



Facultad de Ciencias Médicas



Universidad Nacional de Cuyo

Escuela de Enfermería
Ciclo Licenciatura en Enfermería
Sede General Alvear-Mendoza

INVESTIGACIÓN

Trabajo final

Tema: Prevención de cáncer de mama.

Autores: Palacio, María Alejandra

Riesco, Sergio Pedro

General Alvear, Septiembre, 2011

Esta Investigación es propiedad de la Escuela de Enfermería dependiente de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de Cuyo, y la misma no podrá ser publicada en toda, en parte o resumirse sin el consentimiento escrito de la Dirección de la Escuela y/o autores del trabajo.

Investigación: Aprobada

Integrantes del Tribunal Examinador:

.....

.....

.....

Mendoza,.....de.....de 20

Prólogo

General Alvear se encuentra ubicado a 390 kilómetros de la capital de Mendoza con una población de 46.000 mil habitantes, los cuales se distribuyen en distritos, parajes y ciudad.

La distancia y accesibilidad a los servicios de salud son grandes y nos lleva a pensar como mejorar e incrementar los conocimientos a mujeres que concurren al consultorio externos de ginecología del Hospital Enfermeros Argentinos.

Se realizó una encuesta abierta que nos reveló la poca información que reciben dichas pacientes en la consulta de parte profesional de enfermería sobre la prevención del cáncer de mama.

Este trabajo se realizó en el primer trimestre del año 2011, con una encuesta formal con preguntas abiertas para obtener datos sobre antecedentes personales, conocimientos y estilo de vida de las pacientes, obteniendo una gran información que nos lleva a replantear el rol de la enfermera como educadora en una sociedad donde la exclusión no se permite, sino que se trata en forma conjunta con diferentes instituciones y profesionales que llevan adelante la prevención mediante información oportuna y tratamiento precoz.

Creemos que el desconocimiento de dicha población se debe a varios factores, como son: el miedo que genera la palabra "cáncer", por lo cual muchas mujeres no acuden a consultas, controles, ni se realizan el autoexamen mamario.

Otro de los factores influyentes son la situación económica y social en la que viven estas mujeres, ya que en muchas oportunidades por costos y distancias, no pueden acudir al hospital.

Otro problema detectado es que el personal de enfermería de consultorios externos no proporciona la información necesaria sobre la prevención de esta enfermedad a dicha población, siendo un alto porcentaje de este tipo de cáncer curable si se detecta tempranamente, muchas veces con un método tan sencillo como es el autoexamen.

Realizando un estudio en terreno pretendemos aumentar las consultas y controles a tiempo, lo que se vería reflejado a largo plazo en una reducción de la mortalidad y una mejor calidad de vida para las pacientes rehabilitadas.

Para lograr esto consideramos fundamental el rol docente de la enfermera promoviendo la salud, fomentando actitudes preventivas y siendo un nexo entre la institución de salud, el individuo, la familia y la comunidad.

Agradecimientos

Queremos agradecer a Dios, fuente infinita de bondad y compañía que nos ayuda a superar todos los obstáculos.

A nuestras familias por su apoyo incondicional.

A nuestros compañeros por su ayuda e incentivo.

A todos los profesores que nos han enseñado y ayudado en el transcurso de nuestra carrera, y muy especialmente a las licenciadas María Rosa Reyes y Beatriz Montoya, sin cuya guía y aliento nos hubiera resultado imposible poder finalizar este trabajo.

Índice general

Introducción	1
Capítulo I.	3
Tema.	4
Descripción del problema.	4
Formulación del problema	5
Objetivo general	5
Objetivos específicos.	5
Justificación.	6
Marco teórico.	8
Historia	9
Etimología	10
Anatomía patológica	11
Epidemiología	12
Factores de riesgo	13
Factores protectores	14
Signos y síntomas	14
Exámen físico	15
Diagnóstico	16
Autoexploración	16
Exploración clínica	16
Estadificación	20
Pronóstico	25
Tratamiento	26
Tratamiento psicológico	30
Rehabilitación	30
Rol fundamental de enfermería	31
Rol de enfermería en capacitación preventiva	32
Capítulo II	35
Diseño metodológico	36
Variables de estudio	38
Operacionalización de las variables	39
Capítulo III	40
Conclusión	54
Recomendaciones	56
Bibliografía	58
Anexos	60

Índice de tablas y gráficos

Tabla N° 1: Distribución de pacientes por edad	41
Gráfico N° 1: Porcentajes de edades de pacientes	41
Tabla N° 2: Distribución de pacientes por estado civil	42
Gráfico N° 2: Porcentajes de estado civil de las pacientes.	42
Tabla N° 3: Distribución de pacientes por cantidad de hijos	43
Gráfico N° 3: Porcentajes por cantidad de hijos de las pacientes	43
Tabla N° 4: Distribución de pacientes por escolaridad	44
Gráfico N° 4: Porcentajes por escolaridad de las pacientes	44
Tabla N° 5: Distribución de pacientes por antecedentes familiares de cáncer	45
Gráfico N° 5: Porcentajes de antecedentes familiares de cáncer de las pacientes	45
Tabla N° 6: Distribución de pacientes por conocimientos sobre cáncer	46
Gráfico N° 6: Porcentajes de conocimientos sobre cáncer de las pacientes	46
Tabla N° 7: Distribución de pacientes por frecuencia de autoexamen mamario.	47
Gráfico N° 7: Porcentajes de frecuencia con que realizan el autoexamen mamario	47
Tabla N° 8: Distribución de pacientes por información recibida en consulta	48
Gráfico N° 8: Porcentajes sobre información preventiva que reciben las ptes	48
Tabla N° 9: Distribución del personal que brinda información preventiva	49
Gráfico N° 9: Porcentajes de personal sanitario que brinda información a las ptes	49
Tabla N° 10: Distribución según hábito de fumar de las pacientes	50
Gráfico N° 10: Porcentajes sobre hábito de fumar de las pacientes.	50
Tabla N° 11: Distribución de las pacientes según hábito de beber alcohol	51
Gráfico N° 11: Porcentajes sobre hábito de beber alcohol de las pacientes	51
Tabla N° 12: Distribución de pacientes según hábitos alimentarios	52
Gráfico N° 12: Porcentajes sobre hábitos alimentarios de las pacientes	52
Tabla N° 13: Distribución de las pacientes según ingreso económico	53
Gráfico N° 13: Porcentajes de ingreso económico del grupo familiar	53



Introducción

El cáncer de mama es una enfermedad tumoral maligna de fácil diagnóstico y por consiguiente de un tratamiento precoz y adecuado, obteniéndose de esta manera excelentes resultados incluso cosméticos, con una sobrevida larga y libre de enfermedad. Sin embargo, en nuestro país y en nuestro medio más específicamente, la realidad es otra.¹

Supone el 18.2% de las muertes por cáncer en la mujer y la primera causa de muerte en mujeres entre 40 y 55 años. Su incidencia está en aumento sobre todo en los países desarrollados.

A pesar de que aumenta la incidencia la tasa de mortalidad ha disminuido en los últimos años, estos beneficios se atribuyen a los programas de detección precoz y a los avances en el tratamiento sistémico.

Las pacientes en la mayoría de los casos acuden a la primera consulta con enfermedad avanzada, es decir, inoperable inicialmente, lo cual hace que su tratamiento sea más complicado y caro, obteniéndose sobrevidas cortas y con enfermedad evolutiva, siendo ésta una situación muy dolorosa para la paciente, su familia, y las instituciones de salud.

Todo esto es consecuencia fundamentalmente de una deficiente educación sanitaria de nuestra población en general, lo cual creemos es responsabilidad en gran parte del personal de sanitario y de las instituciones de salud del país.

Es por esta razón, que es de gran valor el inculcar a todos los miembros que integramos el campo de la enfermería los conocimientos básicos y fundamentales de esta enfermedad para que en su debida oportunidad sepan aplicarlos y así poder revertir este sombrío panorama, que es una realidad palpable en la actualidad.

Los criterios modernos sobre el tratamiento de cualquier enfermedad maligna, hacen que se obtengan los mejores resultados de la conjunción de



los diversos tipos de terapia, sean éstos los quirúrgicos, quimioterápicos o de radioterapia, y no del aporte de uno solo de ellos, requiriéndose en muchas oportunidades del auxilio de cualquier otro tipo de especialista que la paciente pudiera requerir en el transcurso de su tratamiento.

Es así que ahora, en el tratamiento multidisciplinario del cáncer de mama se necesita del concurso de diferentes especialistas que traten en forma integral esta patología para así obtener los mejores resultados.

El trabajo pretende abordar esta temática, y destacar la importancia que reviste la información a la que pueden acceder las mujeres sobre medidas preventivas, donde el rol de enfermería es fundamental.



Capítulo I



Capítulo I

Tema: Prevención de cáncer de mama.

Descripción del problema:

Actualmente en el Hospital "Enfermeros Argentinos" de Gral. Alvear, Mendoza, hemos notado un alto grado de desconocimiento sobre prevención de cáncer de mama en las pacientes que acuden a los consultorios externos de ginecología.

Estos consultorios reciben consultas de un promedio anual de 3000 mujeres, siendo éste un número importante de pacientes a las cuales hacerles llegar información y educación.

Creemos que este desconocimiento se debe a varios factores, uno de ellos es el miedo que genera la palabra "cáncer", por lo cual muchas mujeres no acuden a consultas, controles, ni se realizan el autoexamen mamario.

También encontramos otros factores influyentes como son la situación económica y social en la que viven muchas de estas pacientes, ya que en muchas oportunidades por costos y distancias, no pueden acudir al hospital.

Otro problema detectado es que el personal de enfermería de dichos consultorios no proporciona la información necesaria sobre la prevención de esta enfermedad a las mujeres que acuden a las consultas, esto se debe a que el personal sanitario no posee programas de capacitación para poder remediar este problema; siendo un alto porcentaje de este tipo de cáncer curable si se detecta tempranamente, muchas veces con un método tan sencillo como es el autoexamen.

Intentaremos realizar un estudio en terreno para aumentar las consultas y controles a tiempo, lo que se vería reflejado a largo plazo en una reducción de la mortalidad, una mejor calidad de vida para las pacientes rehabilitadas y una disminución de los gastos de tratamiento en etapas avanzadas.



Formulación del problema:

¿Qué conocimientos sobre prevención de cáncer de mama y estilos de vida poseen las mujeres que concurren a consultorios externos de ginecología del hospital Enfermeros Argentinos de General Alvear, Mendoza, en el período de Enero, Febrero y Marzo del año 2011?

Objetivo General

Establecer que información poseen las mujeres que concurren a consulta ginecológica en el Hospital Enfermeros Argentinos de General Alvear, sobre prevención y detección precoz del cáncer de mama, y sus estilos de vida en Mendoza, 2011.

Objetivos específicos

- Describir el tipo de conocimiento que poseen las mujeres sobre prevención del cáncer de mama.
- Indicar si las pacientes reciben información sobre el tema.
- Identificar los estilos de vida que poseen las pacientes.



Justificación

En el año 2002 el programa GLOBOCAN de la O.M.S. estimó que existen 10.9 millones de nuevos casos de cáncer, que 6.7 millones de personas murieron por esta causa y que 22.4 millones viven con esta enfermedad.²

Si se mantienen estas tasas dado el crecimiento y el envejecimiento de la población mundial se estiman para el año 2020 15 millones de nuevos casos y 10 millones de fallecimientos.

Según la O.M.S. el cáncer de mama representa el 22.7% del total de todos los cánceres diagnosticados en mujeres a nivel mundial.

El cáncer de mama es la segunda neoplasia maligna más frecuente en las mujeres después del cáncer cervicouterino.

El diagnóstico de cáncer presenta un aumento progresivo y se observa un mayor número de casos en mujeres de edad más avanzada.

Este padecimiento se ha convertido en un verdadero problema social si se considera que esta neoplasia maligna puede detectarse y tratarse de forma oportuna.

Actualmente en el Hospital Enfermeros Argentinos es notorio un alto grado de desconocimiento sobre prevención y factores de riesgo del cáncer mamario.

Esta afirmación surge de manera informal en los consultorios externos de ginecología de dicho hospital.

En muchas oportunidades se observa el temor que poseen muchas mujeres hacia la palabra cáncer, lo que las lleva a negar una realidad que va en aumento y por tal razón no concurren a consultas y controles pertinentes, ni se realizan el autoexamen mamario.

También debemos tener en cuenta la realidad social en la que se encuentran inmersas estas pacientes, ya que un gran número son de clase



social media baja y de zonas rurales, lo que les impide por costos y distancia realizarse controles periódicos o asistir a charlas informativas sobre prevención; es por esta razón que hemos enfocado nuestra atención en estudiar a esta población de mujeres.

Realizaremos un estudio en terreno con una encuesta abierta con la que intentaremos establecer el conocimiento que poseen estas mujeres sobre prevención de cáncer de mama.

También procuraremos establecer, en caso de que estas pacientes tengan información, de dónde la han obtenido, centrando nuestra atención en el rol de la enfermera como medio de transmisión de conocimientos.

Teniendo en cuenta que el cáncer de mama se perfila como una amenaza latente a causa del aumento de la esperanza de vida, menor práctica de la lactancia, disminución de la fertilidad y la escasa eficiencia y eficacia de los programas de detección oportuna, es nuestra intención fomentar con este estudio educación preventiva para la asistencia de mujeres de diferentes edades a consultas y controles periódicos, como así también remarcar la importancia del autoexamen mamario, lo que se vería reflejado a largo plazo en una reducción de la mortalidad de las pacientes por medio del diagnóstico precoz y tratamiento oportuno, una disminución de los gastos de tratamiento y una mejor calidad de vida para las pacientes rehabilitadas.



Marco Teórico

Sabemos que el cáncer de mama es una de las enfermedades más recurrentes en las mujeres, y que la necesidad de prevenirlo es vital para poder evitarlo y curarlo a tiempo. Además, es básico saber que entre los factores de riesgo están los antecedentes de la paciente, su edad, el momento en el que tuvo su primera menstruación, entre otros.

En el Hospital "Enfermeros Argentinos" de Gral. Alvear, Mendoza hemos notado un alto grado de desconocimiento en las pacientes que acuden a los consultorios externos de ginecología sobre la prevención del cáncer de mama, estadísticamente acuden a dicho consultorio mas de 3000 mujeres al año éstos datos son aportados por el servicio de estadística de dicho hospital.

Creemos que este desconocimiento de dicha población se debe a varios factores, como son: el miedo que genera la palabra "cáncer", por lo cual muchas mujeres no acuden a consultas, controles, ni se realizan el autoexamen mamario.

Otro de los factores influyentes son la situación económica y social en la que viven estas mujeres, ya que en muchas oportunidades por costos y distancias, no pueden acudir al hospital, la mayor parte e esta población pertenecen a distritos de veinte kilómetros y más de distancia.

Otro problema detectado es que el personal de enfermería de dichos consultorios no proporciona la información necesaria sobre la prevención de esta enfermedad a la población citada, ya que no existe ningún programa de capacitación de personal de consultorio externo y es la intención de este estudio recaudar la mayor cantidad de datos con una encuesta abierta para establecer prioridades, siendo un alto porcentaje de este tipo de cáncer curable si se detecta tempranamente, muchas veces con un método tan sencillo como el autoexamen.

Es nuestra intención lograr un aumento de las consultas y controles a tiempo, lo que se vería reflejado a largo plazo en una reducción de la



mortalidad, una mejor calidad de vida para las pacientes rehabilitadas y una disminución de los gastos de tratamiento en etapas avanzadas.

Historia

El cáncer de mama es el crecimiento desenfrenado de células malignas en el tejido mamario.³

Es uno de los cánceres tumorales que se conoce desde antiguas épocas. La descripción más antigua del cáncer (aunque sin utilizar el término "cáncer") proviene de Egipto, del 1600 a.C. aproximadamente.

El papiro Edwin Smith describe 8 casos de tumores o úlceras del cáncer que fueron tratados con cauterización, con una herramienta llamada "la orquilla de fuego". El escrito dice sobre la enfermedad: "no existe tratamiento" cuando el tumor es sangrante, duro e infiltrante. A lo mínimo un caso descrito es de un hombre.

Más recientemente Hipócrates describe varios casos y apunta que las pacientes con el cáncer extendido y profundo no deben ser tratadas pues viven por más tiempo.

Por siglos los médicos han descrito casos similares, todos teniendo una triste conclusión.

No fue sino hasta que la ciencia médica logró mayor entendimiento del sistema circulatorio en el siglo XVII que se lograron felices avances. En este siglo se pudo determinar la relación entre el cáncer de mama y los nódulos linfáticos axilares.

El cirujano francés Jean Louis Petit (1674-1750) y posteriormente el cirujano Benjamin Bell (1749-1806) fueron los primeros en remover los nódulos linfáticos, el tejido mamario y los músculos pectorales, abriendo el camino a la mastectomía moderna.⁴



Bell es el autor de la obra más importante en esta materia de su época: "Tratado de las enfermedades del seno y de la región mamaria".

Su senda de comprensión y avance fue seguida por William Stewart Halsted que inventó la operación conocida como "mastectomía radical de Halsted", procedimiento que ha sido popular hasta los últimos años de la década del setenta.

Etimología

En medicina el cáncer de mama se conoce con el nombre de carcinoma de mama.

Existen dos tipos principales de cáncer de mama, el carcinoma ductal, el cual es el más frecuente, ocurriendo en un 90% de los casos; y el carcinoma lobulillar, que se da en el 10% de los casos restantes.

El carcinoma ductal es una neoplasia maligna que tiene su origen en la proliferación acelerada e incontrolada de células que tapizan el interior de los conductos que durante la lactancia, llevan la leche desde los acinos glandulares, donde se produce, hasta los conductos galactóforos, situados detrás de la areola y el pezón, donde se acumula en espera de salir al exterior.

En el caso del carcinoma lobulillar, el cáncer tiene su origen en los propios acinos glandulares.

El carcinoma ductal puede extenderse por el interior de la luz ductal e invadir el interior de los acinos, en lo que se conoce como fenómeno de cancerización lobular.

El nombre carcinoma hace referencia a la naturaleza epitelial de las células que se convierten en malignas.

En realidad, en sentido estricto, los llamados carcinomas de mama son adenocarcinomas, ya que derivan de células de estirpe glandular (de



glándulas de secreción externa). Sin embargo, las glándulas de secreción externa derivan de células de estirpe epitelial, de manera que el nombre de carcinoma que se aplica a estos tumores suele aceptarse como correcto aunque no sea exacto. En casos verdaderamente raros hay cánceres escamosos de mama que podrían ser llamados más precisamente carcinomas.

Estos tumores escamosos, verdaderos carcinomas estrictos, son consecuencia de la metaplasia de células de origen glandular.

Existen tumores malignos de mama que no son de estirpe glandular ni epitelial. Estos tumores, poco frecuentes, reciben otros nombres genéricos diferentes. Los sarcomas son producto de la transformación maligna de células del tejido conectivo de la mama.

Los linfomas derivan de los linfocitos, un tipo de glóbulos blancos que procede de los ganglios linfáticos.

En general, los linfomas no son tumores raros, pero es raro que un linfoma tenga su lugar de origen en una mama y no en otras regiones del organismo.

Anatomía patológica

La mayoría de los cánceres de mama derivan del epitelio de revestimiento de los ductos o lobulillos.

Las células cancerígenas derivadas de otros tejidos se consideran infrecuentes en el cáncer de mama.⁵

El término “Carcinoma in situ” se refiere al tipo de cáncer que se encuentra confinado en la luz de los ductos o de los lobulillos glandulares, sin invadir los tejidos vecinos.



Por su parte, el carcinoma invasivo prolifera en demasía hasta romper la llamada membrana basal y se extiende infiltrando los tejidos que rodean a los ductos y lobulillos mamarios, penetrando así el tejido circundante.

Las células que se dividen más rápidamente tienen un peor pronóstico. Una forma de medir el crecimiento de células de un tumor es con la presencia de la proteína Ki67, que indica en que fase de desarrollo se encuentra la célula y la susceptibilidad a ciertos tratamientos.

Existen dos tipos histológicos principales del cáncer de mama.

El carcinoma **ductal** que comienza en los conductos que llevan leche desde la mama hasta al pezón. La mayoría de los cánceres de mama son de este tipo. El carcinoma **lobulillar** comienza en partes de las mamas, llamadas lobulillos, que producen leche.

Epidemiología

El cáncer de mama es la neoplasia maligna más frecuente en la mujer occidental y la principal causa de muerte por cáncer en la mujer en Europa, Estados Unidos, Australia y algunos países de América Latina.⁶

El cáncer mamario representa 31% de todos los cánceres de la mujer en el mundo. Aproximadamente 43% de todos los casos registrados en el mundo en 1997 corresponden a los países en vías de desarrollo. La incidencia está aumentando en América Latina y en otras regiones donde el riesgo es intermedio (Uruguay, Canadá, Brasil, Argentina, Puerto Rico y Colombia) y bajo (Ecuador, Costa Rica y Perú).⁷

Con base en un análisis estadístico del año más reciente para el cual existen datos en cada país, son cinco los países donde la mortalidad anual por cada 10.000 mujeres es mayor: Uruguay (46,4), Trinidad y Tobago (37,2), Canadá (35,1), Argentina (35,2) y Estados Unidos (34,9).



Factores de riesgo

Los **factores de riesgo** más importantes para el cáncer de mama son el sexo femenino y la edad. Es importante señalar que la mayoría de las mujeres que lo sufren no tienen factores de riesgo identificables.

Factores de riesgo asociados:⁸

- **Historia familiar:** Los familiares en primer grado con cáncer de mama triplican las posibilidades de padecer el mismo cáncer, sobre todo si se ha diagnosticado en edad premenopáusica; la presencia de cáncer de mama en familiares de 2º grado también aumenta el riesgo.

- Aproximadamente el 8% de todo los casos de cáncer de mama son **hereditarios**. La mitad de los casos se atribuyen a la mutación en dos genes de susceptibilidad de cáncer de mama: el BRCA1 y BRCA2. Se presenta con más frecuencia en mujeres premenopáusicas y de manera preferentemente bilateral.

- **Historia personal:** Las enfermedades benignas de la mama como las lesiones proliferativas no atípicas, la hiperplasia atípica, el carcinoma de mama previo, ya sea infiltrante o *in situ*, y el carcinoma de endometrio son también factores de riesgo.

- Las variaciones internacionales en el cáncer de mama parece que se correlacionan con variaciones en la **dieta**, especialmente el consumo de alcohol y grasas. Se está estudiando la posible asociación con: exposición química, radioterapia, consumo de alcohol, obesidad e inactividad física.

- El riesgo de cáncer de mama está en relación con el estímulo estrogénico y un mayor número de ciclos ovulatorios, por tanto la menarquia precoz (antes de los 12 años), la menopausia tardía (después de los 55) y la nuliparidad o un menor número de embarazos aumentarían el riesgo de cáncer de mama.

- **El uso de estrógenos** o de combinaciones de estrógenos y progestágenos durante más de 5 años se considera factor de riesgo.



Factores protectores: multiparidad, primer embarazo precoz (antes de los 30 años), lactación, ovariectomía premenopáusica, ejercicio físico en mujeres jóvenes, consumo de frutas y vegetales y los tratamientos con tamoxifeno y raloxifeno.

Debe sin embargo hacerse énfasis que mujeres que no tienen ningún factor de riesgo conocido pueden desarrollar cáncer de mama, por lo que la ausencia de factores de riesgo no debe causar una falsa sensación de seguridad.

Signos y síntomas

Para valorar de manera adecuada los síntomas y signos en relación con la mama conviene tener en cuenta: edad, factores de riesgo, oscilaciones temporales, bilateralidad, exámenes previos, desencadenantes y otros síntomas.⁹

Masa palpable o engrosamiento unilateral: La posibilidad de que una masa palpable en la mama sea maligna está en relación con mayor edad, postmenopausia y con las siguientes características en el examen físico: consistencia firme, aspecto sólido, bordes irregulares, escaso desplazamiento sobre la piel, la región costal o los tejidos que le rodean, unilateral, no dolorosa y la presencia de adenopatías axilares. Sin embargo, aún en ausencia de estos factores un 10% pueden ser malignas, algunas veces una zona de engrosamiento que no llega a masa puede ser cáncer. La coexistencia de masa y adenopatía axilar palpable debe considerarse cáncer mientras no se demuestre lo contrario. El 90% de las masas suelen ser lesiones benignas. Las masas de superficie lisa y consistencia elástica están asociadas a fibroadenoma en mujeres entre 20-30 años y a quistes en las mujeres de 30 a 40. La exploración a realizar ante esta situación es una mamografía si hay antecedentes de cáncer de mama y una ecografía sobre todo si existe dolor.



Secreción por el pezón: siempre se debe estudiar. Hay mayor riesgo de lesión maligna en el caso de que la secreción contenga restos hemáticos y esté asociado a masa. La citología del líquido expulsado sólo puede ser tenida en cuenta si es positiva. Está indicado realizar mamografía y galactografía en el caso de que el exudado se presente en un solo conducto. La presencia de secreción lechosa bilateral orienta a causa endocrinológica se ha de realizar el diagnóstico diferencial de galactorrea.

Dolor: es uno de los motivos de consulta mas frecuente. En ausencia de masa otros síntomas de sospecha suele ser debida a tensión premenstrual, dolor condrocostal y a otras causas. Está asociado con mayor frecuencia a cambios fibroquísticos en la mama premenopáusica.

Síntomas cutáneos: la enfermedad de Paget afecta al pezón y areola de forma unilateral, clínicamente muy similar a la dermatitis crónica eccematosa se asocia a un carcinoma mamario intraductal subyacente.

La **retracción del pezón** o de la piel de presentación reciente se debe evaluar cuidadosamente. Los fenómenos inflamatorios del tipo de eritema, induración, aumento de temperatura y dolor pueden ser indicativos de un tumor inflamatorio de mal pronóstico. En ocasiones un tumor evolucionado puede dar lugar a un cáncer ulcerado.

Exámen físico

1. **Inspección paciente sentada:** en cuatro posiciones: brazos en relajación; brazos hacia atrás; hombros elevados para lograr contracción de pectorales y con la paciente inclinada hacia delante. Se valoran asimetrías, retracciones del pezón y alteraciones cutáneas. En la misma posición de realiza la palpación de las regiones supra e infraclaviculares y de axilas. Y palpación suave de la mama.

2. La **palpación mamaria** debe realizarse con la paciente en decúbito supino y con el brazo homolateral en extensión por encima de la cabeza. Haremos la palpación con las superficies palmares de los dedos, siguiendo



un trayecto radial desde el pezón hasta la periferia y explorando todo el perímetro mamario en una trayectoria circular. Debe prestarse especial atención a la cola axilar de la mama y al surco submamario.

3. Finalmente realizaremos una **tracción suave** de ambos pezones.

Diagnóstico

Autoexploración: la sensibilidad de la autoexploración varía en relación con el nivel de adiestramiento y del tiempo que se le dedica. Las mujeres deben conocer su técnica y mantener una buena relación con el sistema sanitario.

Exploración clínica: la exploración clínica, incluyendo inspección y palpación tiene una especificidad de 90%, sin embargo muchos cánceres podrían pasar inadvertidos al tener una sensibilidad entre el 40 y el 70%. Es útil con el complemento de la mamografía para aquellas lesiones sin calcificaciones, imperceptibles para el estudio radiológico o para detectar los tumores que aparecen en el intervalo entre mamografías. El valor predictivo positivo oscila entre el 4 y el 50%. En esta línea algunos autores propugnan, en función de costes y de eficacia, replantearse la exploración física como método efectivo para reducir la mortalidad. Muchas sociedades científicas mantienen la recomendación de realizar exploración clínica periódica, además de la mamografía, al menos entre los 50 y los 69 años.

Mamografía: La extensión del uso de la mamografía ha sido eficaz, ya que ha reducido la tasa de mortalidad del cáncer de mama hasta un 30%.¹⁰ La mamografía es el mejor método de cribado de lesiones tempranas disponible. La tasa de supervivencia para las mujeres con cáncer de mama se incrementa drásticamente cuando se diagnostica en una etapa temprana, detectado precozmente tiene una sobrevida a los 10 años que alcanza hasta un 98%. Desafortunadamente, sólo el 60% de los cánceres se diagnostican en una fase localizada. De manera que la mamografía regular debe ir



acompañada de un examen físico regular de mama para mejorar ese porcentaje.¹¹

Se recomienda la mamografía cada año para las mujeres asintomáticas mayores de 40 años.

Se le conoce como mamografía de detección, despistaje o “screening” y utiliza un protocolo de dos proyecciones, por lo general una de ellas en dirección oblicua lateral medial y la proyección craneocaudal, es decir, de arriba abajo. La mamografía en mujeres sintomáticas o en aquellas con factores de riesgo elevados se le conoce como mamografía de diagnóstico y por lo general utilizan más de dos proyecciones por imagen.¹²

El pesquisaje en mujeres de 50 a 75 años de edad disminuye significativamente la tasa de mortalidad por cáncer de mama. El cribado en mujeres entre 40 y 49 años es controvertido, debido a una menor incidencia de la enfermedad en este grupo de edad y a que las mamas son más densas lo cual disminuye la sensibilidad de la mamografía. Varios estudios muestran una reducción significativa en las tasas de mortalidad en mujeres de esta franja de edad que recibieron mamografías, mientras que otros trabajos no demostraron beneficios en este grupo etario.¹³

Existe la posibilidad de obtener falsos positivos con las mamografías. Las mujeres en edades comprendidas entre 40 y 69 años tienen una probabilidad del 30% de falsos positivos en su mamografía durante un periodo de 10 años. Estos falsos positivos conllevan a exámenes complementarios, seguimiento y biopsias, aumento de los costos e innecesaria ansiedad, cuyas consecuencias psicológicas pueden persistir incluso después de un resultado final benigno. La frecuencia de falsos positivos es mayor para las mujeres más jóvenes debido a que la mayoría de las masas en sus seno suelen ser benignos.

Existe el debate de si la mamografía digital se debe utilizar para el cribado, los estudios comparativos entre la mamografía digital y la convencional



ofrece resultados similares a excepción de una mayor sensibilidad de la mamografía digital para detectar cáncer en mujeres menores de 50 años con mamas densas.¹⁴

Para el grupo de edad de entre 40 y 49, no hay estudios suficientemente concluyentes sobre la eficacia de la mamografía como método de cribado, las características de la mama, la menor incidencia y el carácter agresivo de los cánceres en edades más jóvenes hacen que el beneficio sea menor. Hay acuerdo para indicar su realización en grupos de riesgo a partir de los 40 años con una periodicidad anual. En el caso de riesgo genético documentado se recomienda realización anual de mamografía a partir de los 25 años.

La mamografía se debe realizar a las mujeres con signos o síntomas de cáncer de mama. Es muy importante recordar que el 10-15 % de todos los cánceres de mama no se detectan con una mamografía motivo por el que es necesario realizar un examen clínico cuidadoso. Una masa palpable que no se ve en la mamografía debe completar su estudio diagnóstico con ultrasonidos y biopsia con aguja. Los signos sospechosos de malignidad en la mamografía son las lesiones espiculadas con aumento de densidad, las lesiones de bordes mal definidos, las microcalcificaciones y la distorsión de la estructura de la mama.

No está indicado realizar mamografía en mujeres menores de 35 años a menos de que exista una sospecha clínica firme de carcinoma.

Ultrasonidos: la ecografía es útil para diferenciar entre masas mamarias sólidas y quísticas, o cuando una masa palpable no es vista en la mamografía, sobre todo en el caso de mujeres jóvenes con tejido mamario denso. Los ultrasonidos son además útiles para detectar adenopatías axilares. No es eficaz como método de cribado. Es útil para el estudio de las mamas en mujeres menores de 35 años. Si la ecografía muestra un quiste simple (paredes finas, contenido libre de ecos y claro refuerzo acústico posterior), no es necesaria realizar ninguna otra prueba. Las lesiones ecográficamente complejas con componente sólido no deben



ser puncionadas, dado que podrían hacerse no palpables al colapsarse, requieren biopsia. Los quistes simples dolorosos pueden ser aspirados para aliviar el dolor.¹⁵

Resonancia magnética nuclear (RMN): se debe tener en cuenta para situaciones clínicas específicas en las que otras pruebas de imagen no son concluyentes. Por ejemplo el estudio de las mamas en pacientes con implantes en donde la ecografía no ha sido diagnóstica. También se usa en pacientes con adenopatías metastáticos sin identificación del tumor primario. O para el seguimiento de pacientes con alto riesgo de enfermedad bilateral como son las portadoras de las mutaciones BRCA 1/2.¹⁶

Biopsia: Los procedimientos para la confirmación patológica de lesiones sospechosas de cáncer de mama que se usan en la actualidad son: punción aspiración con aguja fina (PAAF), core biopsia (BAG) y la biopsia escisional. La PAAF tiene una sensibilidad del 87%, es un procedimiento sencillo, barato y rápido, requiere de un citólogo experimentado, no permite distinguir un carcinoma in situ de un infiltrante. El porcentaje de falsos negativos oscila entre el 4 y el 10% y de muestras insuficientes entre el 4 y el 13%. La BAG y la biopsia escisional son procedimientos más complejos, incluyen un examen histopatológico de la lesión que se puede examinar con más facilidad sin el riesgo de muestra insuficiente ni de negativo falso.

Las anomalías en la mama se deben evaluar mediante exploración clínica, pruebas de imagen y toma de muestra de la lesión para estudio citológico o histológico, son pruebas que realizadas por separado conllevan una tasa alta de error, la realización de todas ellas, denominada triple evaluación, está demostrado que proporciona mayor seguridad en el diagnóstico.



Estadificación

Después de que se diagnostica el cáncer de mama, se realizan pruebas para determinar si las células cancerosas se diseminaron dentro de la mama o hasta otras partes del cuerpo.¹⁷

El proceso usado para determinar si el cáncer se diseminó dentro de la mama o hasta otras partes del cuerpo se llama estadificación.

La información reunida en el proceso de estadificación determina el estadio de la enfermedad.

Es importante conocer el estadio de la enfermedad a fin de planificar el tratamiento.

El sistema de estadificación TNM para el cáncer de mama se basa en el tamaño del tumor (T), si el tumor se ha diseminado a los ganglios linfáticos (N), en las axilas o aún no se ha diseminado, y si el tumor se ha metastatizado (M) (es decir, si se ha propagado a una región más distante del cuerpo).

Para el proceso de estadificación, se pueden utilizar las pruebas y procedimientos siguientes:

- **Radiografía de tórax:** radiografía de los órganos y huesos del interior del tórax. Un rayo X es un tipo de haz de energía que puede atravesar el cuerpo y plasmarse en una película que muestra una imagen de áreas del interior del cuerpo.
- **Exploración por TAC:** procedimiento mediante el cual se toma una serie de imágenes detalladas del interior del cuerpo, desde ángulos diferentes. Las imágenes son creadas por una computadora conectada a una máquina de rayos X. Se inyecta un tinte en una vena o se ingiere, a fin de que los órganos o los tejidos se destaquen de forma más clara. Este procedimiento también se llama tomografía computada, tomografía computarizada o tomografía axial computarizada.



- **Exploración ósea:** procedimiento que se utiliza para verificar si hay células en los huesos que se multiplican rápidamente, como las células cancerosas. Se inyecta una cantidad muy pequeña de material radiactivo en una vena y este recorre todo el torrente sanguíneo. Cuando el material radiactivo se acumula en los huesos, se puede detectar con un gammógrafo.
- **Exploración con TEP:** (exploración con tomografía por emisión de positrones) procedimiento para encontrar células de tumores malignos en el cuerpo. Se inyecta en una vena una cantidad pequeña de glucosa (azúcar) radiactiva. El explorador por TEP rota alrededor del cuerpo y toma una imagen de los lugares del cuerpo que absorben la glucosa. Las células de tumores malignos tienen aspecto más brillante en la imagen porque son más activas y absorben más glucosa que las células normales.

El cáncer se disemina en el cuerpo de tres maneras:

- **A través del tejido:** el cáncer invade el tejido normal que lo rodea.
- **A través del sistema linfático:** el cáncer invade el sistema linfático y circula por los vasos linfáticos hasta otros lugares en el cuerpo.
- **A través de la sangre:** el cáncer invade las venas y los capilares, y circula por la sangre hasta otros lugares en el cuerpo.

Cuando las células cancerosas se separan del tumor primario (original) y circulan a través de la linfa o la sangre hasta otros lugares del cuerpo, se puede formar otro tumor (secundario). Este proceso se llama metástasis.

El tumor secundario (metastásico) es el mismo tipo de cáncer que el tumor primario. Por ejemplo, si el cáncer de mama se disemina hasta los huesos, las células cancerosas de los huesos son en realidad células de cáncer de mama. La enfermedad es cáncer metastásico de mama, no cáncer del hueso.

Para el cáncer de mama se usan los siguientes estadios:

Estadio 0 (carcinoma in situ)

Hay dos tipos de carcinoma de mama in situ:

- **Carcinoma ductal in situ (CDIS)**: afección no invasora en la que se encuentran células anormales en el revestimiento del conducto de la mama. Las células anómalas no se diseminaron afuera de este conducto hasta otros tejidos de la mama. Algunas veces, el CDIS se puede volver cáncer invasor y diseminarse hasta otros tejidos, aunque por el momento no se sabe cómo predecir cuáles lesiones se volverán invasoras.

- **Carcinoma lobular in situ (CLIS)**: afección en la que se encuentran células anormales en los lóbulos de la mama. Muy raras veces esta afección se vuelve cáncer invasor; sin embargo, el padecer de carcinoma lobular in situ en una mama aumenta el riesgo de padecer de cáncer de mama en cualquiera de las mamas.

Estadio I

En el estadio I, el cáncer ya se formó. El estadio I se divide en los estadios IA e IB.

- En el estadio IA, el tumor mide dos centímetros o menos, y no se diseminó fuera de la mama.

- En el estadio IB se presenta una de las siguientes situaciones:

- No se encuentra un tumor en la mama, pero se encuentran pequeños racimos de células cancerosas (mayores de 0,2 mm., pero no mayores de 2 mm.) en los ganglios linfáticos.

- El tumor mide dos centímetros o menos, y se encuentran pequeños racimos de células cancerosas (mayores de 0,2 mm. pero no mayores de 2 mm.) en los ganglios linfáticos.



Estadío II

El estadío II se divide en los estadios IIA y IIB.

- **En el estadío IIA:**

- No se encuentra en la mama, pero se encuentra cáncer en los ganglios linfáticos axilares.

- El tumor mide dos centímetros o menos, y se diseminó hasta los ganglios linfáticos axilares.

- El tumor mide más de dos centímetros, pero no más de cinco centímetros, y no se diseminó hasta los ganglios linfáticos axilares.

- **En el estadío IIB:** el tumor tiene una de las siguientes características:

- Mide más de dos centímetros, pero no más de cinco centímetros, y se diseminó hasta los ganglios linfáticos axilares.

- Mide más de cinco centímetros, pero no se diseminó hasta los ganglios linfáticos axilares.

- **Estadío IIIA**

En el estadío IIIA:

- No se encuentra un tumor en la mama. El cáncer se encuentra en los ganglios linfáticos axilares que están unidos entre sí o a otras estructuras; o el cáncer se puede encontrar en los ganglios linfáticos cercanos al esternón.

- El tumor mide dos centímetros o menos. El cáncer se diseminó hasta los ganglios linfáticos axilares que están unidos entre sí o a otras estructuras, o el cáncer se puede haber diseminado hasta los ganglios linfáticos cercanos al esternón.

- El tumor mide más de dos centímetros, pero no más de cinco centímetros. El cáncer se diseminó hasta los ganglios linfáticos axilares que



están unidos entre sí o a otras estructuras, o el cáncer se puede haber diseminado hasta los ganglios linfáticos cercanos al esternón.

- El tumor mide más de cinco milímetros. El cáncer se ha diseminado hasta los ganglios linfáticos axilares que están unidos entre sí o a otras estructuras, o el cáncer se puede haber diseminado hasta los ganglios linfáticos cercanos al esternón.

- **Estadío IIIB**

En el estadío IIIB, el tumor puede tener cualquier tamaño y el cáncer:

- Se diseminó hasta la pared torácica o a la piel de la mama.
- Se puede haber diseminado hasta los ganglios linfáticos axilares que están unidos entre sí o a otras estructuras, o el cáncer se puede haber diseminado hasta los ganglios linfáticos cercanos al esternón.

El cáncer que se diseminó hasta la piel de la mama se llama cáncer de mama inflamatorio.

- **Estadío IIIC**

En el estadío IIIC, puede no haber signos de cáncer en la mama o el tumor puede tener cualquier tamaño y se puede haber diseminado hasta la pared torácica o a la piel de la mama. Asimismo, el cáncer:

- Se diseminó hasta los ganglios linfáticos por arriba o debajo de la clavícula; y
- Se puede haber diseminado hasta los ganglios linfáticos axilares o hasta los ganglios linfáticos cercanos al esternón.

El cáncer de mama en estadío IIIC se divide en estadio IIIC operable y estadío IIIC inoperable.



En el estadio IIIC operable, el cáncer:

- Se encuentra en 10 o más ganglios linfáticos axilares.
- Se encuentra en los ganglios linfáticos debajo de la clavícula.
- Se encuentra en ganglios linfáticos axilares y en los ganglios linfáticos cercanos al esternón.

En el estadio IIIC no operable del cáncer de mama, el cáncer se diseminó hasta los ganglios linfáticos por arriba de la clavícula

- **Estadío IV**

En el estadio IV, el cáncer se diseminó hasta otros órganos del cuerpo, con mayor frecuencia hasta los huesos, los pulmones, el hígado o el cerebro.

Pronóstico

Diagnóstico de extensión. El cáncer de mama es una enfermedad potencialmente sistémica. Las lesiones metastásicas se localizan con más frecuencia en hueso, tejidos blandos, hígado y pulmón. Para hacer el diagnóstico de extensión está indicada la realización de radiografía de tórax, laboratorio que incluya hemograma, función hepática, renal y fosfatasa alcalina. La enfermedad ósea se detecta mediante rastreo isotópico, se indica en los estadios III y IV y siempre que existan síntomas o signos de sospecha de metástasis óseas, no está establecido el valor de la gammagrafía en estadios iniciales. El estudio se completa con pruebas de imagen, ecografía o TAC si hay sospecha clínica o analítica de metástasis.

El **marcador tumoral** CA 27.29 está asociado al cáncer de mama, aunque también puede estar elevado en otro tipo de problemas malignos (colon, estómago, hígado, pulmón, páncreas, ovario y próstata). Hay procesos benignos de la mama, y de otros órganos como hígado, riñón y en el ovario poliquístico, en los que se pueden encontrar CA 27.29 elevado aunque no tanto como en el cáncer de mama (>100 unidades por mL). El marcador CA



15.3 se ha visto desplazado por CA 27.29 por la mayor sensibilidad y especificidad de este último. Se detecta en un tercio de las mujeres en estadios precoces (I y II) del cáncer de mama y en las dos terceras partes de los casos en estadios avanzado (III y IV). Por su bajo valor predictivo no es útil para realizar cribado. No existe acuerdo sobre la capacidad del marcador para detectar recurrencias tras el tratamiento curativo, pero si parece que ha demostrado ser sensible y específico en el diagnóstico de metástasis en fase preclínica lo que podría tener valor de cara a disminuir la mortalidad.

Pronóstico: existen varios factores que se utilizan para estimar el riesgo de recaída o muerte y el beneficio del tratamiento sistémico. Los factores más importantes para el pronóstico son: edad, tamaño del tumor, grado del tumor, número de ganglios afectados y situación de HER2. Existe un modelo de base informatizada que suministra información sobre el pronóstico a los 10, es una herramienta que utilizada por oncólogos ayuda a clínicos y pacientes a tomar decisiones sobre el tratamiento en función del pronóstico. Están en desarrollo tecnologías de microevaluación del DNA y de análisis mediante RT-PCR que se prevé que jueguen un papel importante en el futuro. El HER2 (Human Epidermal growth factor Receptor) es un receptor de membrana, imprescindible para el desarrollo normal de una persona, cuya presencia en las células del cáncer de mama hace que el tumor sea más agresivo.¹⁸

Tratamiento

El tratamiento del cáncer de mama incluye el tratamiento de la enfermedad local con cirugía, la radioterapia o ambos, y el tratamiento de la enfermedad sistémica con quimioterapia citotóxica, tratamiento hormonal, tratamiento biológico o una combinación de todos ellos. La elección se hace en función de diferentes factores: aspectos clínicos y patológicos del tumor primario, afectación ganglionar axilar, contenido de receptores hormonales, situación HER2, presencia de metástasis, comorbilidad, edad y menopausia. La opinión del paciente es importante y ha de ser tomada en cuenta antes de optar por una alternativa terapéutica.



Tratamiento neoadyuvante: la quimioterapia preoperatoria (neoadyuvante) es una opción adecuada en mujeres con tumores en estadios IIA,IIB y T3N1M0 que reúnen criterios para realizar una cirugía conservadora de la mama, que además se ve facilitada con esta alternativa. La quimioterapia previa a la cirugía no estaría indicada si no se ha confirmado la presencia de un cáncer invasivo. Los estudios no han demostrado diferencias en la supervivencia entre la quimioterapia previa o posterior a la cirugía en pacientes con tumores estadio II.

En mujeres con tumores HER2 positivo que reciben tratamiento neoadyuvante es recomendable el uso del anticuerpo monoclonal trastuzumab por su especificidad para este receptor. Los taxanos constituyen una opción a tener en cuenta en la enfermedad avanzada.

Cirugía: el objetivo del tratamiento quirúrgico locorregional es conseguir el control local de la enfermedad, obtener información sobre pronóstico y definir la estrategia terapéutica más conveniente. La cirugía consiste en extirpar el tumor (tumorectomía) si es inferior a 4cm, o en realizar cuadrantectomía o mastectomía con vaciamiento ganglionar axilar del mismo lado en tumores de mayor tamaño. En ocasiones es suficiente con la biopsia del ganglio centinela para excluir afectación ganglionar. La reconstrucción de la mama se puede realizar en el mismo acto quirúrgico o posteriormente.

Tratamiento adyuvante: se entiende por tratamiento sistémico adyuvante la administración de quimioterapia o terapia endocrina después de la cirugía primaria, con el objetivo de eliminar la posible existencia de enfermedad residual microscópica y disminuir el riesgo de recidiva local o diseminación a distancia.

Los estudios demuestran el beneficio de la poliquimioterapia y tratamiento endócrino en resultados de recurrencia y muerte para mujeres menores de 70 años para poliquimioterapia y para tamoxifeno en todos los grupos de edad. Por tanto se recomienda la poliquimioterapia para menores de 70 años sin tener en cuenta la edad. Los pocos datos que existen en relación con el



tratamiento adyuvante con quimioterapia en mujeres mayores de 70 no recomiendan su uso en este grupo de mujeres, aunque siempre se aconseja individualizar la elección terapéutica. La duración de la quimioterapia generalmente es de 4 a 6 meses.

Hay diferentes posibilidades de combinación de citostáticos que incluyen fluorouracilo, doxorubicina, cyclofosfamida, epirubicina, docetaxel, metotrexate y paclitacel. Se recomienda incluir antracilina en los regímenes de poliquimioterapia cuando existe afectación ganglionar y paclitaxel en esta misma situación cuando se asocia a negatividad en los receptores hormonales.

El trastuzumab ha demostrado su eficacia en el tratamiento adyuvante en tumores que presentan sobreexpresión del receptor HER-2 unidos a la quimioterapia mejoran las tasas de respuesta y de supervivencia. El uso de trastuzumab está asociado a cardiotoxicidad.

Terapia endócrina: en pacientes premenopáusicas con receptores hormonales positivos o desconocidos debe administrarse tamoxifeno 20 mg/día, durante 5 años. Se ha demostrado que una duración del tratamiento de 5 años es significativamente superior, en cuanto a la reducción del riesgo de recidiva y mortalidad, a 2 años. No se ha demostrado beneficio con la administración de tamoxifeno más allá de 5 años, ni en las mujeres con receptores hormonales negativos. El tamoxifeno presenta efectos beneficiosos añadidos por su acción agonista parcial estrogénica: reducción de la pérdida de masa ósea y la disminución de cLDL. Entre sus inconvenientes están la aparición de sofocos, sequedad vaginal, aumento de peso, cefalea, accidentes tromboembólicos, cataratas y sobre todo aumento de riesgo de cáncer de endometrio, lo que obliga a revisiones ginecológicas anuales y a la búsqueda activa de sangrado postmenopáusico.

En mujeres postmenopáusicas con positividad en los receptores hormonales se debe usar un inhibidor de la aromatasa (anastrozole, exemestane o letrozole) como terapia adyuvante que ha demostrado buenos



resultados en las tasas de supervivencia, el beneficio se ha observado en todas las mujeres hayan recibido tamoxifeno y en diferentes estadios de la enfermedad, tanto situaciones precoces como en presencia de enfermedad invasiva. De momento no hay datos que indiquen si es más adecuado su uso como terapia inicial, secuencial o concomitante ni la duración óptima del tratamiento.

El uso de tamoxifeno en mujeres postmenopáusicas durante 5 años sin inhibidores de la aromatasa quedaría limitado a las que lo desean o su uso está contraindicado. Las recomendaciones enfatizan que los inhibidores de la aromatasa no son activos en mujeres con ovarios funcionantes, sus efectos secundarios son similares al tamoxifeno, como ventaja aportan una disminución en el riesgo de cáncer de útero y de problemas tromboembólicos, como inconveniente peor protección ósea y mayor riesgo de fractura. Puede ser necesario realizar una determinación de estradiol y gonadotrofinas en sangre si se desea recomendar un inhibidor de la aromatasa a una mujer sobre la que existen dudas en relación con la menopausia.

En mujeres premenopáusicas con enfermedad avanzada se ha de considerar la posibilidad de la ablación ovárica. Las mujeres premenopáusicas con insuficiencia ovárica secundaria y quimioterapia adyuvante y las postmenopáusicas en tratamiento con inhibidores de la aromatasa tienen aumentado el riesgo de osteoporosis, es conveniente vigilar la salud ósea en este grupo de mujeres.

Los bifosfonatos: se deben utilizar de manera rutinaria en combinación con el tratamiento sistémico en las pacientes con metástasis óseas, ya que ha demostrado su efecto beneficioso en el dolor óseo y la tasa de eventos esqueléticos.

Radioterapia: se recomienda el tratamiento con radioterapia, durante 5-6 semanas tras la cirugía conservadora, o bien en casos de afectación de la



pared torácica o axilar masiva. La radioterapia ha demostrado una reducción del 30% del riesgo de recurrencia.

Seguimiento: durante los cinco primeros años tras el tratamiento y la cirugía es conveniente realizar mamografías una o dos veces por año, el seguimiento se realizará en unidades especializadas. No está indicada la realización rutinaria de pruebas para detectar metástasis ya que no mejora la supervivencia. La presencia de síntomas o signos si justifica la remisión a la unidad de seguimiento de segundo o tercer nivel sin esperar a la cita programada.

Tratamiento psicológico: la evaluación de la presencia de síntomas psicológicos de adaptarán a las circunstancias especiales de cada paciente. No se recomienda la utilización rutinaria de cuestionarios para la detección de este tipo de problemas salvo que existan factores de riesgo específicos, es adecuado facilitar la inclusión en un grupo de intervención psicológica en los casos en los que se necesite.

Rehabilitación: Los ejercicios de brazo y hombro se deben iniciar lo antes posible tras la operación, las pacientes deben continuar con ejercicios de manera continuada. Tras la mastectomía se debe utilizar una prótesis para mantener la posición simétrica de los hombros. La reconstrucción de la mama se puede realizar un año después de la operación y es necesario esperar dos años de la finalización del tratamiento con radioterapia.



Rol fundamental de enfermería

La esencia de la naturaleza de enfermería y el papel fundamental del ejercicio profesional de la enfermera es el cuidado del ser personal y de la vida humana individual y colectiva a través de todo su proceso evolutivo y el cuidado del entorno físico y social en el cual se van desarrollando la persona y la vida de los individuos y de las comunidades.¹⁹

El énfasis, por tanto, de la atención de enfermería no está en el proceso salud-enfermedad sino en el bienestar integral de la persona, de la familia y la población y en la calidad de vida de ellos.

La enfermedad es sólo un evento negativo en el proceso de la vida y, aunque la afecta de diversas maneras, no constituye una situación permanente durante toda la vida de las personas, ni es el flagelo que azota constantemente la vida familiar y colectiva.

¿Qué diferencia la profesión de enfermería de las profesiones afines, especialmente de la médica en el campo clínico y del trabajo social y similares en el área comunitaria y social?

- El profesional de enfermería no está para ayudar a potenciar la práctica de las profesiones afines, sino que está en función del sujeto que recibe su cuidado: persona humana, familia, comunidad, colectivo social.
- El profesional de enfermería, independientemente del servicio donde se halle, hospitalario o comunitario, siempre debe manejar simultáneamente aspectos clínicos y sociales.
- La atención de enfermería, aunque se proporcione con el enfoque de especialidad, no desintegra la persona humana de su realidad bio-síquica-social-cultural-espiritual indivisible, ni la separa de su contexto personal, familiar y comunitario.
- Cualquiera sea el trabajo que desempeñe, está frente al proceso cíclico de la vida humana: bienestar, salud y enfermedad.



Esto la diferencia sustancialmente de la práctica médica y afines que se centran en la enfermedad; y de las profesiones sociales que se enfocan en la dinámica de las relaciones sociales.

Rol de enfermería en la capacitación para prevención del cáncer de mama

La enfermería, en su actual concepción, es el reflejo de las transformaciones que el concepto de salud ha ido sufriendo a lo largo de los años.²⁰

Este personal ha tenido una actuación con importantes aportes a la salud de la población, esto lo distingue como promotor del desarrollo humano, que produce no solo cuidados de salud, sino también valores y cualidades que llevan al mejoramiento de la salud de las personas.

Por lo tanto es fundamental que se apoye la realización de investigaciones sobre métodos eficaces para poder utilizar los recursos humanos que tengamos a disposición y que se de el apoyo necesario al personal de enfermería para la realización de actividades.

La necesaria formación de las mujeres con respecto a un correcto examen mamario podría ser llevada a cabo por el personal de enfermería que debe ser correctamente capacitado para llevar a cabo esta tarea.

En los programas de detección precoz, enfermería consta de un papel muy importante educando a la comunidad con la autoexploración y vigilando el cumplimiento de determinadas pruebas diagnósticas.

Un plan de capacitación realizado en Sydney, Australia, llevado a cabo por enfermeras universitarias, tuvo un impacto positivo, tanto en las actitudes y prácticas, así como en la confianza de las receptoras a la prevención y detección precoz del cáncer de mama.²¹



La preparación de los profesionales de la salud para dar respuestas a las crecientes necesidades de la población implican la búsqueda de estrategias que aseguren la calidad de los servicios.

Esto ha servido para ver una necesidad de mayor acercamiento entre la docencia y la asistencia.

Es imprescindible llegar a todas las franjas etáreas y estratos sociales, ya que si bien las más jóvenes son las que más se benefician con el autoexamen mamario, las de mayor edad, con menor nivel educativo y menor nivel adquisitivo, tienen menos probabilidades de detectar el cáncer de mama de forma temprana.

Es necesaria una mayor información de las mujeres con respecto a los factores de riesgo y medidas preventivas frente al cáncer de mama.

El autocuidado tiene relación recíproca con el conocimiento, a mayor conocimiento mayores prácticas de autocuidado y viceversa.

De las experiencias educativas se construye el conocimiento que lleva al aprendizaje para el autocuidado, lo que requiere interacción y diálogo para analizar, internalizar y generar cambios de la propia realidad.

El beneficio de un examen mamario correctamente realizado es indudable, porque la detección de este tipo de cáncer en etapas tempranas de la enfermedad reduce la mortalidad, permite el mantenimiento de la mama en muchos casos de cirugía y motiva a las mujeres a consultar precozmente al servicio sanitario.

Una actitud saludable con relación a los alimentos, al estilo de vida y al conocimiento del propio cuerpo contribuye no sólo a la prevención de esta enfermedad, sino también a cuidar la totalidad de la salud.

La formación de las profesionales de enfermería las hace promotoras apropiadas para realizar una tarea de capacitación de estas características.



Un enfoque en la capacitación y concientización de las personas en el ámbito de las instituciones podría llegar a sensibilizar y multiplicar así la información y capacitación en salud.

El Consejo Internacional de Enfermería (CIE) declara que: “las enfermeras tienen una importante contribución que hacer a la planificación y adopción de decisiones en los servicios de salud; pueden y deben contribuir a la política general pública en lo que se refiere a factores que influyen en la salud”.

Las funciones propias del personal de enfermería están dirigidas a la consecución de la promoción de la salud, la prevención, la recuperación y la rehabilitación de las enfermedades, de forma tal que sitúe los servicios al alcance del individuo, la familia y la comunidad y satisfacer así las demandas de salud.



Capítulo II



Capítulo II

Diseño metodológico

Intentaremos realizar una investigación cuantitativa, prospectiva ya que lo realizaremos entre los meses enero, febrero y marzo del año 2011 es de corte transversal, descriptivo.

La **prevención del cáncer** de mama está al alcance de todos y se ha comprobado que la detección a tiempo de este mal puede salvar muchas vidas. ¿Sabés cómo prevenirlo? Es una de las preguntas que formularemos a través de una encuesta abierta para recolectar datos e información general en una población de mujeres que va de los 20 a los 60 años.

Esta encuesta se realizará en los consultorios externos de ginecología del hospital "Enfermeros Argentinos".

Tipo de estudio: el presente estudio es de tipo cuantitativo, prospectivo y descriptivo.

Universo: mujeres que concurren a consultorios externos de ginecología, en el hospital Enfermeros Argentinos, de General Alvear, Mendoza, en el primer trimestre de 2011 en un número aproximado de 240 pacientes.

Muestra: se tomará como muestra el 30% de las pacientes que concurren a consulta externa de ginecología, es decir aproximadamente 72 mujeres.

Unidad de análisis: cada una de las mujeres en estudio.

Técnica de recolección de datos: entrevista semi estructurada.



Instrumento: encuesta estructurada.

Análisis y presentación de resultados: se realizará en tablas univariadas y bivariadas, y gráficos de barra o circular, que permitan una mejor descripción de resultados.

Hipótesis: las pacientes que concurren a consultorios externos de Ginecología del hospital Enfermeros Argentinos de General Alvear, Mendoza, poseen escasa información sobre prevención de cáncer de mamas y no reciben capacitación sobre esta problemática de parte del personal de enfermería de dicha institución.

Variable dependiente: conocimiento y estilos de vida.

Variable independiente: información



Variables de Estudio

Definición Conceptual:

- **Conocimiento:** es la información que se obtiene a través de las experiencias vividas y de la educación formal que nos lleva a poder resolver los problemas que se presentan cotidianamente.
- **Prevención de CA de mama:** es la adopción de medidas anticipadas para prever y evitar daños a futuro.
- **Estilos de vida:** es la forma de vivir de un individuo o grupo en su idiosincrasia cultural que abarca las características personales, sociales y condiciones de vida socioeconómicas y ambientales.



Operacionalización de las variables

VARIABLE	INDICADOR				
ANTECEDENTES PERSONALES	Edad	18 a 28	29 a 38	39 a 48	49 o más
	Estado civil	Soltera	Casada	Divorciada	Otro
	Cantidad de hijos	1 a 3	4 y más	Sin hijos	
	Escolaridad	Primaria completa	Secundaria completa	Terciaria completa	Universitaria completa
	Antecedentes familiares de cáncer	Si		No	
CONOCIMIENTOS	¿Qué sabe sobre el cáncer?	Mata	Es curable		Es operable
	¿Con qué frecuencia realiza el autoexamen mamario?	Una vez por semana.	Una vez al mes.	Una vez al año.	Nunca.
	¿Recibe información sobre el cáncer de mama en la consulta médica?	Mucha.	Medianamente.	Poca.	No recibe.
	¿De quién?	Médico.	Enfermera.	Otros profesionales.	
ESTILO DE VIDA	¿Fuma?	Si		No	
	¿Bebe alcohol?	Si		No	
	¿Cómo es la dieta que consume habitualmente?	Rica en frutas y verduras	Abundante en grasas		Variada
	Ingreso económico del grupo familiar	Desde \$1000 a \$1500	Desde \$1600 a \$2000		Más de \$2000



Capítulo III

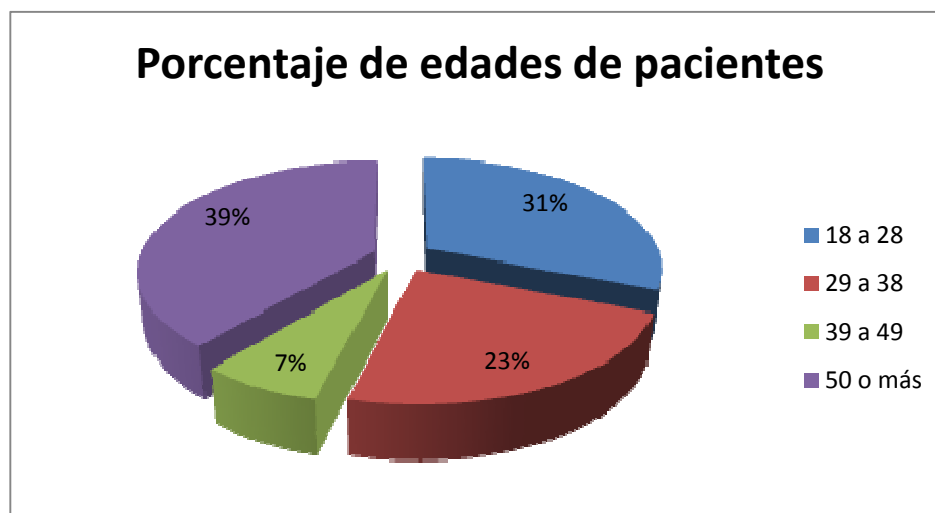
Capítulo III: Análisis y presentación de resultados

TABLA N°1: Distribución de edades de las pacientes que concurren a consultorios externos de ginecología del Hospital Enfermeros Argentinos, Enero, Febrero y marzo de 2011.

EDAD	F-A	F-R
DE 18 A 28	22	31%
DE 29 A 38	16	23%
DE 39 A 49	5	7%
DE 50 O MAS	27	39%
TOTAL	70	100%

Fuente: Datos obtenidos por los investigadores mediante la aplicación de encuesta.

GRAFICO N°1



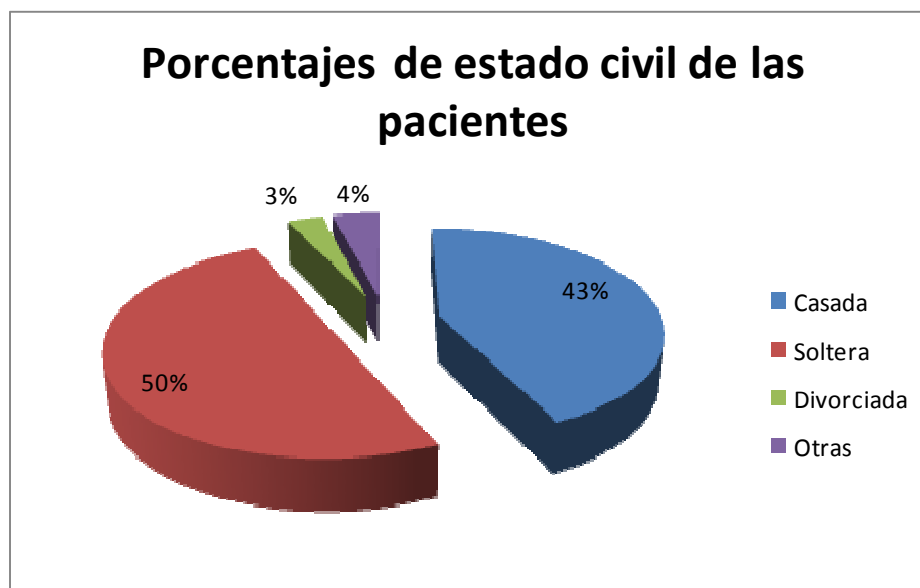
En el gráfico N°1 podemos observar que la mayor parte de las mujeres que concurren a consultorios externos de ginecología pertenecen al grupo etario de 50 años o más, y el segundo grupo más numeroso es el comprendido entre las edades de 18 a 28 años.

TABLA N°2: Distribución por estado civil de las pacientes que concurren a consultorios externos de ginecología del Hospital Enfermeros Argentinos, Enero, Febrero y marzo de 2011.

ESTADO CIVIL	F-A	F-R
CASADA	30	43%
SOLTERA	35	50%
DIVORCIADA	2	3%
OTRAS	3	4%
TOTAL	70	100%

Fuente: Datos obtenidos por los investigadores mediante la aplicación de encuesta.

GRAFICO N°2



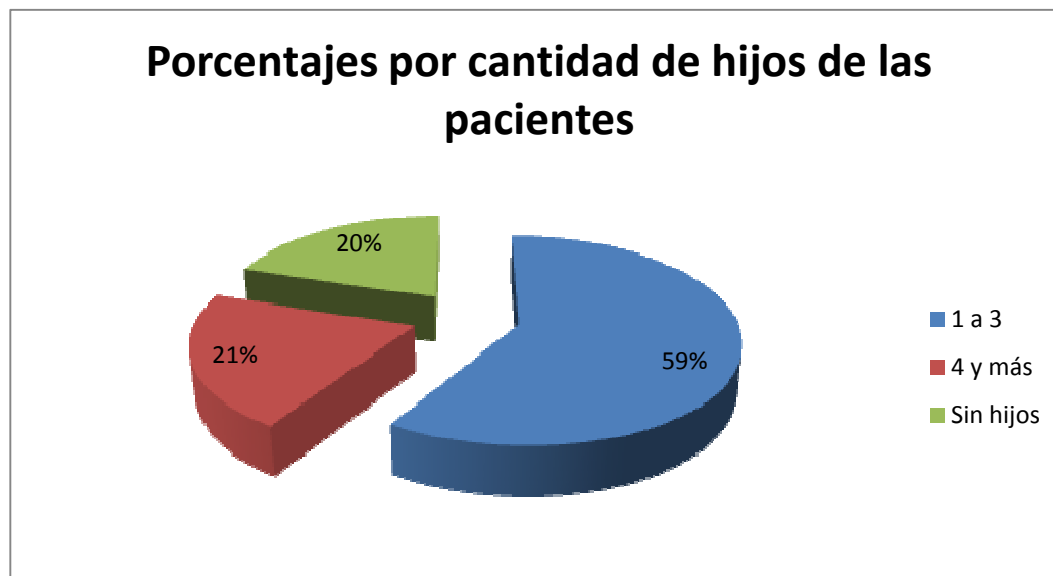
El gráfico N°2 muestra un porcentaje mayoritario de mujeres solteras, seguido por un grupo importante de mujeres casadas, siendo minoritario el porcentaje de mujeres divorciadas y con otro tipo estado civil.

TABLA N°3: Distribución por cantidad de hijos de las pacientes que concurren a consultorios externos de ginecología del Hospital Enfermeros Argentinos, Enero, Febrero y marzo de 2011.

CANTIDAD DE HIJOS	F-A	F-R
1 A 3	41	59%
4 Y MAS	15	21%
SIN HIJOS	14	20%
TOTAL	70	100%

Fuente: Datos obtenidos por los investigadores mediante la aplicación de encuesta.

GRAFICO N°3



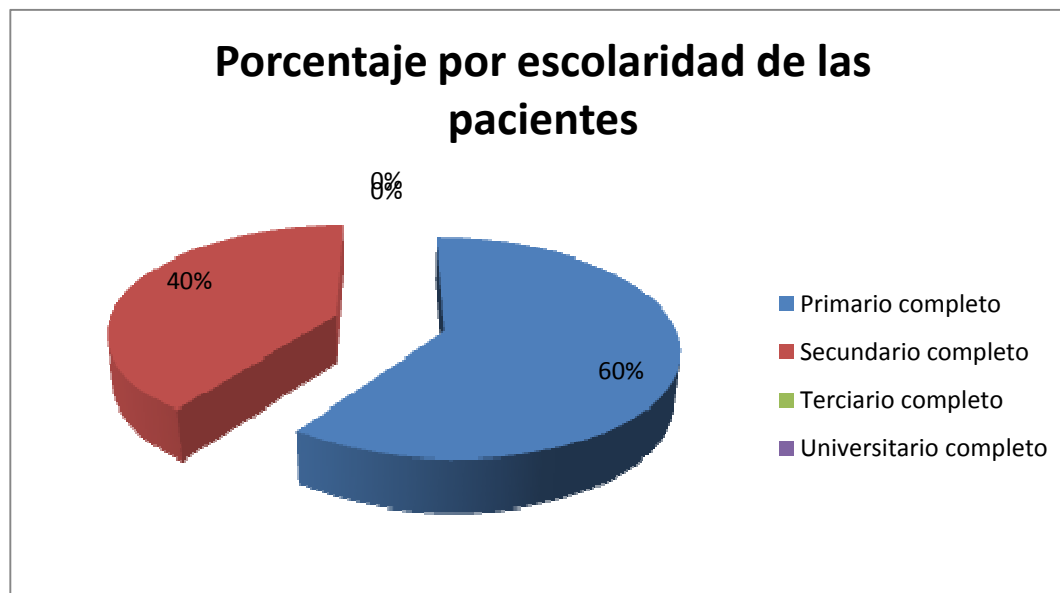
El gráfico N°3 nos muestra que la mayor parte de las mujeres encuestadas tienen de 1 a 3 hijos, dando menores porcentajes para mujeres sin hijos y para madres de familias numerosas.

TABLA N°4: Distribución por escolaridad de las pacientes que concurren a consultorios externos de ginecología del Hospital Enfermeros Argentinos, Enero, Febrero y marzo de 2011.

ESCOLARIDAD	F-A	F-R
PRIM. COMP.	42	60%
SEC. COMP.	28	40%
TERC. COMP.	0	0%
UNIV. COMP.	0	0%
TOTAL	70	100%

Fuente: Datos obtenidos por los investigadores mediante la aplicación de encuesta.

GRAFICO N°4



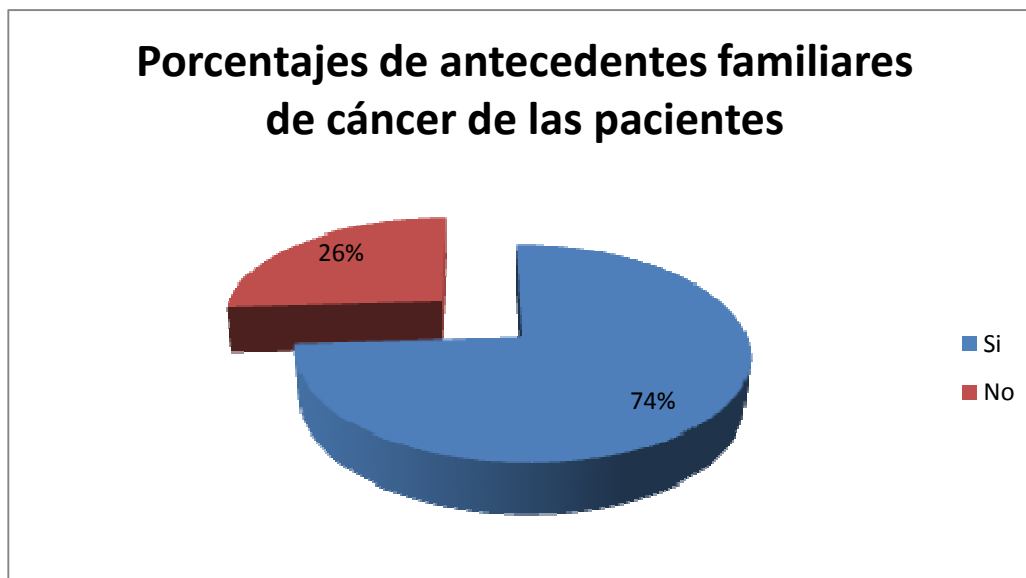
En el gráfico N° 4 se observa que el mayor grupo de mujeres encuestadas posee un nivel de instrucción primario, seguido por el grupo de mujeres con estudios secundarios completos y con porcentajes nulos para secundario y terciario completo.

TABLA N°5: Distribución por antecedentes familiares de cáncer de las pacientes que concurren a consultorios externos de ginecología del Hospital Enfermeros Argentinos, Enero, Febrero y marzo de 2011.

FAMILIARES CON CANCER	F-A	F-R
SI	52	74%
NO	18	26%
TOTAL	70	100%

Fuente: Datos obtenidos por los investigadores mediante la aplicación de encuesta.

GRAFICO N° 5



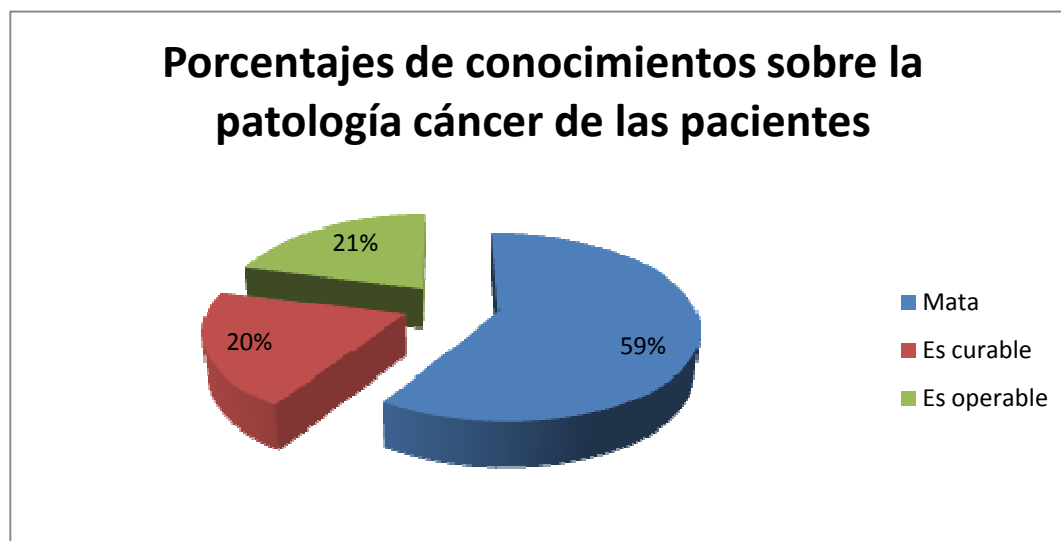
En este gráfico podemos observar un mayoritario porcentaje de mujeres que poseen antecedentes en su familia de algún tipo de cáncer.

TABLA N°6: Distribución por conocimientos sobre la patología cáncer de las pacientes que concurren a consultorios externos de ginecología del Hospital Enfermeros Argentinos, Enero, Febrero y marzo de 2011.

¿QUE SABE SOBRE CANCER?	F-A	F-R
MATA	41	59%
ES CURABLE	14	20%
ES OPERABLE	15	21%
TOTAL	70	100%

Fuente: Datos obtenidos por los investigadores mediante la aplicación de encuesta.

GRAFICO N°6



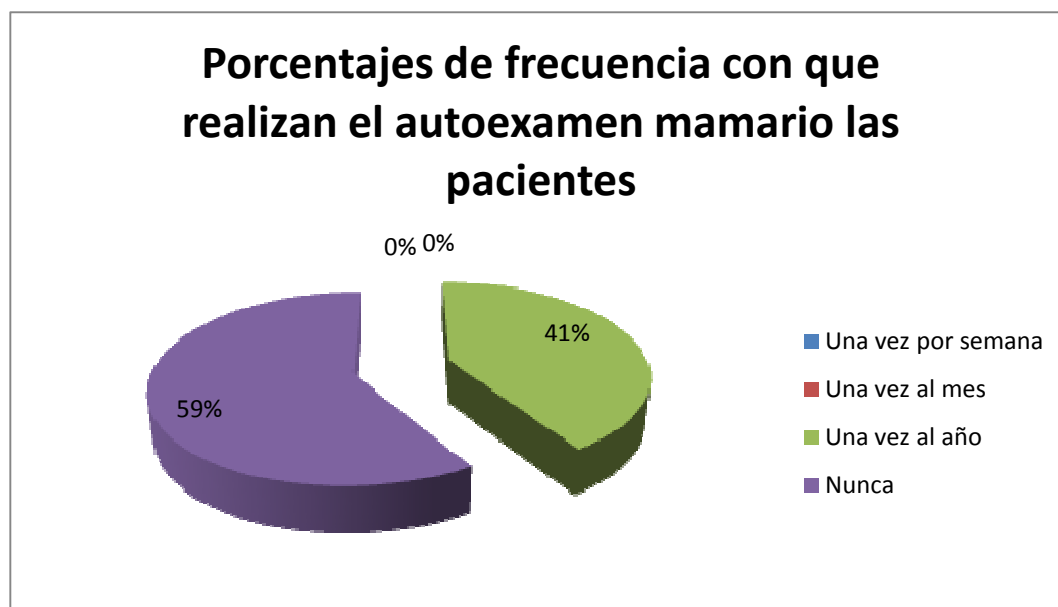
El gráfico N° 6 muestra una amplia mayoría de mujeres encuestadas que ve en el cáncer de mama una enfermedad fatal y menores porcentajes de mujeres que creen que esta patología tiene algún tipo de tratamiento.

TABLA N°7: Distribución de frecuencia con que se realizan el autoexamen mamario las pacientes que concurren a consultorios externos de ginecología del Hospital Enfermeros Argentinos, Enero, Febrero y marzo de 2011.

¿CON QUE FRECUENCIA SE REALIZA EL AUTOEXAMEN?	F-A	F-R
UNA VEZ POR SEMANA	0	0%
UNA VEZ POR MES	0	0%
UNA VEZ POR AÑO	29	41%
NUNCA	41	59%
TOTAL	70	100%

Fuente: Datos obtenidos por los investigadores mediante la aplicación de encuesta.

GRAFICO N°7



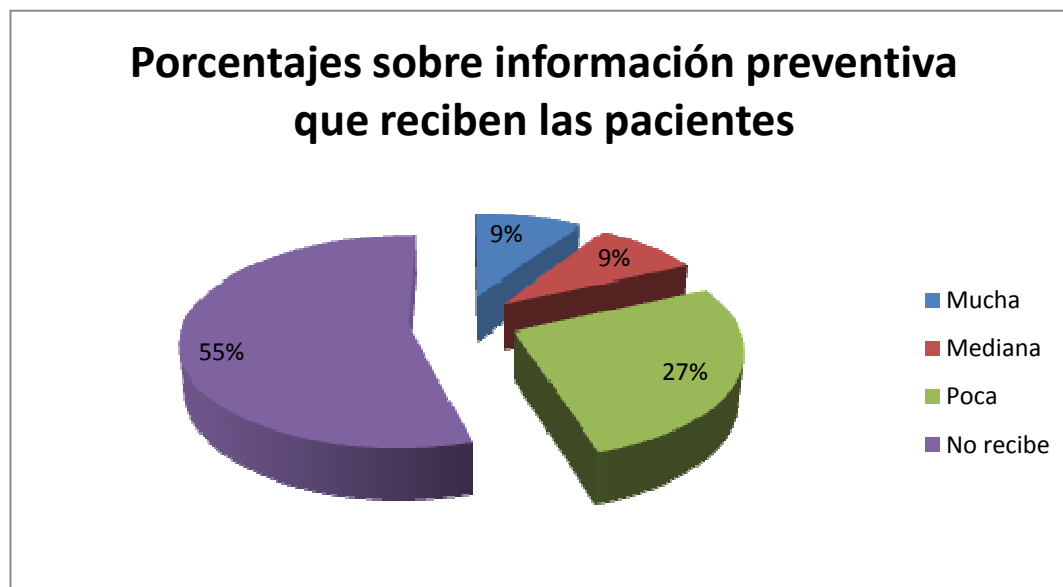
En el gráfico N° 7 nos encontramos con la problemática de que la mayoría de las mujeres nunca se realiza el autoexamen mamario mientras que el resto de las mujeres encuestadas sólo lo realiza una vez al año.

TABLA N°8: Distribución de información recibida en la consulta medica de las pacientes que concurren a consultorios externos de ginecología del Hospital Enfermeros Argentinos, Enero, Febrero y marzo de 2011.

¿RECIBE INFORMACION EN LA CONSUTA MÉDICA?	F-A	F-R
MUCHA	14	20%
MEDIANA	14	20%
POCA	42	60%
NO RECIBE	0	0%
TOTAL	70	100%

Fuente: Datos obtenidos por los investigadores mediante la aplicación de encuesta.

GRAFICO N°8



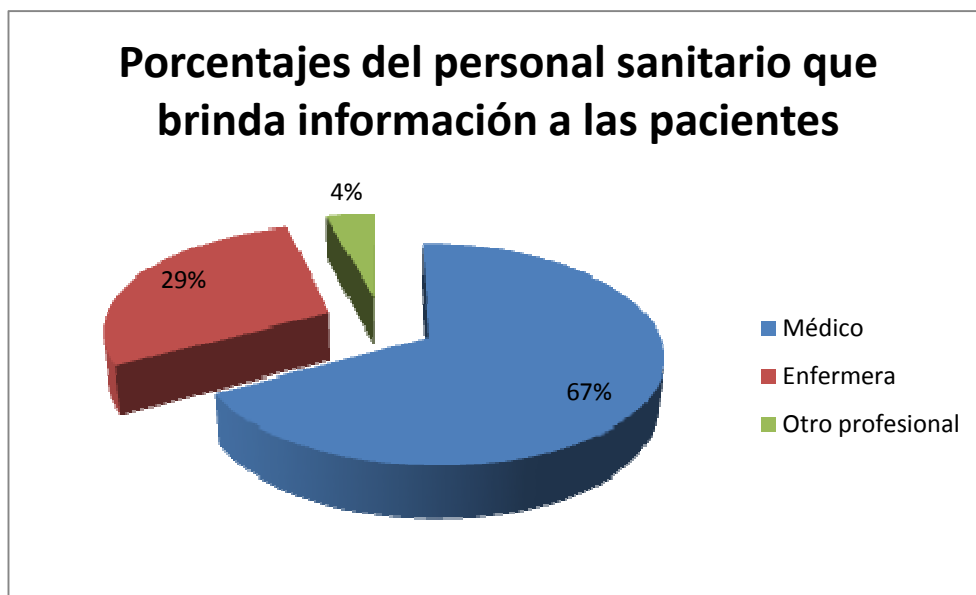
En este gráfico vemos que un porcentaje mayoritario de mujeres no recibe información sobre prevención de cáncer mamario de ningún profesional de la salud, otro porcentaje importante recibe poca información y sólo un pequeño grupo de pacientes recibe mucha y mediana cantidad de información preventiva.

TABLA N°9: Distribución del personal que brinda información sobre prevención de cáncer de mama consultorios externos de ginecología del Hospital Enfermeros Argentinos, Enero, Febrero y marzo de 2011.

¿DE QUIEN?	F-A	F-R
MEDICO	47	67%
ENFERMERO	3	4%
OTRO PROFESIONAL	20	29%
TOTAL	70	100%

Fuente: Datos obtenidos por los investigadores mediante la aplicación de encuesta.

GRAFICO N°9



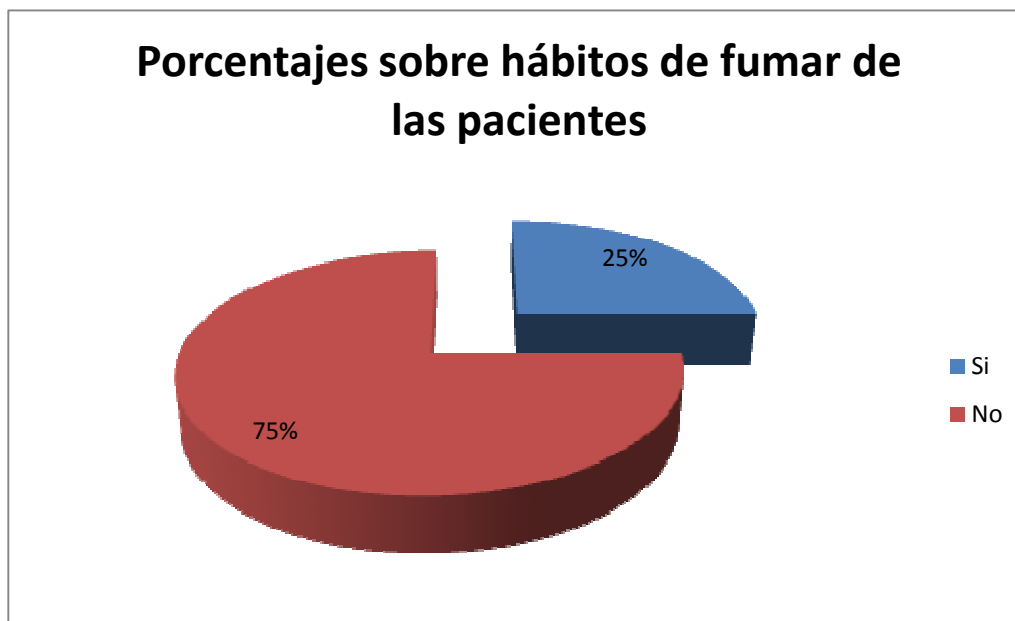
Del grupo de mujeres que recibe información sobre prevención de cáncer mamario en la consulta medica, en el gráfico N° 9 podemos observar que una gran mayoría obtiene esta información del profesional médico, siendo bajo el porcentaje de pacientes que reciben información del profesional de enfermería y un porcentaje ínfimo en lo referido a otros integrantes del equipo de salud.

TABLA N°10: Distribución sobre hábitos de fumar de las pacientes que concurren a consultorios externos de ginecología del Hospital Enfermeros Argentinos, Enero, Febrero y marzo de 2011.

¿FUMA?	F-A	F-R
SI	15	25%
NO	45	75%
TOTAL	70	100%

Fuente: Datos obtenidos por los investigadores mediante la aplicación de encuesta.

GRAFICO N°10



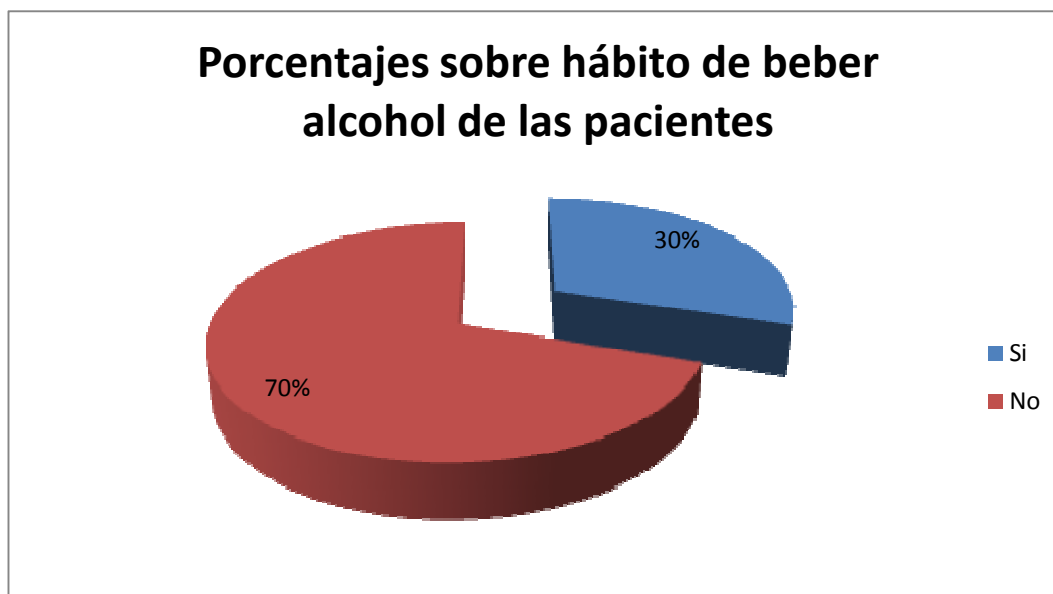
En cuanto al estilo de vida de las pacientes encuestadas, en su gran mayoría no poseen el hábito de fumar.

TABLA N°11: Distribución sobre hábito de beber alcohol de las pacientes que concurren a consultorios externos de ginecología del Hospital Enfermeros Argentinos, Enero, Febrero y marzo de 2011.

¿BEBE ALCOHOL?	F-A	F-R
SI	21	30%
NO	49	70%
TOTAL	70	100%

Fuente: Datos obtenidos por los investigadores mediante la aplicación de encuesta.

GRAFICO N°11



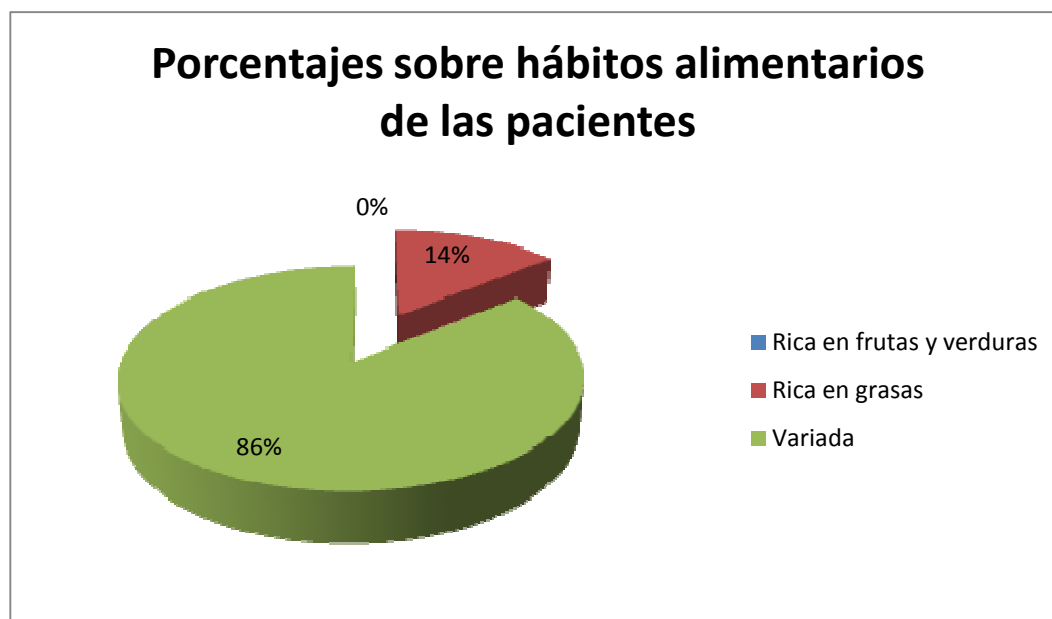
En el gráfico N° 11 observamos que el mayor porcentaje de mujeres no bebe alcohol cotidianamente, con un porcentaje menor que lo hace socialmente.

TABLA N°12: Distribución de consumo de alimentos de las pacientes que concurren a consultorios externos de ginecología del Hospital Enfermeros Argentinos, Enero, Febrero y marzo de 2011.

CONSUME	F-A	F-R
FRUTAS Y VERDURAS	0	0%
GRASA	10	14%
VARIADO	60	86%
TOTAL	70	100%

Fuente: Datos obtenidos por los investigadores mediante la aplicación de encuesta.

GRAFICO N°12



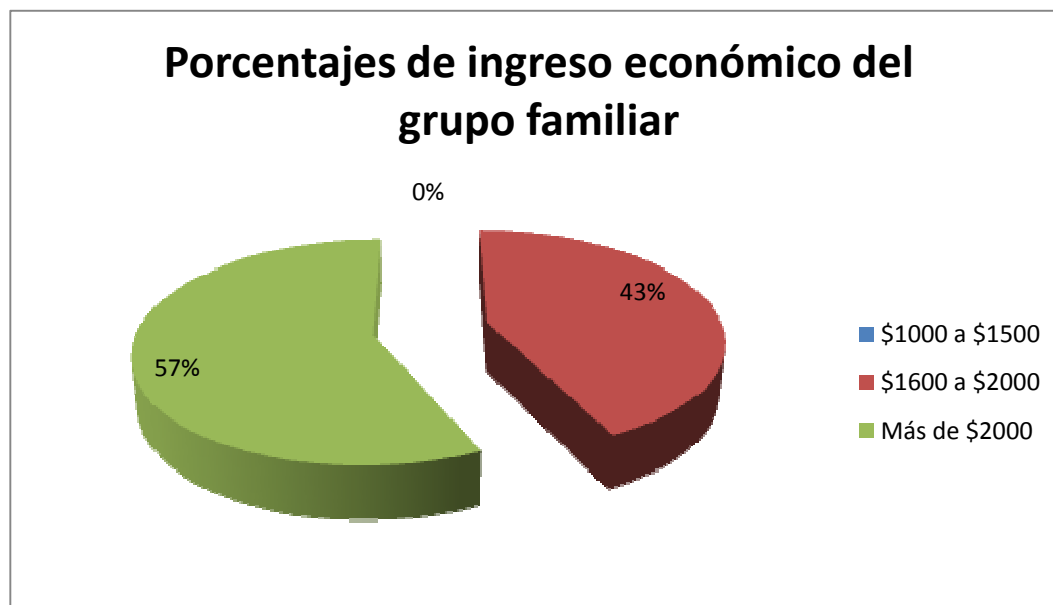
Con respecto a los hábitos alimentarios un porcentaje alto de mujeres respondió que consume una dieta variada, y otro pequeño reconoció consumir alimentos ricos en grasa en su gran mayoría.

TABLA N°13: Distribución de ingresos económico de las pacientes que concurren a consultorios externos de ginecología del Hospital Enfermeros Argentinos, Enero, Febrero y marzo de 2011.

INGRESOS	F-A	F-R
1000 A 1500	0	0%
1600 A 1900	30	43%
MAS DE 2000	40	57%
TOTAL	70	100%

Fuente: Datos obtenidos por los investigadores mediante la aplicación de encuesta.

GRAFICO N°13



Al consultar sobre el ingreso económico familiar de las pacientes, más de la mitad posee un ingreso superior a \$ 2000 y el resto de las mujeres tiene un ingreso comprendido entre los \$ 1600 y los \$ 2000.



Conclusión

Mediante encuesta estructurada realizada a las mujeres que concurren a consultorios externos de ginecología del Hospital Enfermeros Argentinos, se encontró una problemática debido al desconocimiento de las pacientes con respecto a la prevención del cáncer de mamas y por otra parte la falta de información proveniente del personal de enfermería de dichos consultorios.

Siendo el cáncer de mama la segunda neoplasia más frecuente en la población femenina y con el aumento de la longevidad de la población, consideramos de vital importancia la detección temprana y el diagnóstico precoz para disminuir la mortalidad de las mujeres afectadas por esta patología, mejorando su calidad de vida y reduciendo los costos en salud.

De la encuesta realizada a las pacientes que concurren a consultorios ginecológicos del Hospital Enfermeros Argentinos, en el primer trimestre del año 2011, pudimos recabar la información que se detalla a continuación.

Se tomó una muestra de 71 mujeres a partir de los 18 años que representan el 30% de la población que concurre a estos consultorios durante un lapso de tres meses, de diferentes estados civiles, con distintos grados de instrucción y de ingresos económicos.

De las mujeres encuestadas encontramos que el 60% poseen estudios primarios completos y el 40% nivel secundario completo.

También se obtuvo en esta muestra un alto porcentaje de mujeres con antecedentes familiares de cáncer, siendo este de un 74%.

Al consultarles sobre los conocimientos que poseen del cáncer de mama, un 59% contestó que es una enfermedad mortal, mientras que un 20% dijo que es curable y un 21% que es operable.

Siendo el autoexamen mamario uno de los métodos más accesible de realizar y pudiendo ser enseñado por el personal de enfermería, esta encuesta arrojó



que un 59% de las mujeres encuestadas nunca se lo ha realizado, mientras que un 41% lo hace sólo una vez al año.

Nos encontramos que esta falta de realización del autoexamen mamario se debe a la escasa información brindada por el personal sanitario, ya que un 59% de las mujeres dijo no haber recibido nunca información al respecto, un 27% poca y solo un 9% mediana y mucha respectivamente.

De las pacientes que obtenían información mediante la consulta medica, un 67% la recibe a través del profesional médico, un 29% de las enfermeras y un 4% de otros profesionales.

En cuanto al estilo de vida de estas pacientes obtuvimos de la encuesta que un 25% fuma, un 30% bebe alcohol, el 86% consume una dieta variada en carnes, frutas y verduras; y el ingreso económico del grupo familiar es de \$1600 a \$2000 para el 43% y de más de \$2000 para el 57%.

Al realizar este trabajo encontramos por parte de las pacientes encuestadas desconocimiento, miedo y pocas consultas preventivas para un diagnóstico precoz.

La población consultada en los consultorios externos de dicho hospital nos mostró que no sólo las mujeres de la zona rural, sino también las de zona urbana poseen desconocimientos sobre el tema estudiado.

Con respecto al plantel de enfermería, notamos escaso aporte de información referida al autoexamen mamario, signos de alarma y poco estímulo hacia las pacientes para la realización de controles médicos preventivos más frecuentes, ya que no existe en el hospital Enfermeros Argentinos un programa de formación para el personal de enfermería que cubra las necesidades educativas de las pacientes que concurren a estos consultorios.

La situación socioeconómica nos hace plantear la necesidad de prevención y capacitación del equipo de salud, que detectando a su debido tiempo mediante consulta precoz los tumores limitados poseen un mayor índice de supervivencia.



Recomendaciones

Consideramos sumamente importante destacar el rol de las enfermeras de dichos consultorios, como promotoras y educadoras de salud, tomándolas como un punto fundamental en la organización sanitaria para brindar información a las pacientes, ya que es un personal que se encuentra en contacto directo con este grupo de mujeres.

Creemos imprescindible formar un equipo interdisciplinario mínimo (médico, enfermera, psicólogo y asistente social), orientado específicamente a la prevención del cáncer mamario, para lograr un aumento de la consulta precoz, diagnóstico oportuno, dilucidar temores y reducir de esta manera los costos sanitarios, brindando también mayores y mejores sobrevidas para las pacientes.

También consideramos fundamental la labor de la enfermera en su función de orientar, ayudar, apoyar y motivar a las pacientes hacia prácticas preventivas.

Para llevarlo a cabo es esencial la formación de este personal y del equipo de salud desde la institución hospitalaria mediante la elaboración de programas y actividades educativas, y de esta manera fomentar la participación activa de la enfermera con sus conocimientos en la prevención de esta enfermedad y la integración al equipo de salud.

Realizando un diagnóstico sobre las necesidades de capacitación de las enfermeras nos permitirá coordinar un programa de educación continua orientado a estimular la participación de todo el equipo de salud, que permita conseguir un mayor aporte de ideas, el desarrollo de la capacidad de comunicación de los participantes y que fomente el trabajo en grupo.

El objetivo principal es llevar a cabo un proyecto educativo que contribuya a elevar el nivel de conocimientos del personal de enfermería y otros profesionales de la institución sobre la prevención del cáncer de mamas, a



través de talleres presenciales a realizarse cada 15 días, con una duración de 2 horas reloj, durante un lapso de 6 meses; donde se indagará sobre los conocimientos previos de los concurrentes, se desarrollará una búsqueda bibliográfica sobre el tema a tratar y se brindarán los conocimientos y herramientas para que las profesionales enfermeras sean capaces de asesorar, entrenar y orientar a la paciente y sus familiares.

Es de primordial importancia que las acciones de enfermería estén dirigidas a la promoción de la salud, la prevención, la recuperación y la rehabilitación de las enfermedades, de forma tal que sitúe los servicios al alcance del individuo, la familia y la comunidad y satisfacer así las demandas de salud.



Bibliografía

- 1 y 8- Dr. Argaez Cime, Noel- Cáncer de mama en la clínica de especialidades de la mujer (2004-2005)- México 2005.
- 2- García Rosado, María Vicenta- Tesis doctoral de epidemiología del cáncer de mamas en hospitales públicos de la comunidad de Madrid. Análisis de supervivencia- Madrid 2008.
- 3- Dr. Greaves, Mel- Cáncer, el legado evolutivo- Editorial Crítica- 2004.
- 4- Dr. Junceda, Avello E.- Cáncer de mama- Universidad de Oviedo.
- 5- Instituto Nacional de cáncer- Información general sobre el cáncer de seno- Marzo 2010.
- 6- Dr. Peralta M, Octavio- Cáncer de mama en Chile: Datos epidemiológicos- Chile 2002.
- 7- Rev. Panamericana de salud pública- El cáncer de mama en América Latina y el Caribe- vol. 12, 2002.
- 9, 14, 16 y 18- Zulaica, Cristina Viana- Guías para la consulta de atención primaria- España, 2009.
- 10- Smith, Roger- Netter obstetricia, ginecología y salud de la mujer, España 2004.
- 11- Ikeda Debra- Radiología de mama- Elviesier, España 2005.
- 12- Bushong, Stewart- Manual de radiología para técnicos: física, biología y protección radiológica- Elviesier- Octava edición- España, 2005.
- 13- Uchida S, Marcela- Mamografía de screening y realidad chilena- Volumen 14- Chile, 2008.
- 15- Winchester, David J- Cáncer de mama- Elviesier- España, 2001.
- 17- Instituto Nacional del Cáncer de los Institutos Nacionales de la Salud de E.E.U.U: Cáncer de seno. Versión online.
- 19- Revista de enfermería online: Anexo I. Colombia 2009.
- 20- Bernalte Benazet, Álvaro; Miret García, María Teresa; Laflor Carot, María Victoria- Manual de Enfermería Comunitaria. Artículo: Desarrollo Profesional de la Enfermería de Atención Primaria. Experiencia en Andalucía- Libros en red, España, 2005.



21- Delgado Teresa, Carámbula Leticia, García Laura- Revista Uruguaya de Enfermería. Artículo de investigación: Encuesta sobre hábitos de prevención y detección del cáncer de mama femenino- Volumen I, N° 2- Uruguay.



Anexos



Tabla matriz

ENC. Nº	ANTECEDENTES PERSONALES																FAMILIARES CON CÁNCER	
	EDAD				ESTADO CIVIL				CANTIDAD DE HIJOS				ESCOLARIDAD				SI	NO
	DE 18 A 28	DE 29 A 38	DE 39 A 49	DE 50 Y MAS	SOLTERA	CASADA	DIVOR.	OTRAS	1 A 3	4 Y MAS	SIN HIJOS	PRIM. COMP	SEC. COMP	TERC. COMP	UNIV. COMP			
Nº 1				D		B			A			A				A		
Nº 2	A				A					C			B			A		
Nº 3	A				A				A				B			A		
Nº 4			D			B			A		A					A		
Nº 5		B				B				B							B	
Nº 6			D			B			A		A					A		
Nº 7	A				A					C		B				A		
Nº 8			C							B			B				B	
Nº 9			D			B			A		A					A		
Nº 10		B			A					B							B	
Nº 11				D		B			A		A					A		
Nº 12			C		A					C			B			A		
Nº 13	A				A				A				B			A		
Nº 14				D		B			A				B			A		
Nº 15		B				B				B							B	
Nº 16			C			B			A		A					A		
Nº 17	A				A					C			B			A		
Nº 18	A				A				A				B			A		
Nº 19				D					A		C					A		
Nº 20		B				B				B						A	B	
Nº 21				D		B			A				B			A		
Nº 22		B			A					C			B			A		
Nº 23	A				A				A				B			A		



ENCUESTA: PREVENCIÓN DEL CÁNCER DE MAMAS																							
ANTECEDENTES FAMILIARES																							
CÁNCER MIEDO?	¿QUE SABE SOBRE EL CÁNCER?				¿PARA QUE SIRVE?				¿CON QUE FREC. SE REALIZA EL AUTOEXAMEN?				¿RECIBE INFORMACION EN LA CONSULTA MEDICA?				¿DE QUIEN?						
	MATA	ES CURABLE	ES OPERAB.	CONOCIM.	LO REALIZA	A	B	C	D	REALIZA	1 POR SEM	1 POR MES	1 POR AÑO	NUNCA	MUCHA	MEDIANA	POCA	NO RECIBE	MEDICO	ENFERMERA	OTRO PROF		
A			C	B	B	A	B	C	D	B		C			A				A				
B		B		B	B			C					D			C			A				
A	A			B	B					B			D			C					C		
A	A			B	B	B	C			B			D			C			A				
A	A			A	B	A				B		C							A				
A			C	B	B	A	B	C	D	B		C			A						C		
B		B		B	B			C		B			D			C			A				
A			C	A	B	A		C	C	B		C				C				B			
A	A			B	B	B	C			B			D			C			A				
A	A			A	B	A				B		C							A				
A			C	A	B	A	B	C	D	B		C			A				A				
B		B		B	B			C		B			D			C					C		
A	A			B	B					B			D			C					C		
A	A			B	B	B	C			A			D			C			A				
A			C	A	B	A	B	C	D	B		C			A				A				
B		B		B	B			C		B			D			C			A				
A	A			B	B					B			D			C					C		
A	A			B	B	B	C			B			D			C			A				
A			C	A	B	A	B	C	D	B		C			A				A				
B		B		B	B			C		B			D			C			A				
A	A			B	B					B			D			C					C		
A			C	A	B	A	B	C	D	B		C			A				A				
B		B		B	B			C		B			D			C			A				
A	A			B	B					B			D			C					C		
A			C	A	B	A	B	C	D	B		C			A				A				
B		B		B	B			C		B			D			C			A				
A	A			B	B					B			D			C					C		
A			C	A	B	A	B	C	D	B		C			A				A				
B		B		B	B			C		B			D			C			A				
A	A			B	B					B			D			C					C		
A			C	A	B	A	B	C	D	B		C			A				A				
B		B		B	B			C		B			D			C			A				
A	A			B	B					B			D			C					C		
A			C	A	B	A	B	C	D	B		C			A				A				
B		B		B	B			C		B			D			C			A				
A	A			B	B					B			D			C					C		
A			C	A	B	A	B	C	D	B		C			A				A				
B		B		B	B			C		B			D			C			A				
A	A			B	B					B			D			C					C		
A			C	A	B	A	B	C	D	B		C			A				A				
B		B		B	B			C		B			D			C			A				
A	A			B	B					B			D			C					C		
A			C	A	B	A	B	C	D	B		C			A				A				
B		B		B	B			C		B			D			C			A				
A	A			B	B					B			D			C					C		
A			C	A	B	A	B	C	D	B		C			A				A				
B		B		B	B			C		B			D			C			A				
A	A			B	B					B			D			C					C		
A			C	A	B	A	B	C	D	B		C			A				A				
B		B		B	B			C		B			D			C			A				
A	A			B	B					B			D			C					C		
A			C	A	B	A	B	C	D	B		C			A				A				
B		B		B	B			C		B			D			C			A				
A	A			B	B					B			D			C					C		
A			C	A	B	A	B	C	D	B		C			A				A				
B		B		B	B			C		B			D			C			A				
A	A			B	B					B			D			C					C		
A			C	A	B	A	B	C	D	B		C			A				A				
B		B		B	B			C		B			D			C			A				
A	A			B	B					B			D			C					C		
A			C	A	B	A	B	C	D	B		C			A				A				
B		B		B	B			C		B			D			C			A				
A	A			B	B					B			D			C					C		
A			C	A	B	A	B	C	D	B		C			A				A				
B		B		B	B			C		B			D			C			A				
A	A			B	B					B			D			C					C		
A			C	A	B	A	B	C	D	B		C			A				A				
B		B		B	B			C		B			D			C			A				
A	A			B	B					B			D			C					C		
A			C	A	B	A	B	C	D	B		C			A				A				
B		B		B	B			C		B			D			C			A				
A	A			B	B					B			D			C					C		
A			C	A	B	A	B	C	D	B		C			A				A				
B		B		B	B			C		B			D			C			A				
A	A			B	B					B			D			C					C		
A			C	A	B	A	B	C	D	B		C			A				A				
B		B		B	B			C		B			D			C			A				
A	A			B	B					B			D			C					C		
A			C	A	B	A	B	C	D	B		C			A				A				
B		B		B	B			C		B			D			C			A				
A	A			B	B					B			D			C					C		
A			C	A	B	A	B	C	D	B		C			A				A				
B		B		B	B			C		B			D			C			A				
A	A			B	B					B			D			C					C		
A			C	A	B	A	B	C	D	B		C			A				A				
B		B		B	B			C		B			D			C			A				
A	A			B	B					B			D			C					C		
A			C	A	B	A	B	C	D	B		C			A				A				
B		B		B	B			C		B			D			C			A				
A	A			B	B					B			D			C					C		
A			C	A	B	A	B	C	D	B		C			A				A				
B		B		B	B			C		B			D			C			A				
A	A			B	B					B			D			C					C		
A			C	A	B	A	B	C	D	B		C			A				A				
B		B		B	B			C		B			D			C			A				
A	A			B	B					B			D			C					C		
A			C	A	B	A	B	C	D	B		C			A				A				
B		B		B	B			C		B			D			C			A				
A	A			B	B					B			D			C					C		
A			C	A	B	A	B	C	D	B		C			A				A				
B		B		B	B			C		B			D			C			A				
A	A			B	B					B			D			C					C		
A			C	A	B	A	B	C	D	B		C			A				A				
B		B		B	B			C		B			D			C			A				
A	A			B	B					B			D			C					C		
A			C	A	B	A	B	C	D	B		C			A				A				
B		B		B	B			C		B			D			C			A				
A	A			B	B					B			D			C					C		
A			C	A	B	A	B	C	D	B		C			A				A				
B		B		B	B			C		B			D			C			A				
A	A			B	B					B			D			C					C		
A			C	A	B	A	B	C	D	B		C			A				A				
B		B		B	B			C		B			D			C			A				
A	A			B	B					B			D			C					C		
A			C	A	B	A	B	C	D	B		C			A				A				
B																							



HÁBITOS ALIMENTARIOS							
FUMA?	B. ALCOHOL	FRUT. Y VER	GRASAS	VARIADAS	1000 A 1500	1600 A 1900	MAS DE 2000
B	B			C			D
B	B			C			D
B	B		B			C	
B	B			C		C	
A	A			C			D
B	B			C			D
B	B			C			D
A	B			c		C	D
B	B			C		C	
A	A			C			D
B	B			C			D
B	A			C			D
B	B		B			C	
B	B			C		C	
A	A			C			D
B	A			C			D
B	B			C			D
B	B		B			C	
B	A			C		C	
A	A			C			D
B	B			C			D
B	B			C			D
B	B			C		C	
B	B			C		C	
A	A			C			D



B	B			C			D
B	B			C			D
B	B		B			C	
B	B			C		C	
A	A			C			D
B	B			C		C	
B	B			C			D
B	A			C		C	
B	B			C		C	
A	A			C			D
B	A			C			D
B	B			C			D
B	B		B			C	
B	B			C		C	
A	A			C			D
B	B			C			D
B	B			C			D
B	B		B			C	
B	B			C		C	
A	A			C			D
B	B		B			C	
B	B			C			D
B	B		B			C	
B	B			C		C	
A	A			C			D
B	B			C			D
B	B			C			D



B	B			C		C	
B	A			C		C	
A	A			C		C	
B	B			C			D
B	B			C			D
B	B		B			C	
B	B			C		C	
A	A			C			D
B	B			C			D
B	B			C			D
B	B			C		C	
B	B			C		C	
A	A			C			D
B	B			C			D
B	B			C			D
B	A		B			C	
B	B			C		C	
A	A			C			D
A:15 B:45	A:21 B:49		10	60		30	40



Encuesta: Prevención del cáncer de mamas

A) Antecedentes personales

1) Edad 18 a 28

29 a 38

39 a 48

49 o más

2) Estado civil: Soltera Divorciada

Casada Otro

3) Cantidad de hijos: 1 a 3 4 y más Sin hijos

4) Escolaridad: Primaria completa: si no

Secundaria completa: si no

Terciaria completa: si no

Universitaria completa: si no

5) Personas de su familia que hayan padecido cáncer

Si No

B) Conocimientos

1) ¿Qué sabe sobre el cáncer?

Mata Es curable Es operable



2) ¿Con qué frecuencia se realiza el autoexamen mamario?

Una vez por semana

Una vez por mes

Una vez por año

Nunca

3) ¿Recibe información sobre el cáncer de mama en la consulta médica?

Mucha

Medianamente

Poca

No recibe

4) ¿De quién?

Médico

Enfermera

Otro profesional

C) Estilo de vida

1) ¿Fuma? Si No

2) ¿Bebe alcohol? Si No

3) ¿Cómo es la dieta que consume habitualmente?

Dieta rica en frutas y verduras

Dieta rica en grasas: embutidos, fiambres, carnes, etc.

Dieta con variedad de alimentos: pastas, carnes, verduras, lácteos, etc.



4) Ingreso económico aproximado del grupo familiar:

Desde \$ 1000 a \$ 1500

Desde \$ 1500 a \$ 2000

Más de \$ 2000