

PROYECTO DE INTERVENCIÓN EN FISIOTERAPIA EN LA ASOCIACIÓN DE MUJERES MASTECTOMIZADAS DE LA COMUNIDAD VALENCIANA (AMMCOVA)

1. INTRODUCCIÓN A LA REHABILITACIÓN EN ONCOLOGÍA

A) NACIMIENTO Y DESARROLLO DE LA FISIOTERAPIA Y REHABILITACIÓN.

Hasta hace pocos años todos los tratamientos y mayores esfuerzos estaban encaminados al tratamiento del cáncer en sí, dirigidos hacia la supervivencia del paciente como objetivo principal pero, por diversas razones que nombraremos a continuación, rara vez se conseguía tratar las secuelas de la enfermedad.

Era el propio paciente quien debía buscar un tratamiento extra, normalmente de forma privada, o conformarse con las secuelas producidas por la enfermedad y los agresivos tratamientos.

Con el paso de los años ha ido evolucionando una idea más global y completa hacia el tratamiento del cáncer. Ha habido un aumento de medios económicos, técnicos, humanos, una notable mejora de los tratamientos en cuanto a eficacia y disminución de efectos secundarios, y una mayor demanda por parte de las afectadas hacia una especial atención a su calidad de vida.

La oncología ha ido ampliando fronteras más allá de su propia especialidad y ha ido implicando en el tratamiento de las secuelas producidas por el cáncer a otros profesionales médicos (ginecólogos, otorrinolaringólogos, urólogos, dermatólogos, neurólogos, neurocirujanos, traumatólogos y un largo etcétera).

Por supuesto en este campo entra la figura del fisioterapeuta, como parte responsable también de la prevención y tratamiento de secuelas, como iremos desarrollando a lo largo de este proyecto.

Poco a poco ha ido cambiando la mentalidad de algunos profesionales que veían como normal, después de una intervención en la mama, que la mujer desarrollara un linfedema (hinchazón del brazo). Se observaba como un mal menor con el que había que conformarse o resignarse.

Afortunadamente, debido a los múltiples factores citados anteriormente: mejora de medios económicos, aumento de recursos humanos, visión más completa del tratamiento y al inconformismo y no aceptación de las secuelas por parte de muchas afectadas por el cáncer de mama, la situación ha cambiado.

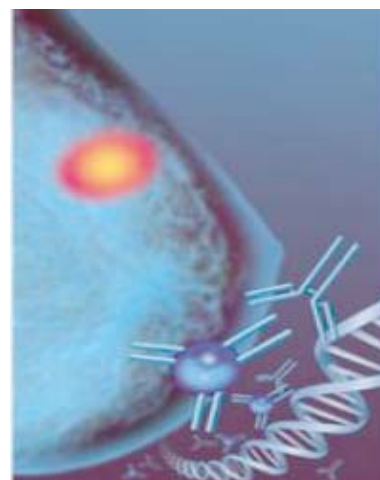
Ya no vale aceptar como normal lo que son secuelas graves, limitaciones o dolores intensos.

En el dibujo podemos observar la gran cantidad de músculos y arterias y nervios en la región axilar que se pueden ver afectados tras la cirugía y dar lugar a múltiples secuelas.

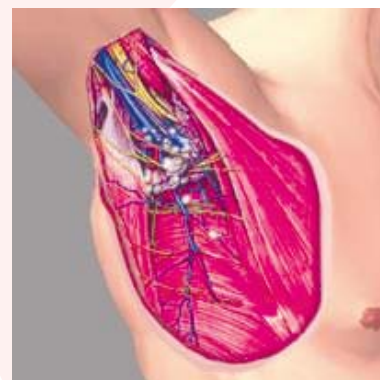
Profundizando un poco más en esta cuestión, podemos afirmar que en el momento que hablamos de secuelas graves (tratables mediante rehabilitación) en esos términos de conformismo, estamos viendo como “normales” problemas “graves” que incapacitan o limitan el desarrollo de una vida laboral satisfactoria, o la dificultad para realizar cualquier tarea (no está aconsejado el coger peso con ese brazo, y hay mujeres afectadas de ambos).

Se busca una mayor calidad de vida para las afectadas.

B) REHABILITACIÓN EN LA ACTUALIDAD Y PROBLEMAS A LOS QUE NOS ENFRENTAMOS.



© 2001 Samuel K. Collins



La idea de buscar una calidad de vida óptima y no sólo la ausencia de enfermedad o el control de la misma se fue consolidando como una tarea de todos, donde todas las especialidades trabajando en colaboración pretenden lograr un tratamiento cada vez más global

El hecho de trabajar por la calidad de vida de las pacientes surge a partir de una evolución de los objetivos de los tratamientos

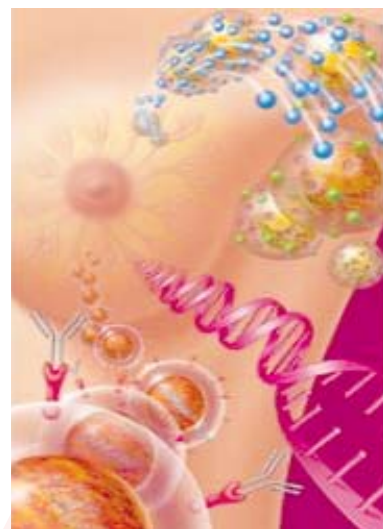
Profundizando un poco más, debemos observar cuáles son las necesidades de las pacientes cuando finalizan el tratamiento intensivo (cirugía, quimioterapia y radioterapia en algunos casos). En definitiva, a partir de una evaluación de la situación actual, es necesario valorar si la paciente precisa fisioterapia por alguna limitación física, adaptando los tratamientos para que las pacientes tengan la máxima autonomía en cualquier situación: laboral, doméstica o de ocio, ya que lo que precisan principalmente es verse y encontrarse bien, y no depender de ninguna ayuda a causa de sus posibles limitaciones. Es en este punto donde entramos todos los profesionales para dar respuesta a esa demanda que, estaba dificultada también por la escasez de formación con respecto a la oncología.

C) PREVISIONES DE FUTURO

La búsqueda de una vida con el mayor grado de independencia posible, o el mantenimiento de funciones y de las actividades de la vida diaria suponen un reto para todos los profesionales de la rehabilitación, dado el gran número de mujeres afectadas por cáncer de mama.

El número aproximado de mujeres diagnosticadas al año en nuestro país es de 15.000 a 18.000 según diferentes referencias. Se recogen estadísticas que hablan de que 1 de cada 14 o de 17 mujeres se verá afectada en el futuro por esta enfermedad en España. En los Estados Unidos de América la American Cancer Society baraja cifras que hablan de porcentajes superiores al 10% de mujeres afectadas en los próximos años.

Dentro de estas cifras no podemos saber con exactitud qué porcentaje o qué número de mujeres van a padecer secuelas después de verse afectadas por un cáncer de mama. Pero sí sabemos desde la experiencia que poseemos en este campo que TODAS las mujeres intervenidas por haber sufrido un cáncer de mama deberían realizar en todos los casos, tratamientos para prevenir la aparición del linfedema (la complicación más frecuente que después trataremos en profundidad) .



En la actualidad sólo se realiza el tratamiento cuando el problema está ya instaurado un tiempo, con lo que los resultados obtenidos son más pobres, y el gasto sanitario es mucho mayor en fármacos y terapias adyuvantes como un manguito de compresión para el brazo, vendas especiales para tratamientos, etc...

Si hablamos de tratamiento de esta complicación tan frecuente, observaremos que afecta a una de cada tres mujeres intervenidas. En conclusión, todas las mujeres afectadas precisarán al menos tratamiento de fisioterapia preventivo (que después veremos en profundidad), y más del 30% tratamiento intensivo y prolongado, con un mantenimiento y seguimiento para toda la vida.

Es muy importante conocer esto, hablamos de una patología crónica que precisa seguimiento continuado, que dependiendo del caso puede variar entre 1-3 tratamientos anuales.

No podemos dejar de mencionar la gran labor que puede desempeñar la figura del fisioterapeuta a la hora de mejorar los problemas emocionales, de ansiedad y de autoestima, junto con otros profesionales de la salud como médicos, psicólogos y personal de enfermería. El cuerpo y la mente forman una unidad indivisible, que por más que queramos son dependientes y se entrelazan entre sí. Cuando realizamos un tratamiento de fisioterapia con una correcta indicación para cada caso y con cierto rigor, podemos fácilmente disminuir el dolor o restablecer una función (un movimiento).

Esto va a suponer en la mayoría de los casos, un sentimiento de bienestar muy positivo para la enferma. Posteriormente es frecuente encontrar cotas altas de satisfacción con la terapia. Ejemplos sencillos de mejoría:

- Favorecer el sueño al disminuir el dolor.

- Realizar actividades abandonadas desde la intervención quirúrgica.
- Sentirse más a gusto con su propio cuerpo al apreciar una mejora estética y sentirse mucho más útil.

En definitiva, es mucho más fácil para las afectadas de cáncer de mama experimentar una mejoría psicológica cuando partimos de un buen estado físico.

La idea que pretendemos transmitir en una sola frase es “aprender del pasado, mejorando el presente y proyectar hacia el futuro”.

En el ámbito de la medicina deberíamos trabajar siempre bajo una constante y periódica reevaluación de lo realizado hasta la fecha, para evitar un estancamiento de las acciones terapéuticas y después replanteamiento de las necesidades de los pacientes.

2. FIGURA DEL FISIOTERAPEUTA

Al igual que hemos hablado de las patologías más frecuentes que padecen las afectadas por el cáncer de mama, también debemos conocer, aunque sea de forma superficial, las labores que desempeña el fisioterapeuta de forma general y de forma más concreta en el ámbito que nos ocupa. Esto nos puede servir para que conozcamos lo variado de las secuelas a tratar, aunque predominen claramente algunas patologías. Y también puede ayudar a acabar de desterrar de una vez por todas la figura del fisioterapeuta como simple masajista.

A) FUNCIONES GENERALES Y LABORES DE UN FISIOTERAPEUTA.

En primer lugar la propia palabra define claramente el papel que desempeña... tratamiento mediante la utilización de medios físicos. El fisioterapeuta utiliza los medios físicos para tratar gran diversidad de patologías. Por medios físicos entendemos todo tipo de agentes que empleados de forma correcta pueden provocar una reacción beneficiosa en nuestro organismo, que serían principalmente:

- El calor y el frío, que transmitiremos a través de aparatos como lámparas de infrarrojos, radar, onda corta, bolsas de frío (cold-pack)
- El movimiento o la presión, que englobaría desde ejercicios de estiramiento, hasta masaje o ejercicios para fortalecimiento muscular.
- La electricidad que transmitiríamos como corrientes analgésicas, electroestimulación, ultrasonidos.
- El agua, que podríamos aprovechar tanto como ejercicios en piscina, como natación, y otros muchos.

B) PAPEL DEL FISIOTERAPEUTA EN LAS AFECTADAS POR EL CÁNCER DE MAMA.

En principio debemos nombrar y diferenciar los grandes grupos de pacientes que nos vamos a encontrar. Más tarde los desarrollaremos de forma más ampliada poniendo algunos ejemplos de tratamiento:

- El primer grupo que va a ser más numeroso por su mayor frecuencia en cuanto a incidencia y más específico en cuanto que se limita más al campo de la oncología. En este grupo se encuentren las afectadas por linfedema/linfangitis (hinchazón de brazo/infección) y también aquellas pacientes que presenten una limitación en la movilidad del hombro, producida por la cicatriz de la intervención.
- El segundo grupo va a ser en el cual se encuentren las pacientes con patologías más variadas, que podíamos llamar de fisioterapia más convencional, en el que podemos encontrar problemas osteoarticulares y musculares (contracturas, tendinitis, artrosis de columna, osteoporosis). Problemas de tipo neurológico como parálisis o alteraciones de la sensibilidad en la zona de la cicatriz, como complicaciones de la intervención. Problemas de tipo respiratorio como son las fibrosis del parénquima pulmonar secundarias a radioterapia. Y también realizar tratamiento de la ansiedad en colaboración con médicos y psicólogos mediante multitud de técnicas de relajación.

- CAUSAS DEL AUMENTO DE INCIDENCIA

Es muy importante reseñar que todas las patologías del segundo apartado se presentan ya muy frecuentemente en un grupo de población normal, pero que aumentan su incidencia de forma notable en las afectadas por un proceso cancerígeno. ¿Por qué aumenta la incidencia de estos problemas en las afectadas por el cáncer de mama? Las causas no las podemos presentar con datos estadísticos, porque no está completamente estudiado. Pero podemos afirmar que con la experiencia que poseemos en este campo, que existen dos

causas principales:

La primera está muy relacionada directamente con los fármacos agresivos que se emplean. La quimioterapia, a pesar de experimentar grandes avances presenta toxicidad para muchas pacientes. Es decir, no sólo acaba con las células enfermas, sino en ocasiones también con las sanas. Así se explica que favorezcan una mayor pérdida de masa ósea, o un deterioro articular más veloz. Con lo que nos encontramos con más casos de artrosis u osteoporosis.

Como segunda causa podemos hablar del factor psicógeno, de la relación entre el estado psíquico y físico. Factores como la ansiedad o el estrés que acompañan a las afectadas pueden desencadenar tensiones que provocan contracturas en cuello y espalda.

3. FORMAS DE ACTUACIÓN DEL FISIOTERAPEUTA

Las formas de actuación de la fisioterapia, que describimos a continuación son comparables a los objetivos de los tratamientos de fisioterapia. Son tres formas de actuación principalmente:

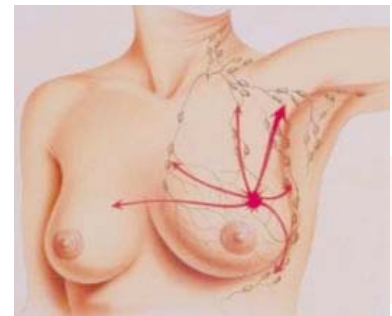
- Prevención, cuando es posible predecir y evitar por medio del tratamiento anticipado las complicaciones.
- Restauración, cuando la discapacidad puede ser manejada con un tratamiento apropiado y cuando el paciente se puede adecuar lo suficiente como para reducir al mínimo cualquier discapacidad residual.
- Mantenimiento o sostén, cuando el tratamiento mejora la función y permite al paciente cubrir sus necesidades, manteniendo un sentido de autoestima, a pesar de la discapacidad sostenida.

3.1 LINFEDEMA DE BRAZO

Es una enfermedad de curso crónico que se manifiesta por el edema (aumento de líquido) en una extremidad superior o inferior por obstrucción de las vías linfáticas. Una diferencia de 2 centímetros en la circunferencia entre los brazos es la definición más común del linfedema.

Los signos y síntomas que se dan van a ser:

- sensación de estrechez
- falta de energía en el brazo
- dolor o pesadez
- cambio de coloración en la piel
- hinchazón
- signos de infección (calor, rubor)



La causa, en el caso que nos ocupa, se debe a la extirpación quirúrgica de los ganglios linfáticos de la axila de la mama afectada. A pesar de que los ganglios y los vasos linfáticos tienen cierta capacidad de regeneración, esto va a suponer una sobrecarga para todo el sistema circulatorio del brazo afectado.

En el dibujo se observa la forma que adopta el sistema linfático en esta zona que se ve afectado por la cirugía.

Todo esto va a derivar en que una de cada tres mujeres intervenidas de cáncer de mama desarrolla un linfedema.

3.1.1 FACTORES QUE INTERVIENEN EN LA APARICIÓN DEL LINFEDEMA

- El sobrepeso.
- El haber recibido radioterapia en la zona.
- No tiene relación el tiempo transcurrido desde que se realiza la intervención. Hay linfedemas que aparecen a las semanas de la intervención, y sin embargo otros tardan años (5,10,15) en desarrollarse. De ahí la importancia del seguimiento continuado.
- Es más probable cuanto más extensa es la cirugía en la zona y menor cuando mayor parte de la mama está conservada.
- El hecho de realizar esfuerzos con ese brazo.
- El hecho de padecer infecciones en ese brazo (linfangitis) Las infecciones en el brazo y el edema son dos entidades muy relacionadas. De hecho los mayores esfuerzos para la prevención del linfedema comienza con la prevención de las infecciones. Y las medidas de prevención son las mismas.

3.1.2 MEDIDAS DE PREVENCIÓN DEL LINFEDEMA

Estas medidas de prevención son dos principalmente: las medidas higiénicas y los ejercicios para la prevención. Unas van dirigidas por una parte, a proteger el brazo de toda clase de lesiones externas, y por otra, a evitar el esfuerzo. Y los ejercicios hacen hincapié en aquellos movimientos adecuados recomendados sólo para prevenir la aparición del linfedema.

A) MEDIDAS HIGIÉNICAS

Deben ser entregadas escritas en una hoja a cada paciente y explicadas una por una, bien sea de forma individual o en grupo. De forma grupal las afectadas pueden beneficiarse de un apoyo psicológico del grupo, pero esto debería ser valorado por las psicólogas porque otras mujeres necesitan más intimidad, para sentirse más seguras.

En el trabajo en la casa:

- Evitar los traumatismos, los sobreesfuerzos, el frío y el calor excesivos.
- Cuidado con los objetos punzantes, pueden dar lugar a infecciones no deseadas.
- No realizar trabajos que obliguen a permanecer con los brazos elevados. En los trabajos caseros llevar guantes de goma.
- No llevar pesos excesivos.
- Cuidado con las quemaduras, arañazos y picotazos de insectos.
- No llevar reloj, pulseras ni anillos en el brazo afectado.
- Vestidos, alimentación y cuidados personales
- No utilizar ropa interior que apriete a nivel del pecho y de los hombros.
- Extremar el cuidado de la piel.
- Cuidado al cortarse las uñas, hacerse las cutículas o limárselas.
- No usar productos cosméticos irritantes.
- No utilizar la sauna ni tomar baños de sol.
- Cuidado con los masajes en los brazos, debes ser dados por especialistas cualificados, huir de los drenajes linfáticos ofrecidos por las clínicas de estética.
- Evitar sobrepeso. Limitar la sal.
- Por las noches mantener el brazo ligeramente elevado.

Normas médicas:

- No poner inyecciones intravenosas o intramusculares, ni extraer sangre en el brazo afecto.
- No tomar la tensión arterial en el brazo afectado.
- Se recomienda la natación o realizar ejercicios en el agua.

B) EJERCICIOS PARA PREVENCIÓN DEL LINFEDEMA

Es importante acompañar todos los ejercicios y la pausa entre uno y otro realizando inspiraciones y espiraciones. Podemos tomar aire al realizar el movimiento y expulsarlo al volver a la posición de reposo. O simplemente tomar aire por la nariz y expulsarlo por la boca. Existen gran variedad y por ello vamos a explicarlos de forma simple:

- Subir los hombros hacia los lóbulos de las orejas y bajarlos lentamente.
- Realizar giros de hombro hacia delante y hacia detrás.
- Inclinar la cabeza hacia delante y hacia detrás.
- Realizar giros con la cabeza hacia la izquierda y hacia la derecha.
- Con los antebrazos elevados a la altura del pecho y en ángulo recto presionar las palmas de las manos.
- Levantar los brazos hacia arriba por encima de la cabeza y realizar movimientos de giro con los hombros.
- Con los brazos elevados por encima de la cabeza, balancearlos hacia un lado y hacia el otro.
- Con los brazos extendidos y levantados sostener una toalla, tirando de los extremos de la misma, realizar esa acción mientras bajamos los brazos lentamente.
- Realizar giros con ambas muñecas, con los brazos extendidos a la altura de los hombros.
- Abrir y cerrar los dedos de la mano haciendo puño.
- Realizar acción de desenroscar una bombilla imaginaria.
- Apretar una pelota de espuma.
- Con una pelota de espuma, colocada debajo de la axila, apretarlas suavemente con el brazo.
- Con un palo de madera remar en una canoa imaginaria.

- Con el mismo palo doblar y estirar los codos, siempre con los brazos a la altura de los hombros.

C) MEDIDAS DE RESTAURACIÓN DEL LINFEDEMA

Las medidas de restauración pueden ser utilizadas también para prevención, así es más completa. Consta de drenaje linfático, presoterapia y vendaje compresivo.

El drenaje linfático es muy complejo para explicarlo aquí, diremos sencillamente que no se trata de un simple masaje. Se trata de maniobras muy suaves, cortas y repetidas, casi se trata de acariciamientos. Se realizan en la piel de forma muy superficial, siguiendo las vías linfáticas, desde un sentido proximal (primero clavícula, espalda, hombro) hacia distal (finalizando en la mano).



Deben ser realizadas en un ambiente cómodo y relajado. Suelen ser de larga duración (mínimo 30 minutos hasta 1 hora).

La presoterapia (si se dispone de aparato) consiste en un manguito que comprime el brazo mediante el llenado y vaciado de una serie de compartimentos. Se debe colocar siempre después de haber realizado el drenaje linfático.

El vendaje compresivo se realiza con vendas especiales, con un 70-100% de dilatación, aplicada después de una venda de algodón en todo el miembro edematizado. Se debe llevar hasta la sesión siguiente (durante 24 horas)

En total las sesiones debería extenderse un mínimo de 2 semanas, durante todos los días. Aunque es recomendable que el tratamiento fuera más duradero (3-4 semanas)

D) MEDIDAS DE MANTENIMIENTO

En todos los casos, y hablando de forma ideal, el tratamiento se debería volver a realizar de forma periódica cada 6 o 12 meses como máximo. Siempre dependiendo de cada caso.

Como medida de mantenimiento, tenemos las medias de compresión decreciente, que consiste en una manga con guantelete sin costuras que cubre todo el brazo, desde la mano hasta el hombro, y que debe ser llevada siempre que exista linfedema, durante todo el día. Sólo debe quitarse por la noche. derecho tras el tratamiento.



3.2 LIMITACIÓN DE LA MOVILIDAD DE HOMBRO

La limitación de la movilidad del hombro es una complicación muy frecuente. Es más frecuente cuanto mayor sea la magnitud de tejidos extirpados. Y también si la paciente ha sido sometida a radioterapia, aumenta el riesgo de pérdida de elasticidad de los tejidos. En el dibujo podemos observar las complejas estructuras que conforman el hombro.



A) MEDIDAS DE PREVENCIÓN (EJERCICIOS)

A partir de las 2 semanas, una vez retirados los puntos, existen 3 ejercicios básicos para aumentar el giro/rotación de hombro y la elevación del mismo:

- Para la rotación del hombro. Extender los brazos a la altura de los hombros, doblar los codos poniendo las manos detrás del cuello, juntar los codos hacia en frente. Volver a la posición original y repetir varias veces.

- Para aumentar la flexibilidad a la elevación. Situarse enfrente de una pared. Doblar los codos y colocar las palmas de las manos en la pared a la altura de los hombros. Subir las manos hasta sentir molestias.

Bajar las manos y repetir.

- Para favorecer la rotación hacia detrás. Con el brazo sano en jarra, para evitar desequilibrio, doblar el codo del brazo operado y colocarlo detrás de la espalda. Gradualmente subir la mano hasta tocar el hombro del brazo no operado con los dedos. Regresar a la posición original y repetir.

B) MEDIDAS DE RESTAURACIÓN

Si los ejercicios realizados por las pacientes por sí mismas no fueran suficientes, el fisioterapeuta realizaría tratamiento individualizado con la paciente. Consistente en estiramientos, movilizaciones activas, terapia manual, etc...

4. CONCLUSIÓN

Debemos afirmar con total seguridad que absolutamente todas las afectadas de cáncer de mama precisan del papel del fisioterapeuta, al menos para realizar una función de prevención de la hinchazón del brazo.

También repetiremos que 1 de cada 3 mujeres deberán realizar un tratamiento intensivo y duradero, porque se verán afectadas por el linfedema (recordemos de 2-4 semanas).

Y recordemos que una vez instaurado y aunque eliminemos por completo los síntomas, deberán realizarse sesiones de mantenimiento durante TODA la vida.

No podemos acabar sin decir el ahorro que puede suponer la inversión de más medios humanos y económicos sobre todo empleados en el área de prevención. En la actualidad, no podemos afirmar que sea un área cubierta por completo por la sanidad pública. Es ahí donde las asociaciones pueden desarrollar un gran papel de colaboración, porque parten del mayor conocimiento que se puede tener sobre la enfermedad, por haberlo padecido ellas mismas. Desde esa comprensión profunda es desde donde mejor se pueden conocer las necesidades que surgen para sentirse mejor, después de la enfermedad. Nadie mejor que ellas para indicarnos a los profesionales hacia dónde dirigir nuestros esfuerzos.