fuerza, capacidad física que va a aportar mejorías en la población de manera incuestionable.

La siguiente tabla corresponde al análisis de los datos obtenidos de aquellos estudios que evaluaban el uso de kinesiotapping.

Autor	Intervención	Instrumento de medición	Resultados
Gourav Banerjee. Y Cols.	Colocación de kinesiotape en forma de abanico sobre tórax y abdomen con recambio del mismo cada 7 días.	Entrevistas personales. Escala de Borg. EVA	Disnea con mejoría de moderada a leve; mejoría en el estado de ánimo. El dolor no tuvo modificaciones, teniendo que ser modulado por medio de analgésicos.
María Torres Lacomba y Cols.	Colocación de distintos tipos de vendaje para disminuir linfedema: multicapas, multicapas simplificado, cohesivo y kinesiotape.	Perímetro de la extremidad con linfedema, expresado en valor porcentual. Entrevistas evaluando pesadez y funcionalidad.	El vendaje más efectivo para el linfedema es el multicapas simplificado y el cohesivo. El vendaje percibido como más cómodo es el kinesiotape y el más incómodo el multicapas.

B. Navarro Brazáles y Cols.	Comparación entre kinesiotape y vendaje multicapas para disminuir linfedema	Medición de la circunferencia del miembro afectado.	Todas las participantes disminuyeron el linfedema, aunque resultó más efectivo el multicapas disminuyendo el linfedema en un 80%

Durante el análisis de esta intervención, se puede considerar al vendaje como una herramienta terapéutica efectiva para la disminución del edema, aunque en los dos artículos comparativos, el vendaje multicapas es más efectivo que la cinta neuromuscular. Asimismo, el kinesiotape en etapa terminal podría considerarse un recurso válido para el alivio de sintomatología.

Esta tabla corresponde a los artículos cuya intervención se centró en el drenaje linfático manual.

Autor	Intervención	Instrumento de medición	Resultados
Barbara Herrera Santos y Cols.	DLM	Medición de perímetros circunferenciales desde un punto fijo comparativa con el miembro contralateral.	90% de las participantes mejoraron. EL 10% restante estaba relacionado con linfedemas de más de 6 meses de evolución.
Castro Sanchez y Cols.	DLM con método Leduc y órtesis elásticas de contención, 5 veces a la semana durante 8 meses.	Circunferencia de la extremidad.	Se mostraron diferencias significativas en el volumen del miembro mastectomizado.
Belkis Rocío y Cols.	Terapia RED (Recomendaciones, Ejercicios y DLM) tres	Para el linfedema se utilizó medición de la extremidad con centímetro	El edema presentó cambios significativos en el grupo experimental,

	veces por semana con sesiones de 45 minutos.		dato que estima la efectividad de la técnica.

Respecto al DLM, demostró ser una práctica efectiva en la totalidad de los trabajos buscados, influyendo directamente en la disminución del linfedema asociado a cáncer de mama y de manera indirecta esto influye también de forma positiva en la movilización y funcionalidad de la extremidad. Se debe tener en cuenta que en los trabajos reclutados, el DLM fue combinado con otras terapéuticas, pudiendo ser éstas, responsables también de la mejoría de las participantes.

Conclusión

El desarrollo de esta tesina busca conocer si la intervención del kinesiólogo impactaa en la calidad de vida de pacientes con cáncer de mama.

La complejidad del concepto calidad de vida, propuso un desafío para la realización de este trabajo, en parte por su amplia dimensión, puesto que incluye distintas categorías; y en parte por los instrumentos de medición para poder al fin evaluar el impacto de la práctica kinésica.

El cáncer, ocasiona diferentes síntomas, entre los que se encuentran fatiga, debilidad, déficit funcional, aumento del reposo, dolor. Todos ellos, influyen finalmente en la calidad de vida; motivo por el que se incluyeron en esta revisión aquellos artículos que buscaban modificar alguna de las categorías del término.

Entendiendo a la kinesiología como una forma de asistencia y en base a lo analizado hasta acá, se puede establecer que tanto la actividad física como la fisioterapia prescripta en pacientes con la sintomatología mencionada puede generar un impacto positivo en la calidad de vida, ya que puede influir favorablemente en la modulación del dolor, aumentar la funcionalidad, mejorar la percepción de la salud y sobre todo influir de manera positiva el componente emocional, todos estos aspectos medidos por los cuestionarios utilizados en la mayoría de los artículos seleccionados.

Una mención necesaria tiene que ver con dos cuestiones, una es la falta de la fuerza como cualidad necesaria a trabajar en la actividad física; en ninguno de los estudios reclutados se realizaron trabajos de fuerza. El otro aspecto a considerar tiene que ver con la dosificación del tratamiento, ya que se muestra una gran variabilidad en cuanto a los estímulos, la duración, las actividades; encontrando aquí una dificultad para poder aplicarla de manera protocolar.

En cuanto a la utilización de la cinta neuromuscular, en los trabajos recolectados, se evaluó para el uso en la disminución del linfedema, propósito que tuvo mayor efectitivad el vendaje multicapas, siendo este de elección primaria para el objetivo mencionado. Sin embargo, en uno de los trabajos, se evaluó el uso del kinesiotapping en una paciente terminal, para el alivio de la sintomatología con un resultado favorable, pudiendo el profesional decidir la implementación del mismo dependiendo del objetivo buscado.

Respecto al drenaje manual, aplicado en aquellas pacientes que desarrollaron linfedema como secundarismo al cáncer de mama, fue efectivo en la totalidad de los artículos seleccionados, formando parte de un tratamiento que incluye además otras prácticas. Aquí, las recomendaciones varían entre 3 y 5 veces semanales con una duración de 1 hora aproximada.

Siempre enmarcado dentro de la práctica basada en la evidencia, será necesario continuar y ampliar las búsquedas de artículos científicos de calidad, para poder contar con herramientas a la hora de decidir el plan terapéutico adecuado según los objetivos planificados.

A modo de cierre, podría plantearse también la necesidad de incluir en las currículas de grado, contenidos que tengan que ver con los pacientes oncológicos, terminales, o que en lugar de tener un objetivo curativo, los mismos se modifiquen a mejorar la calidad de vida.

Referencia Bibliográfica

Argentina. Archivo General de la Nación. (01 de Febrero de 2023). Obtenido de https://www.argentina.gob.ar/salud/instituto-nacional-del-cancer/estadisticas/incidencia

Banerjee, G. (2017). Could kinesiology taping help mitigate pain, breathlessness and abdominal-related symptoms in cancer? *BMJ Case Reports*, bcr2016216695.

Bermúdez, C. (2013). Medición de la calidad de vida por el cuestionario QLQ-C30 en sujetos con diversos tipos de cáncer de la ciudad de Bucaramanga-Colombia. *Enfermería Global*, 10.

Bond, C. (2008). *Palliative care toolkit: Improving care from the roots up in resource-limited settings*. Editorial: Help the Hospices.

Cantarero-Villanueva, I. (2013). Aquatic exercise in a chest-high pool for hormone therapy-induced arthralgia in breast cancer survivors: A pragmatic controlled trial. *Clinical Rehabilitation*, *27*(2), 123-132.

Castro-Sánchez, A. M. (2011). Prevención del linfedema tras cirugía de cáncer de mama mediante ortesis elástica de contención y drenaje linfático manual: Ensayo clínico aleatorizado. *Medicina Clínica*, *137*(5), 204-207.

Correia, F. R., & De Carlo, M. M. R. do P. (2012). Evaluation of quality of life in a palliative care context: An integrative literature review. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, *20*(2), 401-410.

Danhauer, S. C. (2019). Yoga for symptom management in oncology: A review of the evidence base and future directions for research. *Cancer*, *125*(12), 1979-1989.

Fonseca C, M., (2013). Evaluación de la calidad de vida en pacientes con cáncer terminal. *Revista chilena de cirugía*, *65*(4), 321-328. Fortín Magaña, M. A. (2018). *Enseñanza de los cuidados paliativos en las escuelas de medicina de El Salvador*

Hernández, J. J. C. (2017). *Oncología Clínica*. Editorial: Elsevier Health Sciences.

Irarrázaval, M. E. (2016). Calidad de vida en pacientes chilenas sobrevivientes de cáncer de mama. *Revista médica de Chile*, *144*(12), 1567-1576.

Kelly de Menezes. (2018). *Percepción de la Mujer sobre su Funcionalidad y Calidad de Vida Posterior a la Mastectomía*. *64*(4).

Lopera-Vásquez, J. P. (2020). Calidad de vida relacionada con la salud: Exclusión de la subjetividad. *Ciência & Saúde Coletiva*, *25*(2), 693-702.

Mariela, Á. M. (2018). Efectividad de la Estimulación Nerviosa Eléctrica Transcutánea asociada al paracetamol en disminución del dolor postmastectomía debido a neoplasia en mujeres derechohabientes del ISSSTE. *Investigación en discapacidad 7* (3)

Mello, C. de M. (2010). *A fundamentação da metafísica dos costumes em Immanuel Kant e a promoção da dignidade da pessoa humana*. Editorial: Ediciones 70

Mireya Bravo. (2000). El enfermo terminal. *Revista médica de Chile*, *128*(5), 547-552.

Moros, M. T. (2010). Ejercicio físico en mujeres con cáncer de mama. *Revista médica de Chile*, *138*(6).

Mostacero, J. H. (2010). Comparación de la Percepción de la Calidad de Vida en Pacientes con Tratamiento Quirúrgico y/o Adyuvante en Cáncer de Aolon y Cáncer de Recto en el Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas (Trujillo). *Rev. gastroenterol. Perú ; 30(2): 137-147*

Navarro-Brazález, B. (2014). El vendaje en el tratamiento fisioterapéutico del linfedema secundario a cancer de mama: Una serie de casos. *Fisioterapia*, *36*(1), 49-53.

Palma, A. (2010). *Medicina paliativa y cuidados continuos*. Editorial: UC.

Pereira-Rodriguez, J. E. (2020). Efectos y beneficios del entrenamiento de fuerza en pacientes con cáncer: Revisión sistemática de la literatura. *Universidad Médica Pinareña*, *16*(3)

Ramírez, K. (2017). Actividad física y cáncer de mama: Un tratamiento dirigido. *Revista médica de Chile*, *145*(1), 75-84.

Bárbara Herrera Santos. (2017) Effectiveness of the rehabilitative treatment in women with postmastectomy lymphedema. *MEDISAN ;20(9):1095*

Tomé Boisán, N. (2010). Influencia de la práctica de actividad física en la calidad de vida y la movilidad de hombro de mujeres operadas de cáncer de mama. *Fisioterapia*, *32*(5), 200-207.

Torres-Lacomba, M. (2020). Effectiveness of four types of bandages and kinesio-tape for treating breast-cancer-related lymphoedema: A randomized, single-blind, clinical trial. *Clinical Rehabilitation*, *34*(9), 1230-1241.

Urzúa M, A. (2012). Calidad de vida: Una revisión teórica del concepto. *Terapia psicológica*, *30*(1), 61-71.

WHO. (1 de Noviembre). Obtenido de WORLD HEALTH ORGANIZATION: https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/breast-cancer