



UNIVERSIDAD
**AUTÓNOMA
DE ICA**

UNIVERSIDAD AUTONOMA DE ICA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
PROGRAMA ACADEMICO DE ENFERMERIA

TESIS

**ALTERACIONES SENSITIVAS Y MODO DE VIDA EN
PACIENTES POS MASECTOMIA EN EL HOSPITAL REGIONAL
DE ICA, 2023**

**LINEA DE INVESTIGACION
SALUD PUBLICA, SALUD AMBIENTAL Y SATISFACCION
CON LOS SERVICIOS DE SALUD**

**PRESENTADO POR:
VASQUEZ VEGA, KRISTEL ARACELLI
CASTILLO TIPISMANA LUZ ELVIRA**

**TESIS PARA OPTAR EL TITULO DE:
LICENCIADA EN ENFERMERIA**

**ASESOR
DRA MARGARITA DORIS ZAIRA SACSI
COD. ORCID 0000-0002-0679-5065**

ICA PERU 2023

DEDICATORIA

A mis padres por haberme forjado como la persona que soy en la actualidad; muchos de mis logros se lo debo a Ustedes entre los que se incluye este. Me formaron con reglas y con algunas libertades, pero al final de cuentas, me motivaron constantemente para alcanzar mis anhelos.

Gracias madre y padre.

RESUMEN

Objetivo: Determinar la relación entre las disestesias y los estilos de vida en pacientes post operados de mama en el hospital NACIONAL DE ICA, 2023.

Material y métodos: La recolección de datos será llevada a cabo en un único momento, por ello la presente investigación es transversal, así mismo las variables son de tipo cualitativo, y los datos al ser obtenidos de encuestas a pacientes post operados de mama la investigación es descriptiva, cabe resaltar de igual manera que al no intervenir el investigador la presente es de tipo observacional.

Resultados: Al consultar sobre el tipo de disestesias se obtuvo como el resultado que 38 pacientes (45.8%) presentaron dolor, 20 pacientes (24.1%) presentaron ardor, 4 pacientes (4.8%) presentaron quemazón, 2 pacientes (2.4%) presentaron picor, 8 pacientes (9.6%) presentaron hincada, 4 pacientes (4.8%) presentaron presión, 7 pacientes (8.4%) no definieron la disestesia presentada. Cuando se consultó acerca de al apoyo familiar recibido, 7 pacientes (8.4%), mencionaron que nunca tuvieron apoyo familiar, 16 pacientes (19.3%) mencionaron que a veces tuvieron apoyo familiar y 60 pacientes (72.3%), mencionaron que siempre tuvieron apoyo familiar. Al consultar sobre los estilos de vida saludable, 16 pacientes (19.3%) indicaron que nunca tuvieron un estilo de vida saludable, 58 pacientes (69.9%) indicaron que a veces tuvieron estilos de vida saludable y 9 pacientes (10.8%) indicaron que siempre tuvieron un estilo de vida saludable.

Conclusiones: Las disestesias más frecuentes son el dolor, el ardor y la hincada, la mayoría de pacientes post operados de mama con disestesia a veces tuvieron estilos de vida saludable

Palabras claves: Disestesia, Estilos de vida, neoplasia de mama.

ABSTRACT

Objective: To determine the relationship between dysesthesias and lifestyles in post-operative breast patients at the NACIONAL DE ICA hospital, 2023.

Material and methods: The data collection will be carried out in a single moment, for this reason the present investigation is cross-sectional, likewise the variables are qualitative, and the data obtained from surveys of post-operated breast patients the investigation is descriptive, it should be noted in the same way that since the researcher did not intervene, this is of an observational type.

Results: When consulting on the type of dysesthesias, the result was that 38 patients (45.8%) presented pain, 20 patients (24.1%) presented burning, 4 patients (4.8%) presented burning, 2 patients (2.4%) presented itching, 8 patients (9.6%) presented kneeling, 4 patients (4.8%) presented pressure, 7 patients (8.4%) did not define the presented dysesthesia. When asked about the family support received, 7 patients (8.4%) mentioned that they never had family support, 16 patients (19.3%) mentioned that they sometimes had family support, and 60 patients (72.3%) mentioned that they always had support. familiar. When asking about healthy lifestyles, 16 patients (19.3%) indicated that they never had a healthy lifestyle, 58 patients (69.9%) indicated that they sometimes had healthy lifestyles, and 9 patients (10.8%) indicated that they always they had a healthy lifestyle.

Conclusions: The most frequent dysesthesias are pain, burning and swelling, the majority of post-operated breast patients with dysesthesia sometimes had healthy lifestyles.

Keywords: Dysesthesia, Lifestyles, breast cancer.

INDICE

RESUMEN.....	3
ABSTRACT	4
INDICE	5
INDICE DE TABLAS.....	7
INDICE DE FIGURAS.....	8
I. INTRODUCCIÓN.....	9
II. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	10
2.1. DESCRIPCION DEL PROBLEMA	10
2.2. PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN GENERAL	11
2.3. PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN ESPECÍFICAS	11
2.4. JUSTIFICACIÓN E IMPORTANCIA.....	11
2.5. OBJETIVO GENERAL	12
2.6. OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	12
2.7. ALCANCES Y LIMITACIONES.....	13
III. MARCO TEÓRICO.....	13
3.1. ANTECEDENTES INTERNACIONALES	13
3.2. BASES TEÓRICAS	16
3.3. MARCO CONCEPTUAL	25
IV. METODOLOGÍA	26
4.1. TIPO Y NIVEL DE INVESTIGACIÓN	26
4.2. DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN	26
4.3. POBLACIÓN – MUESTRA.....	26
4.4. HIPÓTESIS GENERAL	27
4.5. HIPÓTESIS ESPECÍFICAS	28
4.6. IDENTIFICACIÓN DE VARIABLES.....	28
4.7. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES	30
4.8. RECOLECCIÓN DE RESULTADOS.....	31
V. RESULTADOS.....	32
5.1. PRESENTACIÓN DE RESULTADOS.....	32
5.2. INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS	39

VI. ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS	40
6.1. ANÁLISIS DESCRIPTIVO DE LOS RESULTADOS	40
6.2. COMPARACIÓN DE RESULTADOS CON MARCO TEÓRICO.....	41
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....	43
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	45
ANEXOS.....	5
ANEXO 01: INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS	6
ANEXO 02: FICHA DE VALIDACIÓN DE EXPERTOS.....	7

INDICE DE TABLAS

Tabla 1. Distribución de pacientes post operados de mama con disestesias en el hospital NACIONAL DE ICA, 2023, según edad.	31
Tabla 2. Distribución de pacientes post operados de mama con disestesias en el hospital NACIONAL DE ICA, 2023, según grado de instrucción.	32
Tabla 3. Distribución de pacientes post operados de mama con disestesias en el hospital NACIONAL DE ICA, 2023, según acceso a servicios de salud	33
Tabla 4. Distribución de pacientes post operados de mama con disestesias en el hospital NACIONAL DE ICA, 2023, según acceso a información	34
Tabla 5. Distribución de pacientes post operados de mama con disestesias en el hospital NACIONAL DE ICA, 2023, según el tipo de disestesia.	35
Tabla 6. Distribución de pacientes post operados de mama con disestesias en el hospital NACIONAL DE ICA, 2023, según los estilos de vida saludable.	36
Tabla 7. Distribución de pacientes post operados de mama con disestesias en el hospital NACIONAL DE ICA, 2023, según el apoyo familiar.	37

INDICE DE FIGURAS

Gráfica 1. Distribución de pacientes post operados de mama con disestesias en el hospital NACIONAL DE ICA, 2023, según edad.	31
Gráfica 2. Distribución de pacientes post operados de mama con disestesias en el hospital NACIONAL DE ICA, 2023, según grado de instrucción.	32
Gráfica 3. Distribución de pacientes post operados de mama con disestesias en el hospital NACIONAL DE ICA, 2023, según acceso a servicios de salud	33
Gráfica 4. Distribución de pacientes post operados de mama con disestesias en el hospital NACIONAL DE ICA, 2023, según acceso a información	34
Gráfica 5. Distribución de pacientes post operados de mama con disestesias en el hospital NACIONAL DE ICA, 2023, según el tipo de disestesia.	35
Gráfica 6 Distribución de pacientes post operados de mama con disestesias en el hospital NACIONAL DE ICA, 2023, según los estilos de vida saludable.	36
Gráfica 7. Distribución de pacientes post operados de mama con disestesias en el hospital NACIONAL DE ICA, 2023, según el apoyo familiar.	37

I. INTRODUCCIÓN

La neoplasia de mama tiene una profunda afectación de quien la padece a nivel físico y emocional, pues no solo está limitada a las mujeres, sino también se ha visto que los varones también se ven afectados por esta patología, si bien es cierto que este órgano es muy sensible en su afectación para las damas pues estas la relacionan muy cercanamente con su condición de mujer y su percepción propia, una cirugía a este nivel no es aceptada fácilmente por los pacientes afectados, pues además de los mencionados pueden quedar algún tipo de secuelas de tipo neurológica como neuropatías o disestesias.

El cáncer es una de las patologías más devastadoras que actualmente está presente en todos los países del mundo, siendo la neoplasia de mama la que ha incrementado su incidencia, no solo por la enfermedad en sí sino por la mejora de los métodos diagnósticos que permite identificar la presencia de esta enfermedad en etapas más tempranas de la misma, sin embargo a pesar de esto, no siempre es posible identificarla a tiempo, por lo que las personas que se ven afectadas tienen que ser sometidas a terapias muy agresivas con la finalidad de recuperar su salud..

La presente investigación permite tener un acercamiento a la visión de los pacientes afectados por algún tipo de disestesias y de las condiciones que dejan la cirugía de extirpación de mama, así como los factores condicionantes que pudieran intervenir en un incremento o reducción de la estabilidad emocional y física de las afectadas por esta patología.

II. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

2.1. DESCRIPCION DEL PROBLEMA

Cada persona tiene una forma de enfrentar su vida diaria, algunos de manera tal que evitan cualquier tipo de injuria o exposición a algún condicionante negativo sobre su cuerpo, otras que no son muy cuidadosos en relación a ello y otras personas que no tienen ningún tipo de interés en mejorar sus estilo de vida y por ende ven disminuida su calidad de vida, esto se ve influenciado por factores propios de la persona a nivel físico, y/p emocional que determinan su comportamiento positivo o negativo (1).

Las disestesias que se producen en pacientes con neoplasias, tiene una causa de tipo neurológico, pues los nervios y las terminaciones nerviosas de los mismo se ven alteradas y/o estimuladas de manera errónea, lo que conlleva a una sobre estimulación de los mismos, produciendo un cambio en la transmisión del impulso nervioso, lo que a su vez lleva a que los pacientes presenten una alteración de la percepción de su molestia que puede verse incrementada o reducida de manera crónica (2).

A nivel mundial, mucho análisis acerca de las molestias dolorosas y cnacer de mama se han realizado, identificando la localización y la incidencia del mismo, sobre todo en mujeres que han sobrevivido a la cirugía oncológica de mama (3-6).

Se han llevado a cabo muchas investigaciones sobre el dolor neuropático en pacientes con neoplasia de mama, más aún si nuestro país considera esta condición como la segunda causas de muerte por

cáncer al año, y la presencia de esta disestesia está presente en más de la tercera parte de los pacientes afectados. (7-8).

2.2. PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN GENERAL

¿Cuál es la relación entre las disestesias y los estilos de vida en pacientes post operados de mama en el hospital NACIONAL DE ICA, 2023?

2.3. PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN ESPECÍFICAS

- ¿Cuáles son las disestesias más frecuentes en pacientes post operados de mama en el hospital NACIONAL DE ICA, 2023?
- ¿Cuáles son los estilos de vida en pacientes post operados de mama en el hospital NACIONAL DE ICA, 2023?
- ¿Cuál es la relación entre las disestesias de tipo dolorosa y los estilos de vida en pacientes post operados de mama en el hospital NACIONAL DE ICA, 2023?
- ¿Cuál es la relación entre las disestesias de tipo no dolorosa y los estilos de vida en pacientes post operados de mama en el hospital NACIONAL DE ICA, 2023?

2.4. JUSTIFICACIÓN E IMPORTANCIA

La presencia de molestias de tipo neurológico sobre todo de la presencia de dolor post quirúrgico es una constante consulta en los consultorios de neurología, donde la mayoría de veces se

brinda tratamiento de tipo farmacológico y no se estudian más fondo los condicionantes que producen dicho dolor, tomándose solamente el dolor o disestesia de tipo orgánico, siendo muchas veces el factor emocional el que influye en la presencia de esta situación.

Es por ello que la importancia del presente trabajo está en que permitirá identificar cuáles son los factores que mejoran o emporan las disestesias en pacientes que han sido sometidos a una cirugía de mama y acuden al consultorio de neurología del hospital NACIONAL DE ICA en el año 2023.

Como se mencionó previamente los estilos de vida producen un bienestar en los pacientes, si es que este lo realiza de manera adecuada guiado por el personal de salud y con ayuda de su familia, quienes serán una gran fuente soporte emocional y físico en pacientes que padecen neoplasia de mama, mejorando en gran medida la calidad de vida de las apersonas afectadas.

2.5. OBJETIVO GENERAL

Determinar la relación entre las disestesias y los estilos de vida en pacientes post operados de mama en el hospital NACIONAL DE ICA, 2023.

2.6. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Conocer son las disestesias más frecuentes en pacientes post operados de mama en el hospital NACIONAL DE ICA, 2023.

- Determinar los estilos de vida en pacientes post operados de mama en el hospital NACIONAL DE ICA, 2023.
- Establecer la relación entre las disestesias de tipo dolorosa y los estilos de vida en pacientes post operados de mama en el hospital NACIONAL DE ICA, 2023.
- Determinar la relación entre las disestesias de tipo no dolorosa y los estilos de vida en pacientes post operados de mama en el hospital NACIONAL DE ICA, 2023.

2.7. ALCANCES Y LIMITACIONES

El presente estudio se llevó a cabo el Hospital NACIONAL DE ICA, en el servicio de neurología, en pacientes que fueron sometidos a una extirpación de mama y que presentaron algún tipo de disestesias post cirugía, es por ello que el tamaño muestral es limitado.

Se debe buscar que la calidad de las encuestas y el llenado de la mismas influirá en el presente estudio, pues de ellas se extraerá la información para la tabulación de datos.

Por último, la totalidad del presente estudio fue costeadada por el tesista, lo cual produce una limitación de tipo económico.

III. MARCO TEÓRICO

3.1. ANTECEDENTES

En Colombia se llevó a cabo un estudio por Buitrago en al 2021, donde se observó que las pacientes que habían ido intervenidas por extirpación de mama o que hayan sido sometida a algún tipo

de tratamiento para su patología oncológica, tuvieron algún tipo de dolor persistente en más de la mitad de las participantes en el estudio, siendo la molestia neuropática la más frecuente, en dichas pacientes el tratamiento de elección fue el paracetamol con lo que mejoraron las dolencias. (6).

En Brasil, Nieto realizó una investigación en pacientes con cáncer de mama, y como era el dolor que presentaban luego de algunos meses post tratamiento, dentro de sus resultados más saltantes se encuentran que poco más del 10% de pacientes tuvieron molestias prequirúrgicas muchas veces debido a la existencia de algún grado de ansiedad, así mismo posterior a la realización de la cirugía, presentaron dolor persistente sobre todo si se realizó la extracción de los ganglios ubicados a nivel axilar. (7).

En España, García investigó las disestesias en pacientes oncológicos, donde se trató de establecer la relación con la depresión, obteniendo como resultado que las pacientes alrededor de los 50 Años tuvieron mayor porcentaje de disestesias, sobretodo localizado a nivel de miembro superior y más del 80% sufrieron algún grado de estrés y/o depresión. (8)

En Colombia en el año 2021, Cortez-Samaca realizó un estudio sobre el dolor en pacientes post operados de mastectomía, evidenciando que la presentación varía entre el 10 y el 70% de pacientes, con poco más del 50% tuvieron un grado leve de dolor, cerca del 40% de intensidad moderada y poco más del 2% de tipo severo, siendo el dolor miofacial el que estuvo presente en poco más del 40%, siendo la edad más frecuente de presentación alrededor de los 50 años. (9)

En el año 2020, Montero, realizó un estudio sobre el avance su la recuperación en pacientes post operados de mama, teniendo como resultados que la mayor parte de los pacientes se encontraban en la quinta década de la vida, alrededor de la tercera parte tuvieron estudios superiores, sin embargo la mayor parte de los pacientes no tuvieron conocimiento sobre medidas de recuperación no las formas en que pueden llevar a cabo dichos procedimientos incluidas terapia física en casa o en consulta, con los pueden incrementar las disestesias presentadas por dichos pacientes. (10)

En Lima, Kedet evaluó a los pacientes que tuvieron neoplasia de mama, y las manera que tienen de afrontar su enfermedad, dentro de los resultados, se obtuvo que de todos los participantes, poco más del 50% fueron saludables, y poco más del 20% no tuvieron un estado de salud tan bueno como los primeros, de igual manera a nivel orgánico más del 60% de pacientes estuvieron más saludables, siendo la más afectada la percepción emocional de las pacientes que vieron afectadas en esta esfera en más de la mitad de los participantes. (11)

Gonzalo en Arequipa realizó una investigación sobre la calidad de vida en los pacientes post operadas de mama en el año 2020 tratando de establecer relación entre la salud física y la salud mental, obteniendo como resultado que no había diferencias entre los mayores y menores de 50 años, así mismo, el nivel socioeconómico tampoco intervino en los estados de salud, se vio así mismo, que las pacientes que tuvieron apoyo familiar con un nivel educativo secundario y sin presencia de alguna otra comorbilidad tuvieron un mejor estado de salud.(12)

Gomez en el año 2020, realizo una investigación acerca del dolor neuropático en pacientes con neoplasia de mama, obteniendo como resultado que más de la mitad le realizaron una mastectomía total, y en relación al dolor, más del 70% lo clasificaron como disestesia leve, estableciendo una relación entre una reducción de la calidad de vida en pacientes con una disestesia más incrementada. (13)

3.2. BASES TEÓRICAS

La Asociación Internacional para el Estudio del Dolor describe el dolor neuropático como “dolor causado por una enfermedad o daño al sistema nervioso somatosensorial” [5, 10]. Si el dolor nociceptivo es normal dado que una pequeña reacción fisiológica que ocurre con cualquier daño tisular, en la que los impulsos de dolor periférico son procesados por un sistema somatosensorial sin cambios, la aparición de dolor neuropático se debe al daño en las partes central y periférica del sistema somatosensorial, lo que conduce a un dolor inadecuado. respuesta. El daño a los conductores sensoriales es posible en cualquier punto desde la fibra nerviosa periférica hasta la corteza cerebral debido a factores inflamatorios, isquémicos por compresión, tóxicos, traumáticos y otros. Los mecanismos fisiopatológicos de la formación de dolor neuropático son la hiperalgesia secundaria, la sensibilización periférica y central, que incluyen una serie de cambios neuroquímicos y neurofisiológicos que mantienen el dolor incluso en ausencia de un estímulo doloroso primario. La sensibilización periférica está asociada con daño a las estructuras periféricas del sistema nervioso y es causada por una sensibilidad excesiva de los nociceptores bajo la acción de mediadores inflamatorios y péptidos neurosensoriales. La prevalencia del dolor neuropático, según varios estudios epidemiológicos, es del 6,9 al 10 % en los países

Europeos, del 8 % en el Reino Unido, del 17,9 % en Canadá y del 12,4 % en los EE. UU. [12, 13]. El dolor neuropático crónico es más común en mujeres (8% vs 5,7% en hombres) y en pacientes mayores de 50 años (8,9% vs 5,6% en es definitivamente alto y varía del 40 al 75%, y, por ejemplo, en la neuralgia del trigémino (NTH) es el síntoma principal de la enfermedad [4, 5, 6]. El dolor posterior al accidente cerebrovascular es menos común: en el 8% de los pacientes. En enfermedades somáticas, como la diabetes mellitus, el dolor neuropático se observa en el 25% de los pacientes, en enfermedades oncológicas en varios estadios y después de ciclos de radiación y quimioterapia, oscila entre el 40 y el 90% [5].

Debido a la alta prevalencia y trascendencia social del dolor neuropático, existe la necesidad de una cierta regulación de las medidas diagnósticas y terapéuticas para este tipo de dolor.

El aumento resultante de la excitabilidad de las neuronas del SNC (sensibilización central) conduce a una disminución de los efectos antinociceptivos en las estructuras nerviosas periféricas, cerrando así el "círculo vicioso" del dolor (14).

Dolor neuropático periférico que ocurren cuando las estructuras periféricas del sistema nervioso están dañadas son característicos de la neuralgia del trigémino y posherpética, dolor fantasma, mono y polineuropatías de diversos orígenes, radiculopatías, y postoracotomía se observan dolor neuropático periféricos, que representan el 81-95% de todo el dolor neuropático (2, 3, 6).

Dolor neuropático central asociados con daño a las partes centrales del sistema somatosensorial se desarrollan en la esclerosis múltiple, mielopatía, en el período posterior al accidente cerebrovascular, enfermedad de Parkinson, tumores y lesiones del cerebro y la médula espinal, siringomielia, neurosífilis (9). La manifestación clínica de dolor neuropático es una pérdida parcial o completa de la sensibilidad (incluido

el dolor) en la zona de inervación del área dañada del sistema nervioso periférico o central con el desarrollo de dolor espontáneo o inducido de la misma localización (15).

Los trastornos sensoriales en dolor neuropático se dividen en dos grupos:

síntomas positivos (síntomas "+", "síntomas de irritación") - alodinia, hiperalgesia, disestesia, parestesia, dolor espontáneo) y - **síntomas negativos** (síntomas "-", "síntomas de prolapso" - hipoestesia, hipoalgesia).

El más característico dolor neuropático es el fenómeno de la alodinia (sensación de dolor en respuesta a estímulos no dolorosos).

Lo más importante en el diagnóstico de dolor neuropático es el examen clínico del paciente, durante el cual se determinan los componentes subjetivos (durante la encuesta) y objetivo (durante el examen neurológico) del síndrome de dolor. Es necesario aclarar la localización, la duración, la intensidad, el "patrón" del dolor (cómo el propio paciente describe las manifestaciones del dolor), cuánto dolor tolera el paciente y también descubrir los factores que aumentan o disminuyen el dolor. Para la verificación, valoración cualitativa y cuantitativa del dolor neuropático se utilizan cuestionarios especiales: DN4 y painDETECT. También es necesario tener en cuenta el estado psicoemocional del paciente, la presencia de alteración del sueño y la conducta del dolor. Así, en el RN, la alteración del sueño alcanza el 88% de los casos, y los trastornos emocionales y afectivos, hasta el 60%, lo que reduce significativamente la calidad de vida de los pacientes y les conduce a la desadaptación social (11, 17).

Dependiendo del factor de influencia, se distinguen la temperatura y la alodinia mecánica. Este último, a su vez, se divide en estático (debido a una presión débil sobre la piel) y dinámico (causado por un

ligero toque en la piel) (16, 17). Dolor neuropático puede ser espontáneo o inducido, y además tiene los siguientes descriptores característicos: quema, enfriamiento, pro- disparos, perforaciones, cortes, tirones, similares al paso de corriente eléctrica, etc. El dolor neuropático inducido a menudo se asocia con alodinia, hiperalgesia e hiperpatía. Dependiendo de la participación del sistema nervioso simpático en el desarrollo del síndrome de dolor, simpáticamente independiente y simpáticamente condicionado. El dolor simpáticamente independiente es similar al dolor nociceptivo, como regla, tiene un carácter agudo y punzante, no se acompaña de manifestaciones autonómicas y ocurre con daño al nervio periférico. El dolor mantenido simpáticamente ocurre en el síndrome de dolor regional complejo (CRPS), tiene varios cambios vegetatotróficos, trastornos del movimiento, es de naturaleza quemante y es causado por la activación simpática de fibras sensoriales alteradas (15).

En dolor neuropático periférico la naturaleza y la intensidad del síndrome de dolor varían significativamente y pueden depender de la duración y la naturaleza del proceso patológico. Entonces, para la mayoría de las polineuropatías (metabólicas, tóxicas, autoinmunes, hereditarias, etc.), los dolores punzantes, ardientes y dolorosos son característicos, más a menudo en las piernas en las secciones distales, parestesias ("hormigueo de agujas", "gateo"), entumecimiento que se intensifica por la noche. Si se ven afectadas fibras delgadas, son posibles dolores espontáneos de intensidad variable y picazón. Con la neuralgia posherpética, son posibles tanto el dolor constante (profundo, apremiante, sordo) como el dolor paroxístico (agudo, penetrante). El dolor en la neuralgia del trigémino siempre es unilateral (ardiente, punzante, rápido como un rayo), provocado al hablar, cepillarse los dientes, afeitarse, comer, tocarse la piel, etc. En radiculopatías por compresión, mononeuropatías, SDRC, síndrome del túnel carpiano, además del dolor neuropático, también existe un componente

nociceptivo (dolor mixto). También puede haber trastornos del movimiento, (debilidad muscular, hipotrofia muscular, disminución de los reflejos tendinosos) y trastornos tróficos vegetativos (edema, decoloración de la piel, cambios locales en la temperatura de la piel, alteración de la sudoración, cambios en la tasa de crecimiento de las uñas y el cabello) en áreas inervadas por raíces afectadas de la médula espinal, los nervios periféricos [3, 8, 11].

Hay varias opciones para describir el dolor: ardor, dolor, "apuñalamiento", "disparo", "apretón", pulsante, etc. Por lo tanto, en la esclerosis múltiple, el síntoma de Lhermitte es característico (el dolor punzante ocurre cuando la cabeza está inclinada hacia adelante). como una descarga eléctrica a lo largo de la columna, extendiéndose a las piernas). En 1 a 12% de los casos, el CNP puede desarrollarse después de un accidente cerebrovascular en el tálamo, la corteza, el tronco encefálico y, a menudo, el paciente lo describe como una sensación difusa y mal localizada de "malestar" o dolor. Muy a menudo, el SNC se acompaña de hiperpatía, disestesia, alodinia. Hay una disminución del dolor en reposo y su desaparición durante el sueño (5, 18).

En el manejo de pacientes con síndrome de dolor neuropático, también es importante estar atento a los signos clínicos que pueden indicar procesos patológicos con un curso desfavorable y pronóstico agravado ("redflags"). Así, el dolor neuropático es posible con lesiones tumorales del sistema nervioso central y nervios periféricos, con el desarrollo de complicaciones del proceso tumoral (fracturas patológicas, linfostasis, etc.) y las consecuencias del tratamiento antitumoral (quirúrgico - dolor fantasma, posmastectomía síndrome de dolor, etc.; polineuropatía inducida por fármacos - quimioterapia; - radioterapia - mielopatía por radiación; y también como parte de síndromes neoplásicos y paraneoplásicos en caso de trastornos metabólicos sistémicos. dolor neuropático después de una lesión espinal ocurre en el

70% de los pacientes durante el año el momento de la lesión. Como regla general, estos son dolores constantes (tirones, debilitantes, ardientes, intermitentes), no asociados con movimientos, inflamación y daño tisular local. Por lo tanto, para identificar la enfermedad subyacente que causó la aparición de dolor neuropático y control de “banderas rojas”, en algunos casos es posible utilizar métodos diagnósticos auxiliares (electroneuromiografía, resonancia magnética y computarizada, etc.) y examen por especialistas afines (11, 19). Los principios generales en el tratamiento del síndrome de dolor neuropático son: - anestesia oportuna y completa - ing (un buen resultado es una disminución de la intensidad del dolor en un 30-50%); - la formación de expectativas correctas pael paciente (actitud para la terapia continua a largo plazo, la posibilidad de desarrollar efectos secundarios); - selección de la farmacoterapia teniendo en cuenta el somael estado del paciente y la presencia de trastornos comórbidos (se prefiere la monoterapia; si es necesaria la terapia combinada, prescribir medicamentos con bajo riesgo de interacción fármaco-fármaco; la posibilidad de prescribir terapia patogénica para la enfermedad de base);

Los efectos secundarios más comunes de la duloxetina son náuseas, vómitos, estreñimiento, somnolencia, boca seca, sudoración excesiva, pérdida de apetito, debilidad. La duración de la terapia con TAC y SNRI varía de 3 meses o más, la retirada del fármaco debe ser gradual para evitar el desarrollo de complicaciones y la intensificación del síndrome de dolor [7, 11].

Gabapentina y pregabalina (gabapentinoides) (terapia de primera línea)

Son capaces de reducir los fenómenos de sensibilización central al reducir la corriente de iones Ca^{2+} dentro de la neurona, lo que reduce la liberación de mediadores excitatorios y el bloqueo de la señal de dolor

a nivel de las astas dorsales de la médula espinal. Se recomienda tomar este grupo de medicamentos para DPN, PHN, THN, dolor fantasma, dolor neuropático en el contexto de la oncopatología y su tratamiento, dolor neuropático después de una lesión en la columna, con radiculopatía, síndrome del túnel carpiano, neuropatía en el contexto de la infección por VIH, etc. (recomendación fuerza A, evidencia clase I). Las dosis efectivas de gabapentina son de 1200 a 3600 mg por día divididos en 3 dosis, la pregabalina es de 300 a 600 mg por día en 2 o 3 dosis. Se requiere una titulación de la dosis individual, comenzando con el mínimo y luego aumentando gradualmente la dosis en incrementos de 3 a 7 días. La cancelación de medicamentos es gradual. La pregabalina se prescribe en los formularios de prescripción No. 148-1/y-88. Los efectos secundarios más comunes asociados con los gabapentinoideos son mareos, somnolencia, edema periférico y aumento de peso. Como regla general, estos fenómenos son de naturaleza transitoria y se detienen después de 2 a 4 semanas de terapia.

Desde el punto de vista de la medicina basada en la evidencia, se distinguen los siguientes grupos de fármacos de probada eficacia para el tratamiento del dolor neuropático:

Antidepresivos tricíclicos (TCA)(terapia de primera linea).

El efecto analgésico de los ATC se debe a la activación de las vías noradrenérgicas inhibitorias descendentes (aumento de los efectos antinociceptivos), bloqueo parcial de los canales de sodio (disminución de la sensibilización periférica) y efecto sobre los receptores NMDA (disminución de la sensibilización central). Se recomienda tomar ATC en polineuropatía diabética (DPN), PHN, THN, dolor fantasma, en dolor neuropático en el contexto de oncopatología, después de intervenciones quirúrgicas y lesiones, etc. (grado de recomendación A, clase de evidencia II). El tratamiento con ATC (amitriptilina) comienza con dosis bajas (10-25 mg al acostarse), aumentándose gradualmente la dosis en

promedio, con buena tolerancia, hasta 75-150 mg por día. El lado negativo del tratamiento con ATC es el desarrollo de los efectos secundarios típicos (mareos, taquicardia, hipotensión ortostática, sedación, dificultad para orinar, - Inhibidores de la sero-recaptación tonina y norepinefrina (SNRI)(terapia de primera linea) tienen el mismo mecanismo de acción que los TAC, pero presentan un espectro de efectos secundarios de origen anticolinérgico significativamente menor, lo que les otorga una ventaja en el tratamiento del dolor neuropático en pacientes con estado somático agravado. La duloxetina (DPN, dolor central postictus y PN tras lesión medular) y la venlafaxina (DPN y PHP) han demostrado ser eficaces en el PN (grado de recomendación A, grado de evidencia I). La dosis efectiva de duloxetina es de 60-120 mg una vez al día, venlafaxina - 150-225 mg por día, la titulación de los medicamentos es gradual, comenzando con la dosis mínima en incrementos de 7-14 días.

Carbamazepina(terapia de primera linea)

Hace referencia al grupo de los anticonvulsivantes de primera generación, el mecanismo de acción está asociado al bloqueo de los canales de sodio, lo que lleva a una disminución de la excitabilidad neuronal (disminución de la sensibilización periférica). La carbamazepina está indicada principalmente para el tratamiento de la THN (fuerza de recomendación para TGN - A, para dolor neuropático - C, clase de evidencia I).La dosis inicial es 100-200 mg 1-2 veces al día, seguido de un aumento gradual hasta una dosis efectiva de 400-1200 mg al día en 2-3 dosis. Como reacciones adversas, el desarrollo de sedantes mareos, náuseas, vómitos, edema, etc. (6, 8, 20).

Preparaciones para tratamiento tópico (sistemas transdérmicos con capsaicina, lidocaína) (terapia de segunda linea).

Es más eficaz en la PHN, así como en la forma dolorosa de DPN (fuerza de las recomendaciones para PGN - A, para dolor neuropático -

C, clase de evidencia II) (7, 12). parche de capsaicina al 8%. El principio activo contiene un extracto de pimiento rojo picante, tiene un efecto localmente irritante y analgésico. En el sitio de aplicación del parche se siente una dolorosa sensación de quemazón, que primero provoca la activación y luego el daño de las terminaciones nerviosas nociceptivas debido a la entrada descontrolada de cationes en la fibra nerviosa. El efecto analgésico conseguido en este caso es reversible. El parche de capsaicina se utiliza para tratar los ND periféricos: DPN, postraumático, alcohólico, asociado al VIH, etc. (fuerza de recomendación C, clase de evidencia I).

En caso de síndrome de dolor de alta intensidad, resistente a la terapia con medicamentos de primera y segunda línea, es posible usar analgésicos opioides (tramadol, tapentadol, oxicodona)(terapia de tercera línea).

Tramadol a una dosis de 200-400 mg por día es eficaz en la PHN, forma de dolor de DPN y PNP, dolor neuropático después de una lesión en la columna (fuerza de recomendación C, grado de evidencia II). dolor neuropático requiere el uso de opioides en dosis más altas que para el dolor nociceptivo, lo que conduce a un mayor riesgo de dependencia y efectos secundarios (insomnio, estreñimiento, sedación severa, insuficiencia respiratoria, deterioro cognitivo, trastornos endocrinos e inmunológicos).

Toxina botulínica tipo A (relajante muscular periférico), cuyo efecto analgésico se debe a una disminución de la sensibilización periférica debido a una disminución de la expresión de los receptores vaniloideos (TRPV1), que favorecen la hiperalgesia.

3.3. MARCO CONCEPTUAL

DISESTESIAS:

Situación en la que se ve afectada la percepción de un sentido sobretodo de tipo táctil, de diversas etiologías que produce una sensación por lo general desagradable o tipo dolorosa.

ESTILOS DE VIDA:

Según la OMS, la diferencia en varias clasificaciones en estilos de vida saludables, sedentarios o activos o no saludables, está dado por el equilibrio de la condición física, mental y social relacionada al desenvolvimiento de los órganos y sistemas, de las condiciones psicológicas y de los factores ambientales a los que se ve sometida una persona.

NEOPLASIA DE MAMA:

Crecimiento desorganizado y descontrolado de tejido mamario cuyo inicio se presenta a nivel de ductos o en los lóbulos de la mama, cuyos mecanismos de apoptosis se han visto alterados y produce una proliferación celular acelerada y que no cumple con las funciones propias del tejido.

IV. METODOLOGÍA

4.1. TIPO Y NIVEL DE INVESTIGACIÓN

La recolección de datos será llevada a cabo en un único momento, por ello la presente investigación es transversal, así mismo las variables son de tipo cualitativo, y los datos al ser obtenidos de encuestas a pacientes post operados de mama la investigación es descriptiva, cabe resaltar de igual manera que al no intervenir el investigador la presente es de tipo observacional.

4.2. DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

4.3. POBLACIÓN – MUESTRA

POBLACIÓN

Estuvo conformada por 104 pacientes que acudieron a atenderse al Hospital NACIONAL DE ICA durante en el año 2023, al consultorio de neurología.

Muestra

De acuerdo al cálculo de tamaño muestral se determinó que 83 pacientes cumplen con el requisito para ser estadísticamente significativo con un nivel de confianza del 95% y un margen de error del 5%.

CONSIDERANDO EL UNIVERSO FINITO

FORMULA DE CALCULO

$$n = \frac{Z^2 * N * p * q}{e^2 * (N-1) + (Z^2 * p * q)}$$

Donde:

- Z = nivel de confianza (correspondiente con tabla de valores de Z)
p = Porcentaje de la población que tiene el atributo deseado
q = Porcentaje de la población que no tiene el atributo deseado = 1-p
Nota: cuando no hay indicación de la población que posee o no el atributo, se asume 50% para p y 50% para q
N = Tamaño del universo (Se conoce puesto que es finito)
e = Error de estimación máximo aceptado
n = Tamaño de la muestra

Donde n= 83 personas

Criterios de inclusión

- Pacientes que hayan tenido algún tipo de cirugía de mama de causa neoplásica
- Pacientes con historia clínica correctamente llenada.
- Pacientes que hayan sido dados de alta de la patología mamaria.

Criterios de exclusión

- Pacientes que hayan tenido algún tipo de cirugía de mama de causa no neoplásica
- Pacientes con historia clínica inadecuadamente llenada.
- Pacientes en tratamiento de quimioterapia o radioterapia al momento de la encuesta.

4.4. HIPÓTESIS GENERAL

Hi: Las disestesias están relacionada con los estilos de vida en pacientes post operados de mama en el hospital NACIONAL DE ICA, 2023.

Ho: Las disestesias no están relacionada con los estilos de vida en pacientes post operados de mama en el hospital NACIONAL DE ICA, 2023.

4.5. HIPÓTESIS ESPECÍFICAS

Hi1: Las disestesias de tipo dolorosa están relacionada con estilos de vida en pacientes post operados de mama en el hospital NACIONAL DE ICA, 2023.

Ho1: Las disestesias de tipo dolorosa no están relacionada con estilos de vida en pacientes post operados de mama en el hospital NACIONAL DE ICA, 2023.

Hi1: Las disestesias de tipo no dolorosa están relacionada con los estilos de vida en pacientes post operados de mama en el hospital NACIONAL DE ICA, 2023.

Ho1: Las disestesias de tipo no dolorosa están no están relacionadas con los estilos de vida en pacientes post operados de mama en el hospital NACIONAL DE ICA, 2023.

4.6. IDENTIFICACIÓN DE VARIABLES

VARIABLE DEPENDIENTE

- Disestesias

VARIABLE INDEPENDIENTE

- Estilos de vida

VARIABLE INTERVINIENTE

- Edad
- Grado de instrucción
- Acceso a servicios de salud
- Acceso a información.
- Apoyo familiar.

4.7. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLE DEPENDIENTE			
INDICADORES	ITEMS	NIVEL DE MEDICION	INSTRUMENTO
Disestesias	Dolor Ardor Quemazón Picor Hincada Presión No definida	Cualitativa nominal	Encuesta
VARIABLE INTERVINIENTE			
INDICADORES	ITEMS	NIVEL DE MEDICION	INSTRUMENTO
Edad	Años	Cuantitativa ordinal	Encuesta
Grado de Instrucción	Sin instrucción -Primaria- Secundaria- Superior	Cualitativa ordinal	Encuesta
Acceso a servicios de salud	Si - No	Cualitativa nominal	Encuesta
Acceso a información	Si - No	Cualitativa nominal	Encuesta
Apoyo Familiar	Nunca – A veces - Siempre	Cualitativa nominal	Encuesta
VARIABLE INDEPENDIENTE			
INDICADORES	ITEMS	NIVEL DE MEDICION	INSTRUMENTO
Estilos de vida saludable	Nunca – A veces - Siempre	Cualitativa nominal	Encuesta

4.8. RECOLECCIÓN DE RESULTADOS

Se realizó un análisis estadístico para investigaciones descriptivas, usando el programa Microsoft Excel 2016 para la elaboración de tablas y cuadros que serán exportados al programa Microsoft Word, así mismo, dicha base de datos será también elaborada en el programa SPSS 26 para la evaluación estadística correspondiente.

Se elaboró un análisis univariado donde las variables cualitativas fueron llevadas a cuadros de frecuencias y porcentajes absolutos.

Se solicitará a la dirección del Hospital NACIONAL DE ICA, para los permisos de realización de la investigación, para luego realizar las encuestas en los consultorios de Neurología del mencionado hospital para elaborar la base de datos correspondiente.

V.RESULTADOS

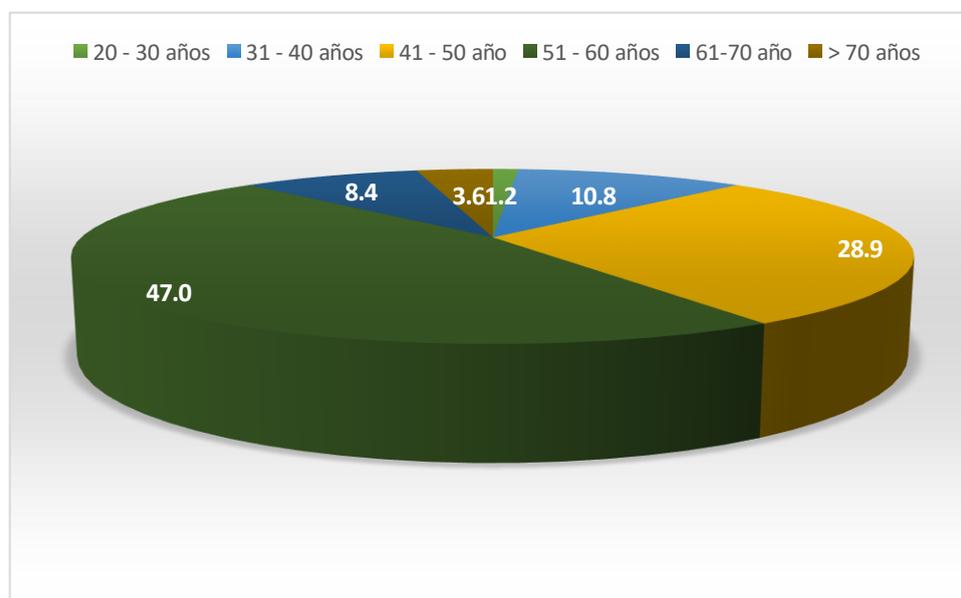
5.1. PRESENTACIÓN DE RESULTADOS

Tabla 1. Distribución de pacientes post operados de mama con disestesias en el hospital NACIONAL DE ICA, 2023, según edad.

	Pacientes	%
20 - 30 años	1	1.2
31 - 40 años	9	10.8
41 - 50 año	24	28.9
51 - 60 años	39	47.0
61-70 año	7	8.4
> 70 años	3	3.6

*Fuente: Encuestas de pacientes del Hospital NACIONAL DE ICA 2023

Gráfico 1. Distribución de pacientes post operados de mama con disestesias en el hospital NACIONAL DE ICA, 2023, según edad.



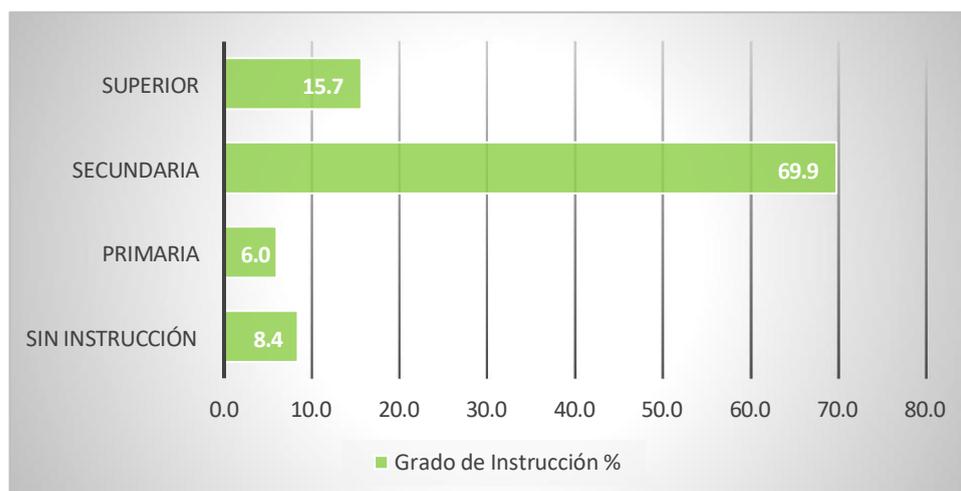
*Fuente: Encuestas de pacientes del Hospital NACIONAL DE ICA 2023

Tabla 2. Distribución de pacientes post operados de mama con disestesias en el hospital NACIONAL DE ICA, 2023, según grado de instrucción.

	Pacientes	%
Sin Instrucción	7	8.4
Primaria	5	6.0
Secundaria	58	69.9
Superior	13	15.7

*Fuente: Encuestas de pacientes del Hospital NACIONAL DE ICA 2023

Gráfico 2. Distribución de pacientes post operados de mama con disestesias en el hospital NACIONAL DE ICA, 2023, según grado de instrucción



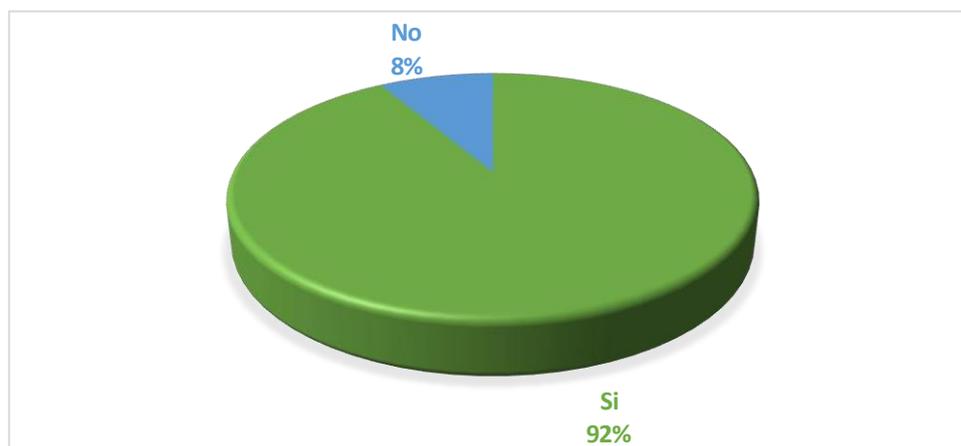
*Fuente: Encuestas de pacientes del Hospital NACIONAL DE ICA 2023

Tabla 3. Distribución de pacientes post operados de mama con disestesias en el hospital NACIONAL DE ICA, 2023, según acceso a servicios de salud

	Pacientes	%
Si	76	91.6
No	7	8.4

*Fuente: Encuestas de pacientes del Hospital NACIONAL DE ICA 2023

Gráfico 3. Distribución de pacientes post operados de mama con disestesias en el hospital NACIONAL DE ICA, 2023, según acceso a servicios de salud.



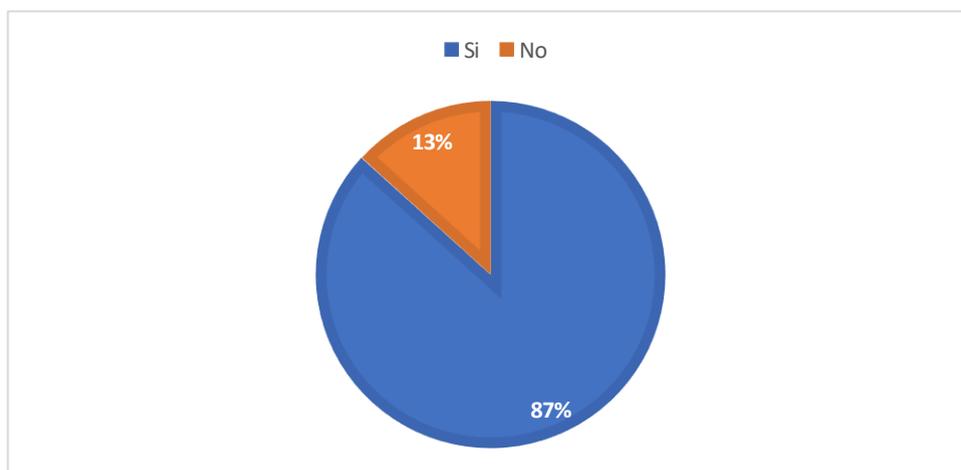
*Fuente: Encuestas de pacientes del Hospital NACIONAL DE ICA 2023

Tabla 4. Distribución de pacientes post operados de mama con disestesias en el hospital NACIONAL DE ICA, 2023, según acceso a información

	Pacientes	%
Si	72	86.7
No	11	13.3

*Fuente: Encuestas de pacientes del Hospital NACIONAL DE ICA 2023

Gráfico 4. Distribución de pacientes post operados de mama con disestesias en el hospital NACIONAL DE ICA, 2023, según acceso a información.



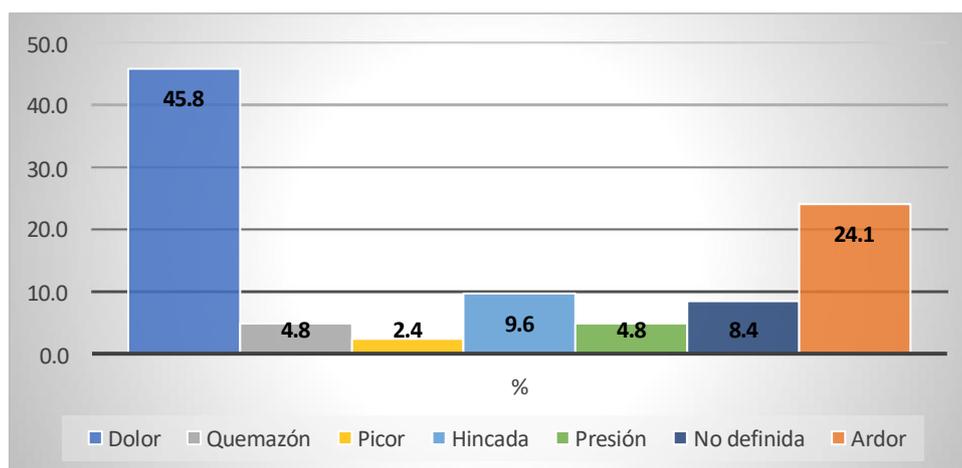
*Fuente: Encuestas de pacientes del Hospital NACIONAL DE ICA 2023

Tabla 5. Distribución de pacientes post operados de mama con disestesias en el hospital NACIONAL DE ICA, 2023, según el tipo de disestesia.

	Pacientes	%
Dolor	38	45.8
Ardor	20	24.1
Quemazón	4	4.8
Picor	2	2.4
Hincada	8	9.6
Presión	4	4.8
No definida	7	8.4

*Fuente: Encuestas de pacientes del Hospital NACIONAL DE ICA 2023

Gráfico 5. Distribución de pacientes post operados de mama con disestesias en el hospital NACIONAL DE ICA, 2023, según el tipo de disestesia.



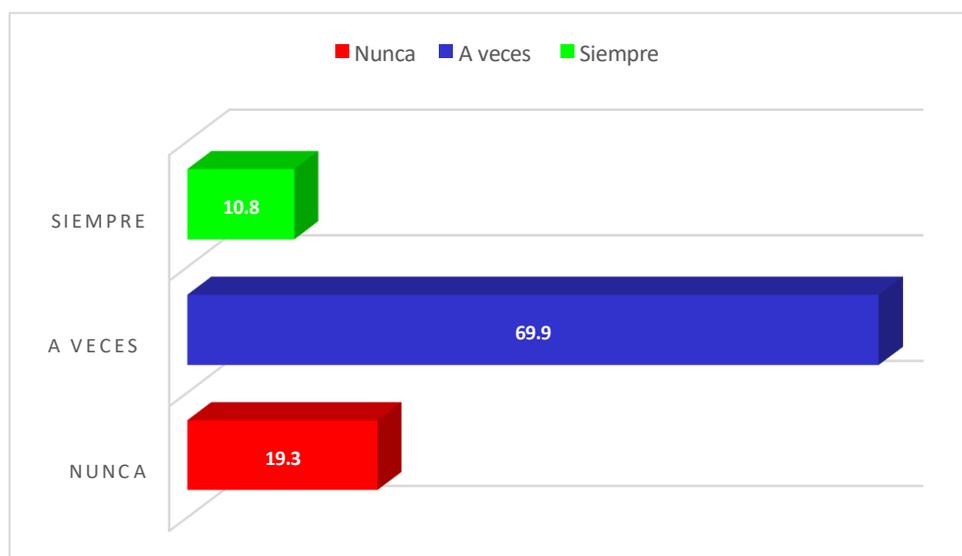
*Fuente: Encuestas de pacientes del Hospital NACIONAL DE ICA 2023

Tabla 6 Distribución de pacientes post operados de mama con disestesias en el hospital NACIONAL DE ICA, 2023, según los estilos de vida saludable.

	Pacientes	%
Nunca	16	19.3
A veces	58	69.9
Siempre	9	10.8

*Fuente: Encuestas de pacientes del Hospital NACIONAL DE ICA 2023

Gráfico 6. Distribución de pacientes post operados de mama con disestesias en el hospital NACIONAL DE ICA, 2023, según los estilos de vida saludable.



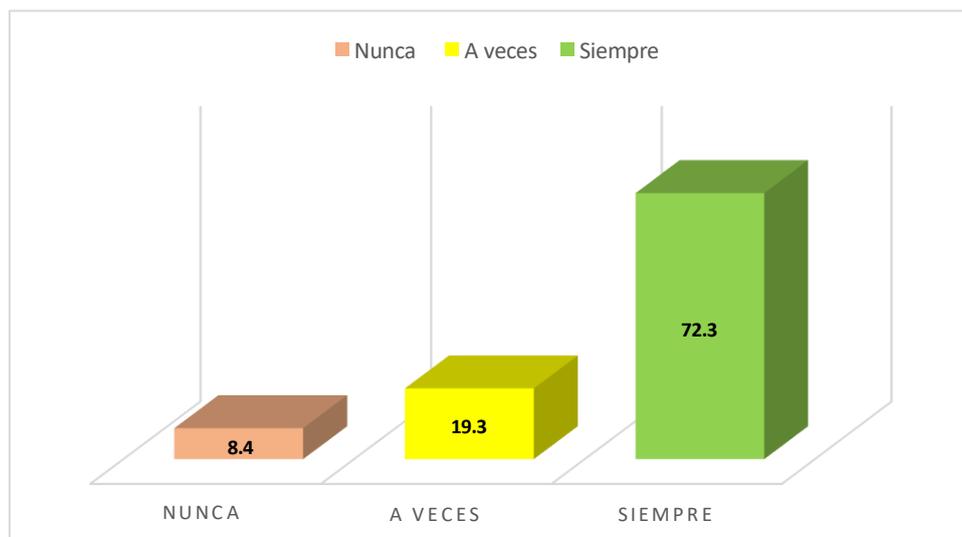
*Fuente: Encuestas de pacientes del Hospital NACIONAL DE ICA 2023

Tabla 7. Distribución de pacientes post operados de mama con disestesias en el hospital NACIONAL DE ICA, 2023, según el apoyo familiar.

	Pacientes	%
Nunca	7	8.4
A veces	16	19.3
Siempre	60	72.3

*Fuente: Encuestas de pacientes del Hospital NACIONAL DE ICA 2023

Gráfico 7. Distribución de pacientes post operados de mama en el hospital NACIONAL DE ICA, 2023, según el apoyo familiar.



*Fuente: Encuestas de pacientes del Hospital NACIONAL DE ICA 2023

5.2. INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

En la presente investigación los grupos etáreos estuvieron comprendidos entre los intervalos de 20 a 30 años, 1 pacientes (1.2%), de 31 a 40 años, 9 pacientes (10.8%), de 41 a 50 años, 24 pacientes (28.9%), de 51 a 60 años, 39 pacientes (47.0%), de 61 a 70 años, 7 pacientes (8.4%) y mayores de 70 años, 3 pacientes (3.6%).

De acuerdo al grado de instrucción, los pacientes sin instrucción fueron 7 que representaban el 8.4%, con educación primaria, 5 pacientes, que representa el 6.0%, con educación secundaria 58 pacientes, que representa el 69.9%, y con educación superior, 13 pacientes con 15.7%.

En relación a los accesos a los servicios de salud, de los pacientes encuestados, 76 pacientes (91.6%), tuvieron acceso a los servicios de salud, mientras que 7 pacientes (8.4%), no tuvieron acceso a los servicios de salud.

Al consultar por el acceso a la información, se tuvo como resultado que 72 pacientes que representaban el 86.7% de los encuestados tuvieron acceso a la información acerca del manejo de sus disestesias por cirugía de mama, así mismo 11 pacientes que representaban al 13.3%, no tuvieron acceso a la información acerca del manejo de sus disestesias por cirugía de mama.

Al consultar sobre el tipo de disestesias se obtuvo como el resultado que 38 pacientes (45.8%) presentaron dolor, 20 pacientes (24.1%) presentaron ardor, 4 pacientes (4.8%) presentaron quemazón, 2 pacientes (2.4%) presentaron picor, 8 pacientes (9.6%) presentaron hincada, 4 pacientes (4.8%) presentaron presión, 7 pacientes (8.4%) no definieron la disestesia presentada.

Cuando se consultó acerca de al apoyo familiar recibido, 7 pacientes (8.4%), mencionaron que nunca tuvieron apoyo familiar, 16 pacientes (19.3%) mencionaron que a veces tuvieron apoyo familiar y 60 pacientes (72.3%), mencionaron que siempre tuvieron apoyo familiar.

Al consultar sobre los estilos de vida saludable, 16 pacientes (19.3%) indicaron que nunca tuvieron un estilo de vida saludable, 58 pacientes (69.9%) indicaron que a veces tuvieron estilos de vida saludable y 9 pacientes (10.8%) indicaron que siempre tuvieron un estilo de vida saludable.

VI. ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS

6.1. ANÁLISIS DESCRIPTIVO DE LOS RESULTADOS

En el presente estudio se puede observar que el mayor grupo de pacientes afectados por las disestesias se encuentra comprendido en el grupo etáreo de 51 a 60 años, seguido del grupo de 41 a 50 años y la menor cantidad de personas estuvo comprendida en el grupo 20 a 30 años.

En relación al grado de instrucción la mayor parte de los pacientes encuestados tuvieron educación secundaria y la menor cantidad de pacientes no tuvieron instrucción de ningún tipo.

La mayor parte de los encuestados tuvieron acceso a los servicios de salud, al igual que la mayor parte de los pacientes tuvieron acceso a la información acerca del manejo de sus disestesias post cirugía de mama.

Al analizar el tipo específico de disestesias, la mayor parte de los pacientes presentaron dolor, seguido de ardor y en tercer lugar una disestesia de tipo hincada, siendo el picor la que menos veces se presentó.

En relación al apoyo familiar más del 70% de pacientes indicaron que tuvieron siempre un apoyo familiar, mientras que menos del 10% indicaron que nunca tuvieron apoyo familiar.

Los estilos de vida también fueron evaluados, de ellos la mayoría de los encuestados indicaron que a veces tuvieron un estilo de vida saludable, y cerca del 20% indicaron que nunca han tenido un estilo de vida saludable.

6.2. COMPARACIÓN DE RESULTADOS CON MARCO TEÓRICO

En el presente estudio se puede observar que el mayor grupo de pacientes afectados por las disestesias se encuentra comprendido en el grupo etáreo de 51 a 60 años lo cual coincide con Buitrago y Nieto.

La mayor parte de los encuestados tuvieron acceso a los servicios de salud, lo cual coincide con García, Nieto y Cortez - Samaca al igual que la mayor parte de los pacientes tuvieron acceso a la información acerca del manejo de sus disestesias post cirugía de mama, lo cual se relaciona con Nieto y García.

Al analizar el tipo específico de disestesias, la mayor parte de los pacientes presentaron dolor, esto está relacionado a los mencionados por Gómez, Buitrago y Nieto respectivamente.

En relación al apoyo familiar más del 70% de pacientes indicaron que tuvieron siempre un apoyo familiar, lo cual coincide con Gonzalo quien indicó que el apoyo familiar fue fundamental en la mejoría de sintomatología post mastectomía.

Los estilos de vida también fueron evaluados, de ellos la mayoría de los encuestados indicaron que a veces tuvieron un estilo de vida saludable,

esto se relaciona con lo mencionado por Montero que indica que la recuperación de los pacientes se relaciona directamente con estilos de vida saludable.

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

CONCLUSIONES

- Las disestesias más frecuentes son el dolor, el ardor y la hincada en pacientes post operados de mama en el hospital NACIONAL DE ICA, 2023.
- La mayoría de pacientes post operados de mama en el hospital NACIONAL DE ICA, 2023, con disestesia a veces tuvieron estilos de vida saludable.
- Las disestesias de tipo dolorosa están presentes en pacientes post operados de mama que a veces tienen estilos de vida saludable en el hospital NACIONAL DE ICA, 2023.
- Determinar la relación entre las disestesias de tipo no dolorosa están presentes en pacientes post operados de mama que siempre tienen estilos de vida saludable en el hospital NACIONAL DE ICA, 2023.

RECOMENDACIONES

- Brindar terapia física y rehabilitación en pacientes post operados de mama y cómo afrontar las diferentes disestesias que pudieran presentar.
- Promover los estilos de vida saludable en pacientes post operados de mama a fin de reducir las disestesias que se pueden producir como secuela de dicha operación.
- Promover las capacitaciones al personal de salud a fin de brindar orientación y acompañamiento a los pacientes post operados de mama.
- Capacitar a las familias de pacientes que han sido sometidos a cirugía de mama para brindar el apoyo emocional y físico a sus familiares lo que ayudara a reducir las disestesias.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. E. Dorsalgia: actitudes de dolor y estado emocional del paciente / A. E. Barulin, N. V. Matokhina, E. Medical Scientific Journal. - 2012. - N° 4 (36). – Pág. 3.
2. Kurushina, O. V. Polineuropatía alcohólica: formas de diagnóstico y terapia. Consejo Médico. - 2019. - N° 1. - C. 58 - 63.
3. Curusa, O. Dolor de espalda y neuropatías isquémicas por compresión: estrategias para el diagnóstico, terapia y rehabilitación / O. Revista de Neurología y Psiquiatría.. - 2021. - T. 118, N° 10. - C. 122 - 127.
4. Tratamiento del dolor neuropático / NA. Veres, G. V. Zabrodets, I. D. Pash. Noticias médicas. - 2012. - N° 10. - C. 4 - 8.
5. Davydov O. S., Yakh N. [et al.] Guías clínicas para el diagnóstico y tratamiento de la Sociedad India para el Estudio del Dolor. – Texto: directo // Diario Ruso del Dolor. - 2021. - N° 4 (58). - S. 5 - 41.
6. Buitrago J. Trinita Y. Aspectos modernos del tratamiento del dolor neuropático. - Neurología. - 2014. - N° 5 (41). – C. 32 – 34.}
7. Nieto, O, E. Dolor y síndromes asténicos en polineuropatía diabética. Problemas actuales de la medicina experimental: mater. 2020. - C. 112 - 113.
8. Garcia, E. P. Dolor, trastornos respiratorios y asténicos en pacientes con enfermedad de Parkinson. Diario del Dolor. - 2021. - N° 2 (56). - C. 193 - 194.
9. Cortés-Samacá: Incidencia de síndrome de dolor postmastectomía en Colombia. **Rev. colomb. anesthesiol. vol.46 supl.1 Bogotá dez. 2021**
10. Montero, N. Dolor neuropático. El estado actual del problema / N. N. Yakhno, O. S. Davydov.. Enfermedades del cerebro - aspectos médicos y sociales, 2016. - P. 605 - 627.
11. Kedet, Yu. N. Lesiones herpéticas del sistema nervioso periférico. Conferencia (tercer mensaje). Tratamiento de la ganglioneuritis

- herpética y la neuralgia posherpética. Revista neurológica internacional. - 2015. - Nº 3 (73). – C. 68 – 75.
- 12 Gonzalo Medina-Bueno G, JaramilloSaavedra E. Factores asociados a la calidad de vida en pacientes mastectomizadas. Rev Peru Investig Salud [Internet]; 4(1). Available from: <http://revistas.unheval.edu.pe/index.php/repis/article/view/480>. 24-30 ; 2014.
- 13 Gomes B. Tratamientos para el dolor neuropático. Farmacéutico Clínico. - 2020. - Vol. 9. – Nº 12.
- 14 Cruçu, G. Una revisión del dolor neuropático: de las guías a la práctica clínic. Pain Ther. - 2020. - Nº 6 (Sup. 1). – R. 35 – 42.
15. Dolor neuropático / L. Colloca [et al.]. Nat Rev Dis Primers. - 2020. - Nº 3. - R. 17002.
16. Dolor neuropático: principios de diagnóstico y tratamiento / I. Gilron [et al.]. – Texto (visual): sin mediación // Mayo Clin Proc. - 2015. - Nº 90 (4). - R. 532 - 545.
17. Wright, ME Una actualización sobre el manejo y tratamiento farmacológico del dolor neuropático. Revista de la Academia Estadounidense de Asistentes Médicos. - 2020. - Vol. 30. – Nº 3. – R. 13
18. Arraras V. El cuestionario de Calidad de Vida para cáncer de la EORTC QLQ-C30. Psicoonc. 1(1):87-98. /16 333
19. Bayo J, Maganto V. Cáncer de mama: cuestiones más frecuentes. Madrid: Entheos; 2019. 4.
20. Bajuk L, Reich M. Calidad de Vida relacionado con la salud en mujeres uruguayas con cáncer de mama 2011. Prensa médica Latinoamericana. V(1):19- 30.

ANEXOS

ANEXO 01: INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS



Fecha:

N° FICHA: N° H.C:

VARIABLES INDEPENDIENTE

- Estilos de vida saludable
 - Nunca () A veces () Siempre ()

VARIABLE INTERVINIENTE

- Edad
- Grado de Instrucción
 - Sin Instrucción () Primaria () Secundaria () Superior ()
- Acceso a servicios de salud
 - Si () No ()
- Acceso a información
 - Si () No ()
- Apoyo Familiar
 - Nunca () A veces () Siempre ()

VARIABLE DEPENDIENTE

- Dolor ()
- Ardor ()
- Quemazón ()
- Picor ()
- Hincada ()
- Presión ()
- No definida ()

ANEXO 02: FICHA DE VALIDACIÓN DE EXPERTOS



UNIVERSIDAD
AUTÓNOMA
DE ICA

RESOLUCIÓN N° 136-2006-CONAFU

RESOLUCIÓN N° 432-2014-CONAFU

FORMATO DE VALIDEZ SUBJETIVA DE

INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS.

ESCALA DE OPINIÓN DEL EXPERTO

APRECIACIÓN DEL EXPERTO SOBRE EL INSTRUMENTO DE MEDICIÓN

Nº	ASPECTOS A CONSIDERAR	SI	NO
1	El instrumento tiene estructura lógica.		
2	la secuencia de presentación de ítems es óptima		
3	El grado de dificultad o complejidad de los ítems.		
4	Los términos utilizados en las preguntas son claros y comprensibles.		
5	Los reactivos reflejan el problema de investigación.		
6	El instrumento abarca en su totalidad el problema de investigación.		
7	Los ítems permiten medir el problema de investigación.		
8	Los reactivos permiten recoger información para alcanzar los objetivos de la investigación.		
9	El instrumento abarca las variables, sub variables e indicadores.		
10	Los ítems permiten contrastar la hipótesis.		

FECHA: / /

NOMBRE Y APELLIDOS

FIRMA DEL EXPERTO

REPORTE DE TURNITIN

ALTERACIONES SENSITIVAS Y MODO DE VIDA EN PACIENTES POS MASECTOMIA EN EL HOSPITAL NACIONAL DE ICA, 2023

INFORME DE ORIGINALIDAD



FUENTES PRIMARIAS

1	repositorio.autonomadeica.edu.pe Fuente de Internet	6%
2	repositorio.upsjb.edu.pe Fuente de Internet	2%
3	idoc.pub Fuente de Internet	1%
4	aprenderly.com Fuente de Internet	1%
5	epdf.pub Fuente de Internet	1%
6	zagan.unizar.es Fuente de Internet	1%

Excluir citas

Apagado

Excluir coincidencias < 1%

Excluir bibliografía

Activo