

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MÉXICO
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERIA Y
OBSTETRICIA**



TESIS

Conocimientos del personal de Enfermería en los diferentes niveles de atención acerca del cuidado a la mujer con cáncer mamario y su relación en la atención Integral.

Que para obtener el Título de Licenciadas en Enfermería y Obstetricia.

P R E S E N T A N

**MA. CRISTINA MEJIA GARCIA
No. de Cuenta 401116849**

LAZARA VEGA CRUZ

No. de Cuenta 401119352

ROSA MA. NAGUATT DOMÍNGUEZ

No. de Cuenta 401118551

DIRECTOR DE TESIS:

SECRETARIA DE ASUNTOS ESCOLARES

Mtra: MARIA DE LOS ANGELES GARCIA ALBARRAN

MÉXICO D. F. FEBRERO 2005

m.3426.32

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

ESTA TESIS NO SALE
DE LA BIBLIOTECA

TITULO

Conocimientos del personal de enfermería en los diferentes niveles de atención acerca del cuidado a la mujer con cáncer mamario y su relación en la atención integral.

Autorizo a la Dirección General de Bibliotecas de la UNAM a difundir en formato electrónico e impreso el contenido de mi trabajo recepcional.

NOMBRE: María Cristina Mejía

García

FECHA: 06- Abril- 05

FIRMA: _____

Autorizo a la Dirección General de Bibliotecas de la UNAM a difundir en formato electrónico e impreso el contenido de mi trabajo recepcional.

NOMBRE: Lázara Vega Cruz

FECHA: 21 Abril 2005

FIRMA: _____

Autorizo a la Dirección General de Bibliotecas de la UNAM a difundir en formato electrónico e impreso el contenido de mi trabajo recepcional.

NOMBRE: Rosa María Wazquez

Damián

FECHA: 6/04/05

FIRMA: Rosa María Wazquez

DEDICATORIAS:

Dedico este trabajo a mi esposo e hijo porque gracias a ellos he logrado superarme y dar un paso más en mi vida con el Amor de hoy y de siempre.

Rosa María.

Dedico este trabajo a mi Esposo e Hijos por el apoyo moral y su paciencia que durante este tiempo me brindaron para hacer posible la realización de mi sueño hoy hecho realidad.

Así mismo le dedico muy especialmente a la Dra. Martha E. González Díaz por el gran apoyo incondicional para la terminación de mis estudios.

Lazara.

Primeramente dedico esta tesis a Dios por haberme brindado en cada momento las fuerzas necesarias para lograr llegar a concluir esta meta. Así mismo a mis Padres porque primeramente me dieron la vida, también al guiar mis pasos a lo largo de mi infancia y adolescencia para así darme la base fundamental de la responsabilidad y tener confianza en mí., También le dedico este trabajo a mi Esposo porque él siempre ha sido la persona que me impulsa para la superación personal y profesional, además por todo el tiempo y el compartir los desvelos y trabajos del hogar. A mis hijos los cuales son el motor de mi vida, la razón de seguir superándome día con día.

A sí mismo a mi amiga y compañera de generación Magda , por compartir momentos difíciles durante el desarrollo de esta Carrera , y siempre tener ese espíritu de superación.

Por último dedico este trabajo a mis amigos y compañeros de trabajo los cuales me han apoyado e impulsado a concluir este sueño.

Cristina.

AGRADECIMIENTOS:

Nuestro mayor reconocimiento va dirigido a la Maestra Ma. De los Ángeles García Albarrán por todo el apoyo brindado para la elaboración de esta investigación que con sus conocimientos nos encauso paso a paso para lograr nuestra meta. Así mismo a la Lic. E: Yolanda Valero Téllez por ese entusiasmo que siempre nos brinda.

Nuestro Reconocimiento va dirigido a Todas las Autoridades de las Unidades de Salud donde laboramos por las facilidades y el apoyo que nos brindaron. Así como al Hospital Juárez de México y a la Escuela de Enfermería de la Secretaría de Salud por las facilidades que nos brindaron en cuanto a los espacios para la realización de esta tesis.

También agradecemos a las compañeras enfermeras que de alguna u otra forma contribuyeron en los resultados obtenidos en la investigación. Contando en la Jurisdicción Sanitaria Ecatepec con el apoyo de las Jefe de Enfermeras de las Unidades Aplicativas, del Hospital General de Tenancingo a la Jefe de enfermeras y a la Coordinadora de Enseñanza de Enfermería. En el Hospital de la Mujer a la jefe de enfermeras, la Subjefe, la Coordinadora de Enseñanza, Supervisoras y Jefes de Servicio.

También agradecemos a todo el personal de Enfermería del nivel operativo que nos brindaron la información al contestar las encuestas aplicadas en los diferentes niveles de atención.

Agradecemos a cada uno de nuestros familiares por su paciencia, tolerancia, apoyo, entusiasmo y tiempo dedicado, para el logro de esta meta en nuestro desarrollo profesional, el cual se vera culminado con nuestra titulación.

Mil gracias sinceramente:

Rosa María, Lazara y Cristina.

I N D I C E

CONTENIDO	NUM. PAG.
INTRODUCCIÓN -----	1
OBJETIVO GENERAL-----	2
OBJETIVO ESPECIFICO-----	2
I PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA-----	3
II CONTEXTO DE LA INVESTIGACIÓN -----	6
III MARCO TEORICO -----	18
1.- Antecedentes Históricos-----	18
2.- La lucha contra el Cáncer mamario en México-----	20
3.- Epidemiología-----	24
- Definición del Cáncer de Mama-----	24
- Etiología-----	25
- Factores de Riesgo-----	27
- Prevención-----	31
4.- Fisiopatología-----	33
- Anatomía y Fisiología-----	34
- Signos y síntomas-----	39
- Diagnostico-----	42
- Tratamiento -----	44
5.- Atención de Enfermería a la paciente con cáncer mamario del 1º, 2º y 3º nivel.-----	50
- Atención de Enfermería a la paciente con cáncer mamario en hospitalización.-----	55
- Atención psicología del personal de enfermería a la paciente con cáncer mamario. -----	65
- Atención de Enfermería a la paciente con cáncer mamario en fase terminal.-----	67
6.- La enfermería y los aspectos legales en el ejercicio profesional.-----	80
7.- Derechos del paciente que viven con cáncer de mama.-----	85
8.- Complicaciones-----	87

9.- Pronostico-----	89
IV METODOLOGIA-----	91
1.- Hipótesis General y Nula-----	91
2.- Variables dependiente e independiente-----	92
3.- Tipos de investigación-----	93
4.- Universo, Población y Muestra 1º Nivel-----	94
4.1 Universo Jurisdicción Ecatepec-----	94
4.1.2 Población Jurisdicción Ecatepec-----	95
4.1.3 Muestra Jurisdicción Ecatepec-----	95
4.2 Universo Población y Muestra 2º Nivel-----	96
4.2.1 Universo Hospital General de Tenancingo-----	96
4.2.2 Población Hospital General de Tenancingo-----	96
4.2.3 Muestra Hospital General de Tenancingo-----	96
4.3 Universo, Población y Muestra 3º Nivel-----	97
4.3.1. Universo Hospital de la Mujer-----	97
4.3.2 Población Hospital de la Mujer-----	97
4.3.3 Muestra Hospital de la Mujer-----	97
5.- Criterios de Selección-----	98
6.- Recursos para el desarrollo de la investigación-----	100
7.- Cronograma-----	102
8.- Instrumentos de recolección de datos-----	102
- Cuestionario -----	103
9.- Indicadores-----	110
V PLAN DE RECOLECCION DE DATOS-----	111
1.- Plan Estadístico-----	111
VI PRESENTACIÓN DE RESULTADOS-----	125
1.- Análisis Estadístico-----	125
Presentación de Cuadros-Gráficos y Análisis Estadístico-----	126
- Conclusiones-----	205
- Sugerencias -----	209
ANEXOS-----	212
- Glosario-----	240
Bibliografía-----	243

INTRODUCCIÓN.

Es bien sabido que el sexo femenino es muy susceptible a padecer con mayor frecuencia daños a la salud a diferencia del hombre, debido a que los cambios culturales, el crecimiento demográfico y las necesidades económicas, que se han modificado en gran medida con el paso del tiempo y la evolución industrial.

El cáncer mamario en nuestro país ha causado un gran número de muertes, la pérdida de un importante número de años de vida saludable y una carga económica considerable para múltiples familias mexicanas.

El aumento en la morbi mortalidad por cáncer de mama en nuestro país es preocupante y si tomamos en cuenta que si este padecimiento se detecta en forma oportuna por medio de un adecuado diagnóstico, se le realiza el tratamiento desde sus primeros estadios, todo esto mejorara el pronostico para la mujer que curse con esta patología o presente diversos factores de riesgo para padecer el cáncer mamario, por lo que resulta necesario brindar información y servicios accesibles para fomentar la toma de conciencia en la mujer y en los prestadores de servicios de salud, sobre su responsabilidad en la disminución de riesgos y detección temprana, que permita el tratamiento oportuno.

Por lo tanto la presente investigación se Justifica. Con la Identificación del conocimiento que tiene el personal de enfermería en los diferentes niveles de atención sobre el cáncer de mama, así sabremos que calidad de atención esta recibiendo la mujer que sufre esta enfermedad. El presente trabajo se ubica en las unidades de salud que conforman: Primer Nivel: La Jurisdicción Sanitaria Ecatepec, Estado de México, Segundo nivel: Hospital General de Tenancingo, Estado de México y Tercer Nivel: Hospital de la Mujer, Distrito Federal, los cuales pertenecen a la Secretaría de Salud.

Una buena atención de enfermería ayuda a recuperar la salud de la mujer y con ello a mejorar la calidad de vida de ella y su familia.

Con esta investigación y sus resultados, las Unidades de Salud de los diferentes niveles de atención podrán aplicar estrategias tendientes a mejorar la atención proporcionada por el personal de enfermería y de esta forma contribuir a la disminución de la incidencia del cáncer mamario.

OBJETIVO GENERAL:

- Identificar el grado de conocimientos sobre el cáncer mamario, que tiene el personal de enfermería en los diferentes niveles de atención y la forma que esto influye en la incidencia de cáncer mamario en la población femenina.

OBJETIVOS ESPECIFICOS:

- ▶ Identificar el nivel de conocimientos que tiene el personal de enfermería de la Jurisdicción Sanitaria Ecatepec, sobre la prevención y detección oportuna y el seguimiento del cáncer mamario.
- ▶ Identificar el nivel de conocimientos que tiene el personal de enfermería del Hospital General de Tenancingo, sobre la prevención y detección oportuna del cáncer mamario.
- ▶ Identificar el nivel de conocimientos que tiene el personal de enfermería del Hospital de la Mujer, sobre el tratamiento y rehabilitación del cáncer mamario.

I.- PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

-DESCRIPCION DEL PROBLEMA:

Al verse un incremento en incidencia del cáncer mamario en los últimos 4 años y considerando que este padecimiento puede ser detectado y diagnosticado a tiempo, con la participación activa del personal de enfermería que se encuentra en los diferentes niveles de atención de salud, surge la inquietud de realizar una investigación sobre los conocimientos y la atención que proporciona el personal de enfermería a las usuarias con este padecimiento.

-IDENTIFICACION DEL PROBLEMA:

¿Cuáles son los conocimientos que tiene el personal de enfermería en los diferentes niveles de atención en relación al cuidado integral de la mujer con cáncer mamario?

UBICACIÓN DEL PROBLEMA:

El presente trabajo de investigación se ubica en las unidades de salud de los diferentes niveles de atención, en el Primer Nivel: Jurisdicción Sanitaria Ecatepec, Estado de México, Segundo nivel: Hospital General de Tenancingo, Estado de México y Tercer Nivel: Hospital de la Mujer, Distrito Federal, los cuales pertenecen a la Secretaría de Salud.

Relacionándose con las áreas de: Epidemiología, Salud Pública, Ginecología y Oncología.

- **Se relaciona con la Epidemiología;** siendo una disciplina que estudia la distribución de frecuencia de las enfermedades o eventos y fenómenos de la salud en grupos sociales y los factores que influyen sobre la ocurrencia y variación de esta distribución.¹
La epidemiología del cáncer es una disciplina analítica que estudia los patrones del cáncer y sus causas para así poder tratar de prevenirlo.
- **"salud Pública** es el arte y la ciencia de: Prevenir las enfermedades, prolongar la vida y fomentar la salud y la eficiencia mediante el esfuerzo organizado de la comunidad, para el saneamiento del medio, el control de los padecimientos transmisibles, la educación de los individuos en higiene personal, la organización de los servicios médicos y de enfermería para el diagnóstico temprano y tratamiento preventivo de las enfermedades, y el desarrollo de un mecanismo social que asegure a cada persona un nivel de vida adecuado para la conservación de la salud. Organizando estos beneficios de tal modo que cada ciudadano se encuentre en condiciones de gozar de su derecho natural a la salud y a la longevidad."²
- **Ginecología:** rama de la medicina que estudia la fisiología y patología del aparato reproductor femenino en situación no

¹ Kahl Martín Coliman, "Fundamentos de Epidemiología" Ediciones Díaz Santos, S.A., 1990, p. 2.

² Álvarez Alba, "Salud Pública y Medicina Preventiva", Edit. Manual Moderno, 1991, Pág. 30.

gestante. Los médicos especializados en la práctica de la ginecología son los ginecólogos. Su formación y calificación, tanto médica como quirúrgica, tiene por objeto el tratamiento de los aspectos relacionados con la función reproductora y sexual de las mujeres.

- **Oncología:** Rama de la Medicina derivada de la Medicina Interna que estudia los aspectos médicos de las neoplasias y la terapia de los tumores mediante tratamientos farmacológicos, endocrinos e inmunológicos, así como por el conocimiento y aplicación de las terapias específicas de soporte (quimioterapia, radioterapia y cirugía).³

³ Gianni Bonadonna y Gioacchino Robustelli Della 1983 Ed. Masson 1ª Edición P.p. 279

II.- CONEXTO DE LA INVESTIGACIÓN

1ER. NIVEL DE ATENCIÓN

JURISDICCION SANITARIA ECATEPEC

LOCALIZACIÓN;

La Jurisdicción Sanitaria Ecatepec se localiza en el noroeste del Estado de México, se conforma por dos municipios, el de Ecatepec (con 155.49 Km²) y el de Coacalco (con 47.89 Km²), con una extensión territorial de 203.38 Km² y representa el 0.94% de la superficie del Estado de México. Se encuentra conformado por 415 colonias y cinco pueblos.



Límites: Al Norte con el municipio de Tultitlán y Tecamac, al Sur con el Distrito Federal y Municipio de Netzahualcoyotl, al Oeste con los municipios de Atenco y Acolman, al Poniente con Tlalneantla y la Sierra de Guadalupe.

Por su cercanía con la Ciudad de México y por tener colindancias con los municipios antes mencionados, Además de contar con una importante zona industrial, el municipio se ha convertido en un lugar cosmopolita y de gran atractivo para amplias corrientes migratorias, esto ha proporcionado el desarrollo de una cultura rica y plural, dada la diversidad de los factores que confluyen, incrementando el potencial de su poblacional en su mayoría jóvenes.

De esta forma se contaba con una población de 1.900,096 habitantes en 1993, siendo actualmente 1, 961,009 habitantes para la Jurisdicción Ecatepec en 2004.⁴

La estructura poblacional de la Jurisdicción Ecatepec es considerada como una población joven en proceso de envejecimiento.

Para efecto del programa de Salud Reproductiva de la Jurisdicción Ecatepec, interesa primordialmente el número de mujeres en edad fértil unidas, indicador que se ha venido incrementando año con año, de esta manera, para el 2003 se cuenta con una población de 316,294 mujeres en edad fértil unidas y para el 2004, se tiene una población de 319,645 mujeres en edad fértil unidas, que representa el 16.30 del porcentaje de la población total de la jurisdicción

La cobertura por institución se distribuye, con un 39.9% para ISEM (Instituto de Salud del Estado de Mexico) y un 9.75% para el DIFEM (Desarrollo Integral de la Familia del Estado de Mexico) . En la población derechohabiente, el 36.92% corresponde al IMSS, el 11.14% al ISSSTE, el 2.2.6% al ISSEMYM, y el 0.03% a Medicina Privada. De la población abierta hay población que no tiene acceso a los servicios de salud y que, según la regionalización operativa, es el 16% de la población total.

EVOLUCION HISTORICA DE LA JURISDICCION SANITARIA ECATEPEC

El funcionamiento de la Jurisdicción Sanitaria Ecatepec inicio con el programa Nacional de Áreas marginadas en el año de 1981, contando en ese momento con 14 Centros de Salud de tipo Urbano y una Jefatura Jurisdiccional.

A raíz de los hechos ocurridos en el Distrito Federal durante el terremoto, del 19 de septiembre de 1985.

El gobierno federal y la asociación GTZ de origen Alemán, (la cual brindo fondos económicos como donativos por el terremoto de 1985), llegaron al acuerdo de construir 3 Centros de Salud Comunitarios y un Hospital General en el Municipio de Ecatepec. Los cuales durante el año de 1988 se inauguraron para brindar servicios de salud a la población demandante.

En este mismo año da inicio la construcción de la Clínica Maternidad Chiconautlan 3000. La cual fue el resultado de la coordinación de los

⁴ Juan Luis Trujillo Martínez Programa de Salud Reproductiva Jurisdicción Sanitaria Ecatepec 2004. Pp. 21

líderes de Colonia CD. Cuauhtemoc y autoridades municipales de Ecatepec.

En el 1989 da inicio a sus funciones, teniendo como objetivo principal la atención de partos de bajo riesgo.

Durante el año de 2002, la capacidad de los servicios de salud se ven afectada debido al incremento poblacional que presenta el Municipio de Ecatepec, este fenómeno se agudiza en las Colonias Jardines de Morelos, Tablas del Pozo, Miguel Hidalgo y Texalpa. Por tal motivo durante este mismo año se inauguran cuatro Centro de Salud.

Teniendo como principal función elevar la calidad de vida de la población que no cuenta con seguridad social

La funciónabilidad operativa de los Centro de Salud, no solo dependen de las actividades intramuros, sino también extramuros por lo que el Estado de México cuenta además de recursos de campo (Técnico en Atención Primaria a la Salud –TAPS–), con ello se conforman los núcleos básicos de salud integrados por un medico, una enfermera y un TAPS, realizando actividades integradas en la atención primaria a la salud.

ORGANIZACIÓN Y FUNCIONAMIENTO

La Jurisdicción Sanitaria Ecatepec depende del Instituto de Salud del Estado de México (ISEM), este a su vez de la Secretaria de Salud El ISEM, cuenta con 19 Jurisdicciones, Ecatepec es la número 17.

La distribución de los Centros de salud en la Jurisdicción de acuerdo a municipios es:

Municipio de Coacalco se encuentran 2 Unidades de Primer Nivel de Atención.

Municipio de Ecatepec cuenta con 20 Centros de Salud Urbano, una Clínica Maternidad y un Hospital General "Dr. José Ma. Rodríguez".

Los servicios asistenciales con los que cuentan cada Centro de Salud son: Dirección y Coordinación Municipal, Administración, Estadística, Farmacia, Almacén, Caja, Archivo, Servicio de Odontología, Enfermería, Clínica de Hidratación Oral, Inmunizaciones y Curaciones, Ceye, Consultorio de Planificación Familiar Consultorios de Consulta General, Sala de Espera, Aula, Cuarto de Aseo, Vestidores para el Personal y Sanitarios Públicos.

El tipo de Población que se atiende; es en su mayoría de un nivel socio económico bajo y la gran mayoría no cuenta con Seguridad Social.

El directorio de la Jefatura de la Jurisdicción Sanitaria Ecatepec de encuentra conformado de acuerdo a como se presenta en el cuadro del Anexo No. 1.

La Organización Funcional de la Misma se especifica en el Organigrama Anexo 2.

La Población Jurisdiccional ha tenido una tendencia ascendente durante el periodo comprendido desde el año 1992 al 2004 la cual se especifica en el Cuadro de Anexo 3.

Uno de los componentes del Programa de Salud Reproductiva, es el Programa de Cáncer Mamario el cual se lleva a cabo en cada una de las Unidades de Salud antes mencionadas por medio de las siguientes acciones:

Difusión del Programa por parte del personal de enfermería, asesoría y consejería sobre la autoexploración mamaria.

Realización de la Exploración mamaria por parte del personal medico y paramédico.

Detección y seguimiento de patologías mamarias

Detección, referencia y seguimiento de casos sospechosos de cáncer mamario y referencia oportuna de cáncer mamario.

Dictaminación de Muertes por cáncer mamario.

Por lo anterior es necesario mencionar el comportamiento de las patologías mamarias presentadas durante el año de 2004. Ver Anexo 4, Así mismo la mortalidad del periodo comprendido del año 2002 al 2004.

2º. NIVEL DE ATENCIÓN

HOSPITAL GENERAL TENÁNCINGO

UBICACIÓN:

Sobre la Prolongación Madero y Dr. Genaro Díaz Mañón. Esquina con Av. De los Insurgentes.

ANTECEDENTES HISTÓRICOS:

El terreno en que actualmente se encuentra construido el Hospital General de Tenáncingo, fue adquirido por el Gobierno Federal. Siendo el Director General de Servicios de Coordinación de Salud del Estado de México. Se inauguró el 1º de junio de 1986 y entró en servicio el 13 de noviembre del mismo año.

El hospital fue construido ante la necesidad de un área de salud en esta ciudad y por la gran demanda sanitaria y asistencial de la población de la ciudad de las comunidades aledañas.

Anteriormente, en el año de 1939, se había construido el Centro de Salud que cubría las necesidades de atención y prevención que requería la población; en años anteriores a 1986, se inicia la construcción del nuevo Hospital y se lleva a cabo conjuntamente con el Programa de Descentralización de los Servicios de Salud.

El costo de dicho Hospital fue de 450 millones de pesos. Beneficiando en este tiempo a 10 mil habitantes. Sus puertas se abrieron el día 13 de noviembre de 1986, teniendo como primer paciente a la Sra. Leticia Serrano Arévalo, en el servicio de Ginecología. El hospital tiene ya, 18 años de prestar servicio a la comunidad.

Los servicios con que inició fueron: cirugía, ginecología, obstetricia, medicina interna, pediatría, rayos X, odontología, banco de sangre; posteriormente, y debido a la gran demanda de pacientes con insuficiencia renal crónica, que requiere tratamiento con diálisis peritoneal, se implemento un área para este fin. Por iniciativa de la Dra.

Martha Eugenia González Díaz, y con la cooperación del personal de la institución, se compró el equipo propio para esta sala, quedando lista el 27 de abril de 1991. La primer paciente de esta unidad de diálisis fue la Sra. Consuelo Sandoval García.. Este programa no pudo continuar, debido a la falta de apoyo y al desabasto de soluciones dialisantes, principalmente.

En 1993, se contó con el servicio de Traumatología y Ortopedia, a cargo del Dr. Damián Pichardo Salazar. Este servicio dio gran apoyo a la comunidad debido a la gran incidencia de pacientes con traumatismo en diferentes grados, incrementándose con esto la ocupación del Hospital.

En febrero de 1994, por el programa de Solidaridad se implantaron y modificaron algunas áreas, entre ellas, las casetas y las lámparas de acceso al servicio de urgencias. Se donó una mesa de operaciones hidráulica y se implementó la Unidad de Cuidados Intensivos, con equipos como: monitores, cuna térmica, camas, lámparas, tripie, desfibrilador, etc.

La terapia intensiva fue diseñada para atención del paciente adulto, pero en especial para pacientes pediátricos. En 1997, se decide que sólo sería para pacientes pediátricos, debido a que este servicio era el mejor cubierto por el área médica. Gracias a ello se disminuye el traslado de pacientes pediátricos a la ciudad e Toluca. Además, se adquiere un gasómetro, debido a la gran demanda.

En 1993, se asigna el espacio para la Biblioteca por el incremento de libros y revistas. Esta área está a cargo de la Dra. Martha Rodríguez Solano.

Los directores que han tenido a su cargo, de Manero cronológica el Hospital, han sido

1. Nicandro Nateras
2. Antonio Barrera
3. Agustín Dávalos Flores
4. Ladislao Vilchis Cardona
5. Joaquín Labastida Díaz
6. Juan Felipe Murguía Cedillo

Las Jefes de Enfermeras:

1. Enf. Esp. Blasa Orihuela Maya
2. Lic. Enf. Sandra López Romero
3. En. Esp. Virginia Castañeda Rodea
4. Lic. Enf. Violeta Camacho González

DEPENDENCIA.

Esta institución depende del Instituto de Salud del Estado de México (ISEM)

ZONA DE AFLUENCIA:

Personas que habitan en los alrededores de la ciudad de Tenáncingo, municipios y rancherías cercanas. Por lo general, la gente que acude es de nivel socioeconómico bajo y medio bajo; con hábitos higiénicos y dietéticos deficientes. Entre los municipios que acuden se tienen los siguientes: Almoloya de Alquisiras, Coatepec Harinas, Villa Guerrero, Ixtapan de la Sal, Tenango del Valle, Texcaltitlán, Pilcaya Guerrero, Malinalco, Chalma, Joquicingo, Santa María Jajalpa, Santa María Rayón, Zumpahuacán, etc.

CARACTERÍSTICAS DE LA PLANTA FÍSICA.

- Distribución total del área: 20,530.9 m²
- Superficie construida: 3,784.19 m²

DISTRIBUCIÓN DE SERVICIOS: Se encuentra dividido en áreas, las cuales son:

Área de Gobierno: donde se encuentran las siguientes oficinas:

1. Dirección
2. Sala de Juntas
3. Jefatura de Enfermería
4. Oficina de Pagos
5. Administración
6. Recursos Humanos
7. Recursos Financieros
8. Secretarías

Área de Consulta Externa: con los siguientes servicios (consultorios):

1. Ginecología y Obstetricia
2. Pediatría
3. Cirugía General
4. Medicina Interna
5. Traumatología y Ortopedia
6. Medicina Preventiva
7. Aula
8. Medicina General
9. Epidemiología
10. Caja
11. Archivo Clínico
12. Trabajo Social
13. Recepción
14. Laboratorio Clínico

CLASIFICACIÓN DE LA INSTITUCIÓN

TIPO DE CONSTRUCCIÓN: Horizontal.

SERVICIO QUE PRESTA. El tipo de servicio que presta es abierto y de segundo nivel de atención, contando con los siguientes servicios:

1. Ginecología y Obstetricia
2. Medicina Interna
3. Pediatría
4. Cirugía
5. Traumatología y Ortopedia
6. Terapia Intensiva Pediátrica y de Adultos
7. Inmunizaciones
8. Laboratorio Clínico
9. Rayos X
10. Banco de Sangre

LOCALIZACIÓN: El Hospital se encuentra localizado al Oriente de la ciudad de Tenancingo, limitado:

- Al Norte: Prolongación Madero s/n.
- Al Sur: Calle Dr. Genaro Díaz Mañón
- Al Oriente: Río de la Trinidad
- Al Poniente: Av. De los Insurgentes

CAPACIDAD: El Hospital cuenta con una capacidad de 99 camas, de las cuales 6' son censables y, 39 no censables.

POBLACIÓN QUE ATIENDE: Al público en general, es decir, atiende a la población abierta; predominando, en su mayoría, los que carecen de seguridad social y, que acuden a solicitar atención médica en cualquiera de las especialidades con las que cuenta.

TIPO DE GOBIERNO: Federal (descentralizado)

POR PERÍODO DE ESTANCIA:

- Corta. Cuando la estancia es de 1 a menos de 15 días hábiles
- Prolongada. Cuando la estancia es de más de 15 días hábiles

Los pacientes que ingresan, en general, son pacientes con padecimientos agudos, crónicos y paliativos.

FUNCIONES Y ACTIVIDADES REALIZADAS POR NIVELES

SEGUNDO NIVEL DE ATENCIÓN

HOSPITALIZACIÓN: Del cual se desglosan los siguientes servicios:

- Medicina General
- Cirugía General
- Pediatría
- Terapia Intensiva Pediátrica
- Cuneros Fisiológicos
- Cuneros Patológicos

Se describirán las actividades relacionadas en cada una de ellos y de la misma manera se describirán los servicios de:

- Urgencias
- Tocoquirúrgica
- Quirófano
- Recuperación
- C.E.Y.E.

PROGRAMA DE ATENCIÓN DE SALUD QUE PRESTA EL HOSPITAL

1. Hospital Amigo del Niño y de la Madre
2. Salud Reproductiva y de la Mujer
3. Vacunación Universal
4. Zoonosis
5. AIMA (Atención Integral a la Madre Adolescente)

DISTRIBUCION DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA POR CATEGORIA Y TURNO

Turno	Licenciada en Enfermería	Enfermera Especialista	Enfermera General	Auxiliar de Enfermería	Total
Matutino	4	1	11	11	27
Vespertino		3	5	6	14
Nocturno A.		2	6	3	11
Nocturno B.	1	1	5	3	10
Nocturno C.		1	6	3	10
T. Especial	4	2	8	2	16
Total	9	10	41	28	88

Fuente: Datos Recopilados del Archivo del Hospital.

3º. NIVEL DE ATENCIÓN

HOSPITAL DE LA MUJER

El Hospital de la Mujer depende de la Dirección General de Asistencia Médica, de la Subsecretaría de Asistencia de la SS. Es un hospital general para la atención médica de la mujer y del recién nacido de partos atendidos en dicha institución. Destinado principalmente para la población de escasos recursos que no está protegida para los servicios de seguridad social del país,

Filosofía

Contribuir a disminuir la morbi – mortalidad de la mujer y del recién nacido.

Misión

Proporcionar atención gineco – obstétrica y oncológica con calidad y sentido humano a la mujer, así como la formación de recursos humanos en la especialidad de gineco – obstetricia.

Visión

Proporcionar atención médica a toda paciente que lo solicite.

Objetivo General

Coadyuvar al mejoramiento de las condiciones de salud de la población femenina, proporcionando atención gineco – obstetra y oncológica íntegra, con calidad y sentido humano a fin de reducir los índices de morbi – mortalidad y contribuir a la formación de recursos humanos en gineco – obstetricia.

HOSPITAL DE LA MUJER

DIRECTORIO:

Dr. Juan Luis García Benavides

Director del Hospital

E.A.S.E. Ma. de la Paz Herrera Bravo

Jefe del Depto. de Enfermería

Enf. Ma. Elena Ramírez Pérez

Subjefe del Depto. de Enfermería

Enf. Ma. de Lourdes Rivera Vázquez

Coordinadora de Educación Continua

E.A.S.E. Ma. Gloria Ruiz Rivera

Coordinadora de Educación Continua

III.- MARCO TEORICO:

1.- ANTECEDENTES HISTÓRICOS DEL CÁNCER DE MAMA

El cáncer es una enfermedad que ha aquejado al hombre desde hace muchos años. En estudios practicados a momias Egipcias de casi 50 mil años de antigüedad se han encontrado diferentes signos de cáncer. Se sabe también que hacia el año 2000 a. C. se utilizaba el arsénico y la cirugía para tratar esta enfermedad.

Es prácticamente imposible visualizar lo que el cáncer de mama significa para las mujeres que vivieron antes del desarrollo de la cirugía moderna. Mientras no se descubría la anestesia, en 1846 se comprendieron y se controlaron las infecciones de las heridas, 30 años después, el tratamiento durante la primera mitad del Siglo XIX, no era mejor que el de los tiempos antiguos: ungüentos y lineamientos para las úlceras, la extirpación brutal de la mama mediante cauterización o bisturí, tratamientos totalmente inadecuados para manejar los tumores ulcerados y dolorosos de la pared torácica. El cáncer de mama constituía un verdadero azote, uno de los más tremendos de la condición de ser mujer.⁵

Antecedentes del cáncer de mama a nivel mundial.

En los países occidentales, el cáncer de mama representa el tumor mas frecuente en la mujer. En Norteamérica y en Europa Occidental una de cada 14 – 16 mujeres presenta el riesgo de manifestar clínicamente un cáncer de mama en el curso de una vida media normal. Tal riesgo es bastante inferior en mujeres de raza negra de origen Africano y en las Orientales (sobre todo Japonesas). La enfermedad representa la primera causa de muerte por tumor en la mujer, particularmente en las mujeres comprendidas entre 35 y 54 años, mientras que en las de edad superior a 55 es la segunda causa después de las enfermedades cardiovasculares. El carcinoma de mama representa por este motivo, un problema sanitario de gran importancia, con implicaciones económicas y sociales de considerable entidad.⁶

⁵ González Barón, "Fundamentos de Oncología Médica", ED Interamericana 1994 Pp 236

⁶ Kumar Vinay, "patología Humana", ED. Mosby- Doyma, 1997, Doceava Edición Pp 302

En las últimas décadas se han llevado a cabo inmensas investigaciones y los científicos cada día tratan de descubrir como erradicar este mal, debido al aumento en su frecuencia y al mal pronóstico que se tienen de la mayoría de las neoplasias. Los últimos 20 años constituyen uno de los periodos más fascinantes en la historia de la biología y la medicina, ante todo en el campo de la Oncología.⁷

⁷ Griffiths Margaret, "Oncológica Básica", ED. Interamericana, 1996, Pp. 276

2.- La lucha contra el Cáncer Mamario en México

A partir del reporte de los primeros casos de esta enfermedad en nuestro país ha sido motivo de múltiples actividades de investigación, eventos culturales, actualización de las autoridades del sector salud, objeto de vigilancia epidemiológica constante, se le ha dado un espacio en todos los medios de comunicación.

Es fundamental para lograr una verdadera participación comunitaria la vinculación de las instituciones de salud del sector público como los organismos de la sociedad civil y del sector privado. Se deberá capacitar a los promotores institucionales y voluntarios con los elementos que derivan de las normas oficiales y lineamientos técnicos, con énfasis en el absoluto respeto a la dignidad de la mujer.⁸

Por lo tanto el Proyecto de Norma Oficial Mexicana para la Prevención Diagnóstico, Tratamiento, Control y Vigilancia Epidemiológica del Cáncer de Mama publicada en el Diario Oficial de la Federación el 16 de Enero de 1995, y se elaboro con la participación de representantes de todas las instituciones del sector salud, así como de la sociedad civil, integrantes del subcomité nacional de Normalización en Salud Reproductiva y de especialistas de Oncología mamaria.

Estas disposiciones establecen:

- ➔ Toda la población particularmente la femenina, tiene derecho a recibir información y orientación sobre el cáncer de mama, los factores de riesgo y sus repercusiones sobre su salud.
- ➔ Todas las mujeres tienen derecho a recibir atención a su salud en cualquier momento que soliciten en especial en las etapas de riesgo para estas neoplasias malignas.
- ➔ La formación y prestación de servicios deben otorgarse considerando la diversidad cultural y étnica de la población.
- ➔ La prestación de los servicios de salud de las mujeres debe realizarse con una clara perspectiva de género.⁹

⁸ Norma Oficial Mexicana para la Prevención, Diagnóstico, Tratamiento Y Seguimiento del Cáncer Mamario 1994. Pp. 16.

⁹ Ídem

La prevención control y tratamiento del cáncer mamario constituye una prioridad en nuestro país. Los cambios de estilo de vida producidos en los últimos años han modificado los patrones de morbilidad y mortalidad.

El cáncer de mama representa un problema de salud pública, determinando un gran reto para los servicios de salud. En México constituye la segunda causa de mortalidad por neoplasias malignas entre mujeres de 35 años y más. Durante la última década, el número de defunciones por esta patología ha aumentado a un ritmo muy acelerado.

Por lo que es necesario fomentar la toma de conciencia entre la población femenina y entre los prestadores de servicios de salud, su responsabilidad en la disminución de riesgos y en la detección temprana del cáncer mamario para su tratamiento oportuno.¹⁰

El cáncer mamario es una enfermedad con gran potencial de detección temprana y en los primeros estadios altamente curable, el personal de atención primaria a la salud desempeñan un papel clave para detectar alteraciones de este tipo y de educar a la población femenina sobre métodos detección oportuna de cáncer mamario.

La Norma Oficial Mexicana considera necesario llevar a cabo acciones de prevención que reduzcan la incidencia de cáncer mamario, a través de educación y promoción para la salud orientados a tomar conciencia y auto responsabilidad de tipo individual, familiar y comunitaria.¹¹

Se requiere que las acciones de prevención primaria reduzcan la incidencia de la enfermedad a través de educación para la salud y promoción de la participación social, orientados a tomar conciencia y auto responsabilidad en individuos, familias y grupos sociales, con el propósito de que proporcionen facilidades y participen activamente en las acciones de promoción de la salud, cuidados y control de estas enfermedades.

Deben considerarse como factores de riesgo para cáncer mamario:

- ✓ Ser mayor de 35 años

¹⁰ Programa de Acción Prevención y control del cáncer mamario -SSA -Programa Nac. De Salud 2001-2006.

¹¹ Norma Oficial Mexicana para la Prevención, Diagnostico, Tratamiento y Seguimiento del Cáncer Mamario 1994.Pag. 14

- ✓ Historia familiar o personal de cáncer mamario
- ✓ Nuliparidad
- ✓ Primer embarazo después de los 30 años
- ✓ Antecedentes de patología mamaria (displasias)
- ✓ Menarca temprana (primer menstruación antes de los 12 años de edad)
- ✓ Menopausia tardía (después de los 52 años de edad)
- ✓ Uso prolongado de estrógenos (más de cinco años)
- ✓ Obesidad (dieta rica en grasas)
- ✓ Tabaquismo
- ✓ Diabetes
- ✓ Alimentación deficiente en folatos

Prevención secundaria.

Es necesario para la detección del cáncer mamario el descubrir y tratar el cáncer en sus etapas tempranas, los métodos que deben ser utilizados son: examen clínico, autoexploración y estudios de gabinete: mastografía y ultrasonido, en pacientes con riesgo.

El diagnóstico temprano realizado por la exploración clínica anual por el médico, es capaz de incrementar la supervivencia en un 95% de los casos a cinco años, a diferencia de las mujeres no controladas que sólo alcanzan el 75%. Este procedimiento debe ser de rutina en todas las mujeres mayores de 25 años que asistan a las unidades de salud.

La autoexploración mensual se debe realizar a partir de la Menarca entre el 7o. y 10o. día del ciclo y en un día fijo en la Postmenopausia, esta técnica se debe enseñar a todas las mujeres que acudan a una unidad médica.

El empleo de la mastografía se debe practicar cada 2 años después de los 40 años de edad, en mujeres con riesgo.

Seguimiento, control y tratamiento del Cáncer Mamario.

El control del cáncer mamario debe comprender la identificación, atención y tratamiento de la paciente, la notificación y el registro del caso.

La identificación de la paciente con sospecha de cáncer mamario, requiere:

- ✓ Datos clínicos: tumor mamario (de bordes no precisos, mal definido, indoloro), adenopatía axilar, secreción por pezón (sanguinolenta), depresión de la piel, ulceración y/o hemorragia.
- ✓ Estudio citológico positivo.
- ✓ Estudio mastográfico positivo.
- ✓ Estudio histopatológico positivo.

El control y tratamiento de las pacientes con patología mamaria serán establecidos en los tres niveles de atención. Si el examen clínico de las mamas es normal se cita a control anual, si se detecta patología mamaria no oncológica, comprobado por clínica y por mastografía, se enviará a la paciente a consulta ginecológica en un segundo nivel de atención; ante un caso de sospecha de malignidad, se canaliza inmediatamente al Servicio de Atención Oncológica en un tercer nivel de atención.

Si es posible contar con equipo de mastografía, debe realizarse el estudio cada 2 años después de los 40 años de edad en mujeres con alto riesgo y ultrasonido en las de menor edad, si son mujeres con riesgo.

3.- Epidemiología

La epidemiología del cáncer es una disciplina analítica que estudia los patrones del cáncer y sus causas para así poder tratar de prevenirlo.

En Mexico se registran un promedio de 130 000 casos anuales y se estima que aproximadamente 45 000 personas fallecen por cáncer en un año.

Como producto del nuevo escenario demográfico y de la transición epidemiológica que vive actualmente nuestro país, el cáncer de mama constituye la segunda causa de mortalidad por neoplasia maligna entre las mujeres de 25 años y más. Diariamente en Mexico se registran diez muertes por esta causa, que ha generado la pérdida de un importante número de años de vida y de una carga económica considerable para múltiples familias. Para dar respuesta a este importante problema de salud pública, el Programa Nacional de Salud 2001 – 2006, establece como una de sus estrategias sustantivas, el Programa de Acción para la Prevención y el Control de Cáncer Mamario.¹²

Es posible precisar la frecuencia con que se presenta esta entidad. Sin embargo se considera presente en 25 a 35 de cada 100 mil mujeres, pero si se incluye las etapas preinvasoras pueden alcanzar cifras de mil casos por cada 100 mil mujeres.

Definición del Cáncer de Mama:

El cáncer de mama es una enfermedad en la cual se desarrollan células cancerosas en los tejidos de la mama. Las glándulas mamarias se componen de varios racimos de lóbulos y lobulillos conectados mediante unos conductos delgados, a modo de ramas de un árbol, en estos conductos se desarrolla el cáncer de mama mas frecuente que es el cáncer ductal, el otro tipo de cáncer de mama es el carcinoma lobular.¹³

La proliferación de las células malignas dentro de la mama avanza, siguiendo el trayecto de los vasos sanguíneos y linfáticos hasta la piel.

¹² Norma Oficial Mexicana para la Prevención, Diagnóstico, Tratamiento y Seguimiento del Cáncer Mamario 1994.

¹³ Arenas María Elena, "Manual de Procedimientos en Quimioterapia Antineoplásica" Hospital ISSSTE "Fray Junipero Serra". Mexico, Baja California Sur 1999 – 2001, pp 111-120

También por los vasos linfáticos llegan a los ganglios linfáticos o por los vasos sanguíneos a diferentes órganos donde prolifera (metástasis). El cáncer se distribuye frecuentemente hacia los ganglios como los axilares, mama interna y supra claviculares. Los órganos que más se afectan por metástasis de cáncer de mama son, los huesos, hígado, pulmón y cerebro.¹⁴

Cáncer: Es el crecimiento tisular patológico originado por una proliferación continua de células anormales que produce una enfermedad por su capacidad para elaborar sustancias con actividad biológica nociva, por su capacidad de expansión local o por su potencial de invasión y destrucción de los tejidos adyacentes o a distancia. El cáncer, puede originarse a partir de cualquier tipo de célula de los diferentes tejidos del organismo, no es una enfermedad única sino un conjunto de enfermedades con manifestaciones y curso clínico muy variables en función de la localización y de la célula de origen.¹⁵

Etiología:

No se conoce la causa específica del carcinoma de mama, pero al parecer hay factores que influyen en su aparición siendo del 5 al 10% de todos los casos de cáncer de transmisión hereditaria y las mujeres de generación sucesiva están predispuestas a presentarlo; además lo padecen 10 a 12 años antes que las mujeres sin antecedentes familiares de neoplasias.¹⁶

El proceso neoplásico esta constituido esencialmente por una proliferación celular anormal, caracterizada por una ausencia o alteración de la sensibilidad de las células a los controles sobre la multiplicación de células. Podemos decir que las neoplasias son enfermedades de la diferenciación celular por perdida de programación del normal funcionamiento genético. Esta perdida de programación puede tener diferentes causas pero todas funcionalmente producen cambios en la función reguladora del DNA.

¹⁴ Idem

¹⁵ Biblioteca de Consulta Microsoft Encarta 2004.

¹⁶ Griffiths Margaret, "Oncología Básica", E.D. Interamericana, 1996, pp. 176-178

Las células neoplásicas son desde el punto de vista del desarrollo biológico, grupos especiales de células "diferenciadas", pero con una activación selectiva de una pequeña parte del genoma.

Para explicar la patógena del cáncer se han aducido múltiples teorías que intentan explicar el cambio genotípico que representa la célula cancerosa, pero ninguna por si misma ha explicado con éxito los diferentes aspectos biológicos y morfológicos observados en las neoplasias.

En la actualidad existen 2 hipótesis para explicar el proceso carcinogénico: la teoría genética de mutación somática y la teoría epigenética de la diferenciación aberrante.

a) **Teoría genética de la mutación somática:** existen múltiples experiencias que indican que las carcinogenesis se producen en muchos casos a través de una mutación cromosómica o genética en una célula o grupo de células. Es fácil comprender que este sea el mecanismo habitual de las neoplasias inducidas por virus. La mayor incidencia de neoplasias en pacientes con algunas enfermedades genéticas y el cáncer familiar de muchos tumores apoyan la teoría de la mutación somática como mecanismo patogénico habitual de muchas neoplasias.

b) **Teoría epigenética de la diferenciación aberrante:** esta teoría postula que algunas alteraciones (inducidas) en la regulación de los genes, a través de una represión o depresión defectuosa, podrían causar un trastorno del crecimiento o diferenciación que se expresaría en forma de cáncer. El desarrollo embrionario de cualquier tejido u órgano tiene lugar a partir de una célula primitiva o célula madre. La célula primigenia es una célula primitiva, responsable del crecimiento y perpetración de las poblaciones de los distintos tejidos, incluyendo también a los tumores. En tejidos labiles – epidermis, tejido hematopoyético, epitelio intestinal, epitelio germinal – se conoce muy bien la diferenciación normal a partir de las células primigenias.¹⁷

¹⁷ Idem.

Factores de riesgo:

Hay diversas categorías de agentes o factores que intervienen en el proceso carcinogénico. Estos incluyen: agentes físicos y químicos; factores genéticos y familiares; factores de alimentación y agentes hormonales.¹⁸

▣ Agentes Físicos

Los agentes físicos que intervienen en la carcinogenesis son:

- Exposición a la luz solar o radiaciones
- Irritación o inflamación crónica
- Tabaquismo

La exposición excesiva a la luz ultravioleta, especialmente en personas de piel clara y ojos azules o verdes, aumenta el riesgo de cáncer en la piel. Elementos como estilo de vestir (ropa sin manga o pantaloncillos cortos), usos de bloqueadores de sol, ocupaciones, actividades recreativas, así como las variables ambientales como humedad, altitud y latitud también intervienen en el riesgo de exposición a la luz ultravioleta.

El contacto con la radiación ionizante puede ocurrir con procedimientos radiográficos diagnósticos o cuando se utiliza radioterapia para el tratamiento de enfermedades.

Los avances en el equipo radiográfico propician riesgo mínimo de exposición radiográfica extensa cuando se utilizan adecuadamente. La terapia por radiación que se usa en tratamientos terapéuticos o cuando hay exposición a materiales radiactivos, como sitios de armamentos nucleares o plantas de poder nuclear, se acompaña de mayor índice de leucemias, mieloma múltiple y cánceres de pulmón, hueso, mama, tiroides y otros tejidos. También se ha relacionado la radiación natural de fondo (radon), producto de la descomposición normal de la tierra, con incremento en cáncer pulmonar.

La exposición a campos electromagnéticos, provenientes de cables de poder, microondas y teléfonos celulares puede así mismo aumentar el riesgo de cáncer.

¹⁸ Academia Nacional de Medicina, "tratado de Medicina Interna" 2º ED. Vol. I ED. Manual Moderno 1994, Pp. 506-518

Los resultados de estudios epidemiológicos sugieren el incremento en leucemias, tumores del Sistema Nervioso Central y la piel, y cánceres testiculares, todavía son objeto de controversia.

Según se piensa, la irritación o inflamación crónica lesiona las células ocasiona su diferenciación anormal.

Diversas mutaciones celulares que son consecuencia de irritación o inflamación crónica aparecen en cánceres de labios en fumadores de pipa. Los cánceres de boca también se han relacionado con el consumo duradero de tabaco o con prótesis dentales desajustadas.

Así mismo, los melanomas guardan alguna relación con masas sometidas a irritación crónica, los cánceres colonorrectales con la colitis ulcerosa y los hepáticos con la cirrosis.

▣ Agentes químicos

Se piensa que 86% de todos los cánceres se relacionan con el medio; el fumar tabaco es un cancerígeno químico potente que se encuentra en por lo menos 35% de las muertes por cáncer.

Fumar también se asocia con cáncer de pulmón, cabeza y cuello, esófago, páncreas, cuello uterino y vejiga.

El tabaco también actúa en concomitancia con otras sustancias, como alcohol, asbestos, uranio y virus que fomentan el desarrollo de cáncer, mascar tabaco se relaciona con cánceres de actividad bucal y surge principalmente en varones menores de 40 años.

Muchas sustancias químicas peligrosas ejercen sus efectos tóxicos al alterar la estructura del DNA en sitios distantes al de la exposición. El hígado y los riñones son los órganos más afectados, quizá por su intervención en la destoxificación de sustancias químicas.

▣ Factores genéticos y familiares

Los factores genéticos también intervienen en la carcinogénesis. Si se daña el DNA en poblaciones celulares en que los patrones cromosómicos son anormales, pueden surgir poblaciones de células mutantes.

Las aberraciones cromosómicas y el cáncer se han relacionado con la presencia de cromosomas adicionales, número subnormal de los mismos o su traslocación.

Entre los cánceres de adultos y niños tienden a presentar predisposición familiar. Estos tienden a parecer a edad temprana y en múltiples sitios de uno o un par de órganos.

En el caso de los cánceres de predisposición hereditaria, por lo general dos o más parientes de primer grado comparten el mismo tipo de estos. Los cánceres que guardan relación con un mecanismo de herencia familiar son retinoblastoma, nefroblastoma, feocromocitoma, neurofibromatosis, leucemias, y cánceres mamarios, endometrial, cólon rectal, gástrico, prostático y pulmonar.

▣ Factores alimentarios

Los factores de alimentación, según algunas publicaciones, guardan relación con 40 a 60% de los cánceres que dependen de algún elemento ambiental.

Las sustancias de los alimentos pueden ser preactivas (protectoras) o carcinogénicas y cocarcinogénicas.

El riesgo de cáncer aumenta si el sujeto ingiere por mucho tiempo carcinógeno o cocarcinógenos, o hay ausencia constante de sustancias preactivas en su dieta.

Las sustancias de la dieta relacionadas con mayor riesgo de cáncer incluyen: las grasas, alcohol, carnes ahumadas o curadas con sal, alimentos que contienen nitratos y nitritos, y alta ingestión calórica en la dieta.

Las que parecen reducir el riesgo de dicha enfermedad son las que se encuentran en: alimentos altos en fibra, vegetales crucíferos (col, brócoli, coliflor, col de brúcelas, coquí, rábano), los carotenoides (zanahoria, tomate, espinaca, durazno, melocotón, vegetales verde oscuro y amarillo oscuro), el selenio y probablemente la vitamina E y C.

▣ Agentes hormonales

La proliferación tumoral se estimula con las alteraciones del equilibrio hormonal, sea en la producción endógena o por la administración de hormonas.

Se ha considerado que la aparición y proliferación de los cánceres de glándula mamaria, próstata y útero dependen de la concentración de hormonas endógenas.

Los anticonceptivos orales, el dietilestilbestrol y la terapia prolongada de reemplazo de estrógenos se han relacionado con carcinoma hepatocelulares y vaginales y el cáncer de mama respectivamente.

❑ Agentes medicinales

De las sustancias químicas que se relacionan causalmente con cáncer en el ser humano, casi 505 son medicamentos. Destacan los fármacos utilizados en el tratamiento del cáncer, en especial los alquilantes, que se ha visto inducen leucemia no linfática aguda y otras formas de cáncer.

La ocurrencia de un segundo cáncer primario en 5 a 10% o más de personas que reciben tratamiento, sugiere que es necesario valorar con todo cuidado los beneficios de la quimioterapia con fármacos carcinógenos, en particular en pacientes cuyo pronóstico a largo plazo es por lo demás muy favorable.¹⁹

GRUPOS DE RIESGO.

Los grupos de la población con más riesgo de tener predisponibilidad al cáncer mamario son:

- ❑ Edad Mayor de 35 años.
- ❑ Historia personal o familiar de cáncer de mama
- ❑ Nuligesta
- ❑ Primer embarazo a término después de los 30 años de edad.
- ❑ Aborto antes del primer embarazo a término
- ❑ Antecedentes de patología mamaria benigna (proceso proliferativo, hiperplasia atípica).
- ❑ Vida menstrual de más de 40 años (Menarca antes de los 12 años y menopausia después de los 52 años)
- ❑ Obesidad
- ❑ Uso prolongado de estrógenos (mas de cinco años)
- ❑ Tabaquismo
- ❑ Diabetes
- ❑ Alimentación deficiente en folatos ²⁰

¹⁹ Academia Nacional de Medicina, "tratado de Medicina Interna" 2ª ED. Vol. I ED. Manual Moderno 1994, Pp. 518

²⁰ Norma Oficial Mexicana para la Prevención, Diagnóstico, Tratamiento y Seguimiento del Cáncer Mamario 1994.Pp. 14

Huésped

Cualquier persona que contemple los factores de riesgo anteriores sin importar la raza, condición social, credo.

Prevención

No se sabe qué causa el cáncer de mama ni cómo prevenirlo. Se trata de una enfermedad heterogénea, es decir, una que tiene muchas características, cuyo potencial de desarrollo, crecimiento y metástasis varía de una mujer a otra. La epidemiología revela una influencia hormonal, en la cual el factor primario que promueve el desarrollo de las células cancerosas en el transcurso de los años está relacionado con el tiempo de exposición de los estrógenos circulantes a niveles elevados. Este período de promoción celular se caracteriza por ser reversible, es decir, que el cáncer puede evitarse si se reduce la exposición o se previenen sus efectos adversos.

Por lo que las estrategias de promoción, educación y fomento a la salud están orientadas a la prevención primaria del cáncer de la mama y se realizan mediante materiales audiovisuales, impresos y comunicación interpersonal dirigido a toda ala población usuaria o potencialmente usuaria de los servicios difundiendo hábitos y conductas saludables, eliminando factores de riesgo.

Los factores de riesgo mas importantes para el cáncer de la mama incluyen:

- ✓ Ser mayor de 35 años
- ✓ Historia familiar o personal de cáncer mamario
- ✓ Nuliparidad
- ✓ Primer embarazo a termino después de los 30 años
- ✓ Antecedentes de patología mamaria benigna (proceso proliferativo, hiperplasia atípica)
- ✓ Menarca temprana (primer menstruación antes de los 12 años de edad)
- ✓ Menopausia tardía (después de los 52 años de edad)
- ✓ Uso prolongado de estrógenos (más de cinco años)
- ✓ Obesidad (dieta rica en grasas)
- ✓ Tabaquismo

- ✓ Diabetes
- ✓ Alimentación deficiente en folatos

Actividades específicas para la prevención:

1. El autoexamen de mama, debe realizarse todos los meses, desde los 20 años.
2. El examen clínico de mama, debe ser realizado por un profesional de la salud cada año.
3. Las mamografías deben realizarse a partir de los 40 años de edad.

Es necesario aconsejar a la mujer con factores de riesgo conocidos (como los antecedentes familiares) o sintomatología crónica, que consulte a su médico sobre la frecuencia y la especificidad de los exámenes clínicos de mama y las mamografías adecuadas para su caso. Las enfermeras desempeñan un papel fundamental en la enseñanza de estas directrices a todas las mujeres que pueden potencialmente salvar su vida, Para una mayor efectividad

Una de las funciones de las enfermeras es ofrecer programas de educación pública sobre salud de la glándula mamaria y reforzar los comportamientos positivos que permitan a cada mujer mantener el cuidado de su salud.²¹

²¹ Enfermería Oncológica, Shirley E Otto. MSN CRNI AOCN., Tercera Edición Volumen I, Página 89 – 110

4.- Fisiopatología

➔ Anatomía y Fisiología

Las mamas o glándulas mamarias, se consideran órganos accesorios del sistema reproductivo y son glándulas sebáceas especializadas. Tienen forma cónica y se localizan en forma sistémica en ambos lados del tórax. Las glándulas mamarias se componen de tejido glandular, fibroso y adiposo.²²

Morfología

Embriología

Durante el desarrollo intrauterino la primera manifestación de las glándulas mamarias se presenta en forma de un engrosamiento a manera de banda en la epidermis, la línea mamaria o pliegue mamario. En el embrión de siete semanas, esta línea se extiende en ambos lados del cuerpo, desde la base de la extremidad superior hasta la región de la extremidad inferior. Aun cuando la parte principal de la línea mamaria desaparece poco después de formarse, persiste un pequeño segmento en la región torácica y se introduce en el mesenquima subyacente. En este sitio forma 16 a 24 brotes, los cuales a su vez dan origen a pequeñas evaginaciones macizas. Al final de la vida intrauterina los brotes epiteliales se canalizan y forman los conductos galactoforos, mientras que las evaginaciones constituyen los conductos de menor calibre y los alvéolos de la glándula.

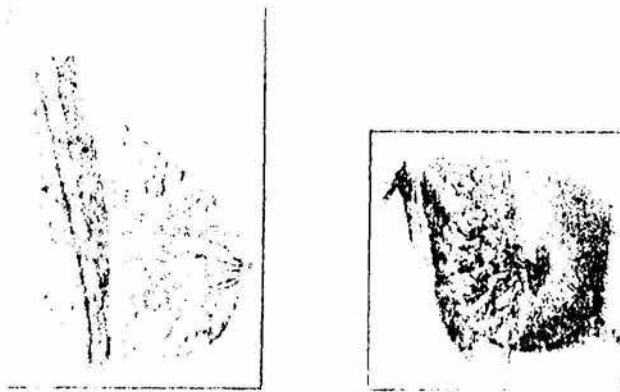
En un principio los conductos galactoforos desembocan en un pequeño hundimiento epitelial, poco después del nacimiento este hundimiento se convierte en pezón por proliferación del mesenquima subyacente²³

²² "Compendio de Anatomía Patológica de la Glándula Mamaria", Secretaría de Salud, 1ª Edición, 2002, Pp.13-18.

²³ Idem.

Anatomía e histología

La mama en reposo consta de entre seis y diez sistemas principales de conductos, cada uno de los cuales está dividido en lobulillos; las unidades funcionales del parénquima mamario. Cada sistema ductal drena a través de una vía excretora independiente o seno lactífero. Las sucesivas ramificaciones de los conductos galactoforos en dirección distal terminan en los conductos terminales. Antes de la pubertad, el complejo sistema de conductos ramificados terminan en fondos ciegos, pero al comienzo de la Menarca, prolifera distalmente, formando unos treinta conductillos o acinos revestidos de epitelio. Cada conducto terminal y su conductillo componen las unidades lobulillares ductos terminales.



La areola, el pezón y las desembocaduras de los conductos galactoforos principales están revestidos de epitelio escamoso estratificado. El revestimiento de los conductos mamarios principales se convierte en un epitelio columnar pseudo estratificado y después en un epitelio cuboidal de dos capas. Por debajo del epitelio de revestimiento, más prominente, puede verse una capa baja de células aplanadas (células mio epiteliales). Las células mio epiteliales contienen mio filamentos orientados paralelamente al eje largo del conducto. Siguiendo exactamente el contorno de los conductos y conductillos existe una membrana basal. Los lobulillos están incluidos en un estroma laxo, delicado, mixoma toso que contiene linfocitos dispersos (tejido conectivo intralobulillar), y cada uno de los lobulillos está incluido en un estroma interlobulillar más denso, calagenoso y fibroso.



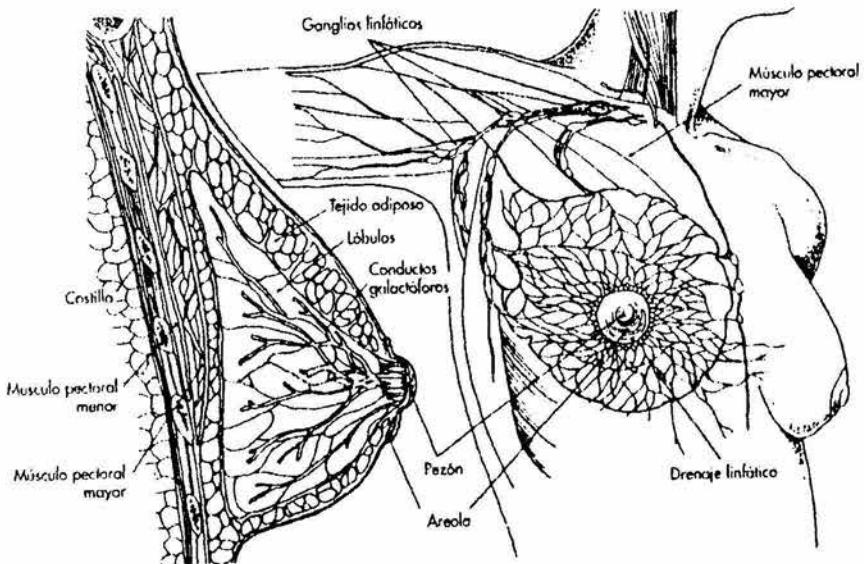
Relaciones anatómicas

La mama ocupa la región situada en la parte lateral y superior de la pared anterior del tórax. Se considera en ella una cara posterior, una anterior y una circunferencia. La cara posterior, mas o menos plana esta en relación con el pectoral mayor, y el gran dentado por la fascia superficial y de tejido de consistencia variable. La cara anterior, convexa en toda su extensión y en la parte media presenta la areola y el pezón.

La mama se irriga por arterias procedentes de la mamaria interna, de las torácicas y de las intercostales. Las venas que nacen de las redes capilares forman también una red subcutánea que al nivel de la areola, se disponen en forma circular y origina el círculo venoso de Haller.

Los linfáticos tienen su origen en redes cutáneas, redes glandulares y en los linfáticos de los conductos galactoforos.²⁴

²⁴ "Compendio de Anatomía Patológica de la Glándula Mamaria", Secretaria de Salud, 1º Edición, 2002, Pp.13-18.



25

Los nervios de la glándula mamaria proceden de los cinco intercostales correspondientes, del supraclavicular y del plexo cervical superficial. Se distribuyen por la piel y los músculos areolares así como por los vasos sanguíneos y por la misma glándula.

Existen tejidos fibrosos que sostienen las mamas y se llaman ligamentos de Cooper se extienden desde la fascia profunda del tórax hacia fuera y llegan justo bajo la piel que cubre la mama. El centro de cada mama madura se encuentra el pezón, una protuberancia de alrededor de 0.5 a 1.3 centímetros de diámetro. Se compone de músculo liso del pezón provoca erección, que se encuentra más rígido y prominente durante el ciclo menstrual, excitación sexual, embarazo y lactancia. El pezón está rodeado por la areola, la cual tiene una pigmentación mayor. Tiene de 2.5 a 10 centímetros. Tanto el pezón como la areola son rugosos a causa de papilas pequeñas llamadas tubérculos de Montgomery. Mientras que un lactante succiona, estos tubérculos secretan una sustancia grasosa que ayuda a lubricar y proteger las mamas.

²⁵ Shirley E Otto. MSN. CRNI. AOCN, Clinical Nurse Specialist, San Francisco Campus Wichita Kansas Enfermería Oncológica, Tercera Edición Volumen I Pag. 94

Los conductos de varios lobulillos se unen para formar conductos galactoforos mayores o senos los cuales se abren en la superficie del pezón. El músculo liso del pezón provoca erección de este cuando se contrae.

Fisiología

Cambios durante el ciclo menstrual

En cada ciclo la mama se afecta al igual que el endometrio. Después de la menstruación el aumento progresivo de los estrógenos, las células ductales y ductulares comienzan a proliferar y continúan desarrollándose durante todo el ciclo menstrual. Durante la fase secretora del ciclo menstrual, bajo la influencia de la progesterona, aumenta la proliferación de la estructura de los conductos terminales y existe vacuolización y aumento de la actividad mitótica de las células epiteliales basales.

Las células del estroma proliferan y además existe edema de estroma. Este efecto combinado del estrógeno y de la progesterona sobre los elementos intralobulillares de la mama son causa de la sensación de tumefacción que se experimentan las mujeres en la fase premenstrual del ciclo. Cuando ocurre la menstruación, la caída de los niveles de estrógenos y progesterona va seguida de descamación de las células epiteliales, atrofia del tejido conectivo intralobulillar, desaparición del edema del estroma, y de una disminución generalizada del tamaño de los conductos y los brotes glandulares.

Embarazo y lactancia

Solo al inicio del embarazo la mama completa su maduración y su actividad funcional. De cada brote glandular, surgen numerosas glándulas secretoras verdaderas formando como racimos de uvas; como consecuencia, existe una reversión de la relación estroma - glandular habitual, al final de la gestación, la mama esta casi totalmente compuesta por glándulas separadas por una cantidad relativamente escasa de estroma. Las glándulas secretoras están revestidas de células cuboides y en el tercer trimestre se encuentran en el interior de las células vacuosas secretoras de material lipídico e inmediatamente después del nacimiento comienza la secreción de leche.

Después de la lactación, las glándulas regresan y se atrofian de nuevo, los conductos se achican y el tamaño total de la mama disminuye.

Cambios durante el climaterio

Durante esta etapa la mama sufre de manera progresiva la carencia de la actividad hormonal. Los lobulillos pueden llegar a desaparecer en mujeres muy ancianas, dejando solo conductos para formar un patrón similar a la del hombre. En muchas ocasiones queda suficiente estímulo estrogénico posiblemente de origen suprarrenal o de conversión periférica, para mantener los vestigios de los lobulillos.

El control hormonal cíclico de la mama madura es complejo. En esencia, las hormonas estrogénicas estimulan el crecimiento y desarrollo del epitelio ductal. La progesterona, junto con el estrógeno, provoca el desarrollo acinar y lobular durante la fase lútea de la menstruación. Además los corticoesteroides adrenales la prolactina, somatotropina (hormona del crecimiento) y la tiroxina son necesarios para que el estrógeno y la progesterona actúen.

Los sistemas arteriales, venosos y linfáticos se comunican en la parte media con los vasos mamarios internos y a los lados con los vasos axilares. La función esencial de las glándulas mamarias es la secreción y expulsión de leche, a lo que se le denomina lactación. La secreción de leche se debe en su mayor parte a la prolactina, con ayuda de la progesterona y los estrógenos. La expulsión de leche es ocasionada en presencia de oxitócica, que se libera en la glándula hipófisis posterior en respuesta a la succión.²⁶

²⁶ Meneses García Abelardo y Mohor Betancourt Alejandro, "principales Neoplasias Malignas en Mexico, E.D. Manual Moderno 1999, Pp. 39.

Signos y Síntomas:

En 70% de las pacientes con cáncer mamario la molestia inicial es una tumoración en la mama (por lo general indolora). Un 90% son descubiertas por las pacientes. Los síntomas menos frecuentes son dolor en la mama; exudado por el pezón; erosión, retracción, crecimiento o prurito del pezón y enrojecimiento, endurecimiento generalizado, crecimiento o encogimiento de la mama. Rara vez, el primer síntoma puede ser una masa axilar, tumefacción del brazo o dolor óseo (por metástasis). Un 35 a 50 % de las mujeres con cáncer que participan en programas de selección organizados tienen cáncer que solo se ha descubierto por mamografía y no por examen físico.²⁷

Los síntomas iniciales son escasos. La presencia de una gran masa axilar o una sensación de pesadez en la mama o un dolor vertebral fijo, por metástasis ósea, constituyen ocasionalmente el primer síntoma el signo inicial frecuente (> 80 %) es un nódulo mamario, generalmente no doloroso.

En un 90 % aproximadamente de los casos el nódulo es descubierto por la paciente. Secreción, erosión y retracción del pezón son signos iniciales bastante menos frecuentes. La velocidad de crecimiento del tumor es extremadamente variable. Al crecer la neoplasia produce retracción del pezón, edema de la piel, induración generalizada de la mama, dolor local aparición de nódulos cutáneos, ulceraciones con infecciones secundaria y hemorragia. Algunos tumores, como el carcinoma pailar, el carcinoma medular y el cistosarcoma filoides, pueden alcanzar grandes dimensiones. El carcinoma de Pager se manifiesta inicialmente con prurito y erosión superficial o ulceración del pezón. En el carcinoma inflamatorio la masa crece rápidamente y a veces es dolorosa, la piel que la recubre esta enrojecida, caliente y edematosa. La progresión de las adenopatías axilares conlleva en primer lugar su fijación y después edema de la extremidad. Los dolores óseos secundarios a su diseminación precoz se localizan sobre todo en las vértebras dorso lumbares, pelvis y costillas y generalmente preceden a la objetivación por gammagrafía de las metástasis.

Antes de proceder al examen clínico es de suma importancia recoger con precisión los antecedentes gineco obstétricos como son los de la menarquia, embarazos, menopausia (natural o artificial) fecha de la última menstruación, historia de enfermedades mamarias anteriores y antecedentes familiares de cáncer mamario.

A la inspección se debe observar atentamente las dimensiones y los contornos de las mamas, si existen retracción aunque mínima del pezón, enrojecimiento o retracción de la piel. El cáncer de mama se presenta

²⁷ Holloway Nancy, "Planes de Cuidados en Enfermería", ED Lyerly 1999, 9ª Edición.

como un nódulo de consistencia aumentada, a veces francamente duro, a menudo no dolorosos en márgenes mal delimitados.

Durante la palpación es necesario valorar si el nódulo es móvil o se encuentra fijo a los tejidos subyacentes, si existe piel de naranja, si hay secreción acuosa, serosa o hemática por el pezón.

La frecuencia relativa del carcinoma de mama en sus diversas localizaciones anatómicas es la siguiente:

Cuadrante superoexterno	45 - 47 %
Cuadrante inferoexterno	7 - 10 %
Cuadrante superointerno	14 - 15 %
Cuadrante inferointerno	2 - 5 %
Cuadrante central	22 - 25 %

La exploración de las cadenas axilares y supraclaviculares es particularmente difícil, e incluso en manos expertas, la fiabilidad diagnóstica para predecir la presencia de una adenopatía neoplásica axilar conlleva aun elevado porcentaje de falsos positivos (24 - 29 %)

Y falsos negativos (30 - 40 %). Se debe valorar el tamaño y la consistencia de los ganglios si son móviles o fijos a la piel o a las estructuras anatómicas subyacentes.

El cáncer de mama suele consistir en una tumoración no sensible, firme o dura con bordes mal delineados (por infiltración local). Un signo importante es la retracción ligera de la piel o el pezón. Es posible observar asimetría mínima. Tal vez, la única manifestación del carcinoma de Payer sean las erosiones muy pequeñas (1 - 2 mm) del epitelio del pezón.

El exudado acuoso, seroso o sanguinolento por el pezón es un signo temprano ocasional, pero se relaciona con mayor frecuencia con una enfermedad benigna. Lo siguiente son características de carcinoma avanzado: edema, enrojecimiento, nodularidad o ulceración de la piel; crecimiento, encogimiento o retracción de la mama; linfadenopatía axilar notable; linfadenopatía supraclavicular; edema del brazo ipsolateral y metástasis distante.

Las metástasis tienden a incluir ganglios linfáticos regionales que pueden ser clínicamente palpables. En cuanto a la axila, con frecuencia hay uno o dos ganglios linfáticos móviles, no sensibles ni particularmente duros que por lo general no tiene importancia.

Los firmes o duros mayores de 5 mm de diámetro suelen contener metástasis. Los ganglios axilares aglomerados a la piel o estructuras profundas indican una enfermedad avanzada (cuando menos etapa III).

Los estudios histológicos muestran la presencia de metástasis microscópica en 30 % de las pacientes con ganglios clínicamente negativos. Por otra parte, si quien examina piensa que está afectando los ganglios axilares, se confirmara en un corte histológico en el 85% de los casos.

La frecuencia de ganglios axilares positivos aumenta con el tamaño del tumor primario y la invasividad local de la neoplasia.

Cuando se obtiene la historia hay que notar en especial los factores de riesgo de cáncer mamario, la relación de la masa con el ciclo menstrual y problemas mamarios previos. El dolor en la espalda o en otros huesos puede deberse a metástasis ósea.

Las molestias sistémicas o la pérdida de peso deben hacer pensar en metástasis, que pueden invadir cualquier órgano pero con mayor frecuencia se encuentran en los huesos, hígado y pulmones.

Cuanto más avanzado el cáncer en términos del tamaño del primario, la invasión local, la extensión de afección de los ganglios regionales más alta la frecuencia de diseminación metastásica a sitios dístales.²⁸

²⁸ Holloway Nancy, "Planes de Cuidados en Enfermería", ED. Lylely 1999, 9ª Edición.

Diagnostico:

Para la detección oportuna del cáncer mamario el diagnostico, manejará de acuerdo a los niveles de atención:

En el Primer Nivel: la exploración mamaria realizada por personal medico y de enfermería es la base fundamental para la realización de un Diagnostico de Sospecha de cáncer mamario, las mujeres durante el curso de una exploración hayan detectado alguna lesión de la glándula mamaria deberán ser atendidas con oportunidad en las unidades de primer nivel. El interrogatorio deberá enfatizarse sobre la existencia de factores de riesgo, incluyendo los antecedentes familiares y personales de importancia. La exploración física deberá incluir en todos los casos la exploración cuidadosa de las glándulas mamarias y zonas linfoportadoras como son la región axilar y área supraclavicular.²⁹

Ante la presencia de tres o más factores de riesgo y/o lesión palpable en glándulas mamarias, la paciente deberá ser referida al segundo nivel de atención que cuente con personal capacitado e infraestructura para realizar estudios completos.

En el Segundo Nivel: el personal medico especialista que reciba a la paciente referida deberá realizar una Historia clínica completa, cuidadosa y bajo sospecha de una lesión neoplásica benigna o maligna, también solicitará la realización de estudios de imaginología complementario como son:

El ultrasonido mamario, es un estudio de imaginología auxiliar en el diagnostico de lesiones mamarias. Consiste en un procedimiento que mediante ecos sonoros proporciona información en tiempo real sobre la glándula mamaria. Las indicaciones médicas puntuales para la realización de este estudio no son tan amplias como en el caso del masto grafía, esta indicada en mujeres embarazadas con signos o síntomas de lesiones mamarias y mujeres menores de 35 años con manifestaciones de patologías mamarias para diferenciar algún problema de malignidad.

La Mamografía, es un procedimiento auxiliar de diagnostico muy valioso en la detección temprana del cáncer de mama. Es una exploración radiológica con características técnicas específicas, se practica con personal debidamente capacitado. Este estudio se realiza en mujeres con 3 o mas factores de riesgo, con síntomas y/o signos de lesiones

²⁹ González Barón. "Fundamentos de Ontología Medica Ed. Interamericana 1994 pp.

mamarias a partir de los 35 años y en mujeres con sospecha de cáncer mamario independientemente de la edad.

Biopsia excisional, Se debe practicar en quirófano bajo anestesia local y/o sedación. La biopsia se obtiene a través de una incisión en piel, en forma periareolar (por razones cosméticas) o en forma radial a esta, con disección tisular hasta alcanzar la lesión. Esta técnica está indicada en lesiones tumorales palpables y se puede realizar en forma transoperatoria. La biopsia excisional es sinónimo de lumpectomía y en algunas veces es combinada con muestras de ganglios linfáticos axilares.³⁰

Biopsia con aguja fina, mediante el uso de una aguja fina se obtiene material proveniente de lesiones tumorales palpables no profundas.

Biopsia con marcajes, es una técnica muy conveniente que requiere un equipo especial que se realiza mediante guía radiológica y está indicada en lesiones sospechosas no palpables.

En el tercer Nivel de Atención: una vez que el diagnóstico ha sido confirmado por correlación clínica – patológica, se procederá instituir el procedimiento más adecuado. En caso de tumores malignos de la mama el manejo terapéutico se realizará bajo el cuidado de médicos especialistas en los servicios o departamentos de oncología o en centros oncológicos específicos.

Cabe hacer mención que el cáncer mamario requiere de un manejo de la intervención de un equipo multidisciplinario, especialistas y se realizará de acuerdo a los lineamientos de la normatividad oficial, previo consentimiento informado de la paciente y familiares, como en otras circunstancias el proceso terapéutico se llevará a cabo de acuerdo a la Norma Oficial Mexicana del Expediente Clínico (NOM- 168 – SSA1 – 1998).

³⁰ Compendio de Anatomía patológica de la glándula mamaria, Secretaría de Salud, Primera Edición 2002. Pág. 112.

Tratamiento:

La posición de la enfermera adquiere en la oncológica un significado de particular relieve, ya que representa un medio importante entre quien elabora el programa diagnóstico – terapéutico y quien debe aceptarlo. Sus tareas son:

- Ayudar a la paciente a comprender y aceptar su enfermedad.
- Ayudar a la paciente a comprender y aceptar su tratamiento.
- Contribuir a reducir el estado de ansiedad derivado de la enfermedad y el tratamiento.
- Conseguir que la paciente continúe el tratamiento.
- Llevar a cabo las indicación terapéuticas del medico.
- Proteger a las pacientes de las complicaciones de la enfermedad y del tratamiento.
- Instruir a la paciente para que pueda satisfacer por si misma sus necesidades y pueda ser autosuficiente dentro de los limites posibles.
- Proporcionar asistencia psicológica a la familia.
- Ayudar a la paciente a aprender a vivir su estado de enfermedad.
- Asistir adecuadamente a la paciente en fase terminal.

Enfermería se enfrenta ante uno de los aspectos mas difíciles de manejar en la paciente con cáncer de mama, que son las complicaciones de su tratamientos, incluyendo los diseñados para combatir el dolor, la desnutrición proteico – calórico, las infecciones, el desequilibrio electrolítico y el impacto psicosocial que la paciente muestra ante su enfermedad lo cual puede amenazar la vida y la comunidad de la paciente, por fortuna estas complicaciones es posible que la enfermera pueda prevenirla o minimizarlas.³¹

Las opciones terapéuticas que se plantean a los pacientes con cáncer deben basarse en metas reales y alcanzables según el tipo específico de neoplasia. Entre los posibles objetivos del tratamiento se cuentan:

³¹ González Barón. *Fundamentos de Ortología Medica. Ed Interamericana 1994 pp.258

- ***Cura:** erradicación del tumor
- ***Control:** supervivencia prolongada sin erradicar el tumor
- * **Paliación:** alivio de síntomas relacionados

En la oncoterapia suelen utilizarse modalidades múltiples, como cirugía, radioterapia, quimioterapia y modificadores de la respuesta biológica en distintas fases del tratamiento.

Cirugía:

La extirpación quirúrgica de toda la masa tumoral sigue siendo la modalidad terapéutica mejor y la más empleada, se elige por diversas razones, puede seleccionarse como método primario de tratamiento o tener índole diagnóstica, profiláctica, paliativa o reconstructiva.

La cirugía moderna ha sido una bendición para la mujer, con cáncer mamario. Los médicos y cirujanos concuerdan en que la cirugía constituye el principal tratamiento del cáncer de la mama y en que la mastectomía radical es la cirugía a elegir.

Desde el punto de vista anatómico de la mastectomía surgió a partir de WILLIAM STEWART HALSTEL describió la extirpación de la mama que contenía el cáncer, de los nódulos linfáticos de la axila hacia los cuales el cáncer puede diseminarse y del músculo pectoral mayor, que se halla entre la mama y la axila e interfiere el acceso del cirujano a los nódulos axilares. En este tipo de cirugía se cortaba un extremo del músculo pectoral menor (pectoralis minor); este se levantaba para abrir un camino a los nódulos y se eliminaba el pezón y la porción principal de la piel que cubre la mama. Sólo se dejaba suficiente piel en la base de la mama para poder unir los bordes de la herida y cerrarlos sobre la pared torácica.

En 1918, SAMPSON HANDLEY, describió la resección de los nódulos linfáticos localizados debajo del esternón, los llamados nódulos mamarios.

Después de la segunda guerra mundial JEROME URBAN, llevó a cabo un tipo de cirugía que resultó masiva e incapacitante, ya que era necesario cortar los cartílagos costales junto al esternón para extraer los nódulos linfáticos afectados localizados debajo de él.

Esta operación, conocida como mastctomía radical extensa o mastectomía superradical, se practico pero actualmente ha sido abandonada. Debido a que no produjo mejores resultados que la mastectomía tradicional de HALSTEL.

Entre los métodos que intentan mejorar la tasa de curación se encuentra la extirpación de la mama sana para excluir la posibilidad de un segundo cáncer, aunada a una pequeña dosis de radiación con el fin de eliminar cualquier célula cancerosa que hubiera quedado en el campo quirúrgico.

GEOFFREY HEYNES en 1924 admitió que la tasa de curación posterior a la mastectomía radical era bastante inferior a la esperada. Posteriormente descubrió que podía obtener los mismos resultados al combinar la radiación con la extirpación del tumor, respetando el resto de la mama.

La historia del tratamiento quirúrgico del cáncer mamario es, a su manera gloriosa. La cirugía entró en escena cuando no existía ningún otro tratamiento importante. Trajo consigo alivio y esperanza. Aún cuando todavía es útil en forma limitada; y es necesario para ayudar a establecer el diagnóstico, como método del tratamiento, la cirugía mayor está siendo desplazada. La mastectomía en cualquiera de sus formas, va de retirada.

La cirugía por si misma no es mala, sólo se afirma que no es el método que debe utilizarse como tratamiento principal del cáncer de mama. La cirugía falla por que la mayor parte de los pacientes padecen una forma de la enfermedad que no puede curarse mediante técnicas quirúrgicas.

Una de las alternativas a la mastectomía radicales la técnica Mc Whirter, introducida en Escocia durante la segunda guerra mundial, consiste en mitad cirugía y mitad radiación. El cirujano extirpa únicamente la mama respetando los músculos y nódulos los cuales son radiados.

Mustakallio en Finlandia, se basa en la escisión local del tumor canceroso y de la radiación del resto de la mama y de los nódulos linfáticos.

Los resultados de estas dos técnicas son idénticos a los de la mastectomía radical: - ni mejores, ni peores - si se toma en cuenta la esperanza de vida.

Al comparar los resultados que tiene la mastectomía radical con los de sus dos alternativas, resulta evidente que cualquiera de los 3 métodos libera a la mama y a la región mamaria de las células cancerosas y que su imposibilidad de lograr un mejor resultado no yace en el tratamiento sino en la naturaleza de la enfermedad. Seguramente las células cancerosas se han diseminado hacia las regiones distantes del organismo

antes del tratamiento, ya sea este quirúrgico o mediante radiación. El tratamiento llega demasiado tarde.

Las desventajas que ocasionan a las mujeres los procedimientos radicales, esto es, una limitación del movimiento del brazo y del hombro, el edema y la desfiguración y mutilación resultante de perder la mama. La falta de músculos pectorales interfiere con el movimiento del brazo y del hombro. El edema del brazo, aunque sea leve resulta molesto para la paciente.

Cualquiera de los métodos, la cirugía radical o sus dos alternativas puede eliminar el cáncer de mama y de los nódulos linfáticos regionales, más no las células diseminadas.

Actualmente se utilizan cuatro tipos de operación quirúrgica para tratar el cáncer mamario. En tres de ellos se incluye la resección de algunos nódulos linfáticos.

En ninguno de esos tres se eliminan en su totalidad los cuatro grupos de nódulos que teóricamente pueden albergar células cancerosas en la mastectomía radical sólo se extraen los nódulos del grupo 1 (axilares) y no se tocan los de los grupos 2, 3 y 4. En la radical modificada se quitan sólo algunos y no necesariamente todos los nódulos del grupo 1. En la superradical se extraen tanto los del grupo 1 como los del grupo 2. En la actualidad se recomienda muy poco esta última intervención. La cuarta operación, la mastectomía simple o total no incluye la extracción de ningún nódulo.

La Asociación Norteamericana contra el Cáncer recomienda la cirugía radical o la radical modificada como el tratamiento a elegir.

La Asociación Contra el Cáncer de Mama (BREAST CANCER TASK FORCE) DEL Instituto Nacional Contra el Cáncer actualmente está llevando a cabo ciertos estudios para determinar cual de las tres operaciones, la radical, la radical modificada o la simple, produce los mejores resultados. (La superradical no está incluida en este estudio). Debido a que ninguno de los tres métodos extrae más de 50 o 60 % de los posibles nódulos afectados no debe sorprendernos el hecho de que los resultados iniciales no muestren ninguna diferencia cuando los nódulos linfáticos son extirpados. La radiación primaria alcanza los cuatro grupos de nódulos.³²

³² Griffiths Margaret "Ontología Básica". Ed. Interamericana 1996 pp 200-210

Quimioterapia:

La participación de la enfermera se vuelve cada vez más amplia conforme se va desarrollando el campo de la quimioterapia. Ello demanda de la enfermera no solo habilidades técnicas que implican el manejo de citotóxicos, su preparación, manipulación y control de los efectos secundarios, sino la capacitación continua por el seguimiento de nuevos fármacos, el aprendizaje de conceptos que guíen su atención tanto en los aspectos físicos como emocionales de la paciente.

Consiste en la administración de fármacos antineoplásicos que provocan la destrucción de las células tumorales al obstaculizar sus funciones, incluida la división celular.

Se emplea ante todo para el tratamiento de neoplasias generalizadas, y no el de lesiones localizadas tratables con operaciones o radioterapia. Su combinación con una de estas dos modalidades, o ambas, se utiliza para reducir la masa tumoral en el preoperatorio, destruir las células neoplásicas residuales en el postoperatorio o tratar algunas variantes de leucemia.

El personal de enfermería debe conocer:

El mecanismo de acción de los medicamentos citotóxicos y los riesgos potenciales que implica su manipulación.

Manipulación adecuada de los medicamentos antineoplásicos.

Control de los riesgos potenciales asociados a la manipulación de los agentes citotóxicos.

Forma adecuada de desecho de material contaminado y descontaminación del equipo.³³

³³ Arenas, María Elena "Manual de Procedimientos de Quimioterapia Antineoplásica". México, Baja California Sur. Hospital ISSSTE "Fray Junipero Serra" 1999 - 2001.

Radioterapia:

Consiste en el empleo de radiaciones ionizantes para detener la proliferación celular, es utilizado para controlar el cáncer cuando es imposible extirparlo quirúrgicamente, ya hay metástasis en ganglios locales o como método profiláctico para evitar la infiltración leucémica al encéfalo o médula espinal.

El personal de enfermería debe estar capacitado y preparado para asistir al médico en los procedimientos, conocer los posibles efectos secundarios y de esta manera, proporcionar la orientación adecuada a la paciente y familiares.

Proporcionara la información que la paciente deberá seguir después del tratamiento.³⁴

³⁴ Herrera Gómez Ángel. "Manual de Ontología, procedimiento médico – quirúrgico". Ed. Mc Graw – Hill Ed. Interamericana 2000 Pág. 315 - 320

5.- ATENCION DE ENFERMERIA A LA PACIENTE CON CANCER MAMARIO DEL 1º, 2º Y 3º NIVEL

Papel de Enfermería en el Cáncer de Mama en el 1º y 2º nivel de atención.

Existen múltiples cuidados de enfermería durante la atención de una paciente con cáncer de mama, los cuales abarcan desde las instrucciones relacionadas con la prevención, detección e identificación de los factores de riesgo de la población en general.

Identificada la lesión sospechosa y establecido el diagnóstico, el personal de enfermería puede proporcionar apoyo emocional a la paciente y a sus familiares, preparando a la paciente para los estudios y procedimientos que se llevarán a cabo en el futuro inmediato.

Prevención

La prevención de la enfermedad se asocia a un factor de riesgo primario del cáncer de mama, es un problema de salud grande, se podrán emplear medidas de prevención en pacientes con factores de riesgo.

Actualmente el único método conocido para prevenir el cáncer de mama es realizar la mastectomía bilateral, en mujeres con historial familiar directo de este padecimiento, la cual es una medida muy cruel, para prevenir la enfermedad.

Conociendo los factores de riesgo, podemos intervenir en la reducción de estos, en la medida posible.

Detección Oportuna

El porcentaje de mujeres que fallecen cada año por cáncer de mama, podrían ser teóricamente reducido a una detección oportuna del tumor.

Los índices de supervivencia están directamente relacionados con el estudio clínico en el cual es diagnosticado, entre menor sea el estadio clínico mayor posibilidades de curación sobre vida tendrán.

Enfermería debe participar en el proceso de detección temprana, mediante la educación para la salud a las pacientes, y la población en general acerca de los beneficios asociados con una detección oportuna.

La detección oportuna la podemos llevar a cabo mediante:

- ❖ Fomentar y enseñar la técnica de la autoexploración mamaria
- ❖ Fomentar y realizar la exploración mamaria a toda mujer mayor de 25 años dándole prioridad al grupo de edad de 35 a mas años.
- ❖ Fomentar la realización anual de la mastografía. a mujeres mayores de 40 años de edad.
- ❖ Control estricto de pacientes con factores de riesgo.

Auto examen de Mama

Previa a la técnica de auto examen los elementos que deben de tener son:

- ❖ Frecuencia: de 7 a 10 días después del periodo menstrual, o si fue hysterectomizada o es menopausica fijar un día al mes.
- ❖ Hacerlo siempre en las condiciones mas parecidas posibles
- ❖ Las necesidades de tener un diagrama de las mamas donde se puede anotar o subrayar esquemáticamente la presencia de tumor o de cualquier otra alteración.
- ❖ Tener un espejo y además iluminación en el ambiente donde se este haciendo el auto examen. Ver Diagramas en Anexo 8

Exploración mamaria

La técnica para la exploración mamaria debe de realizarse en un ambiente privado, con previa consejería sobre la importancia de este procedimiento explicando a la mujer la importancia que tiene la misma en la detección temprana del cáncer mamario.

La forma en que se debe de realizar esta técnica se explica en el Anexo 9

Identificación de los Factores de Riesgo

El personal de enfermería debe de participar:

- ✓ Clarificar el concepto de factor de riesgo
- ✓ Destacar la importancia del reconocimiento de los primeros signos y síntomas.
- ✓ Alentar los estudios de control, periódicos y detección temprana de la enfermedad.

Factores de riesgo

- Historia del cáncer de mama en la familia (madre, hija o hermana)
- Antecedentes del cáncer de mama previo
- Antecedentes previos de histología sospechosa o premalignidad de cáncer de mama
- Menarca temprana (antes de los 12 años)
- Menopausia tardía (después de los 52 años)
- Nuliparidad
- Primer hijo después de los 30 años
- Exposición excesiva a la radiación ionizante (especialmente después de los 35 años)
- Antecedente personal de otros tipos de cáncer

Diagnostico

- Una mastografía sospechosa
 - Un examen clínico completo con nódulos sospechosos son por lo general los primeros síntomas que conducen a la confirmación de un cáncer de mama.
-
- El objetivo principal de Enfermería durante el periodo de diagnostico consiste en disminuir la ansiedad a través del apoyo psicológico y orientar sobre los procedimientos de los estudios de laboratorio y gabinete necesario.
 - La enfermera debe evaluar las preocupaciones de la paciente y los posibles errores de concepto relativos a la palabra cáncer.
 - Explicar en forma clara y concreta los procedimientos que se requieran verificando que la paciente entienda el ¿por qué? y el ¿para que? de las cosas, así como la importancia de estos.
-
- Si se confirma el diagnostico de cáncer de mama la enfermera debe estar preparada para comprender la gravedad de la enfermedad y destacar al mismo tiempo los aspectos optimistas relacionados con el tratamiento apropiado.
 - El personal de enfermería debe estar familiarizado con la tecnología diagnostica, con los factores pronósticos y con la terapéutica coadyuvante empleada en el tratamiento de cáncer de mama.

Papel de Enfermería en el Cáncer de Mama en el 3º Nivel de atención

La atención de enfermería continúa en el preoperatorio, postoperatorio y rehabilitación, así como en el **tratamiento sistémico** (quimioterapia) y radioterapia.

La enfermera debe abarcar los aspectos psicológicos, fisiológicos y educativos de la **paciente con cáncer mamario** durante todo el periodo de diagnóstico y tratamiento.

Dentro de la participación de enfermería tenemos con las pacientes con cáncer mamario **tenemos la asistencia en procedimientos oncológicos** específicos como son:

- ❖ Cirugía (mastectomía radical modificada), Cuadractomía, etc.
- ❖ Quimioterapia.
- ❖ Radioterapia.
- ❖ Rehabilitación (psicológica y física)³⁵

³⁵ E. E. I. Ronquillo Martínez Laura y Lic. en Enfría. Navarrete Guzmán Cristina (Curso de Enfermería Oncológica) año 1999 pp 51 – 54.

Atención de Enfermería a la paciente con cáncer mamario y hospitalización.

La paciente con cáncer que requiere cirugía, desde el primer momento de plantearse la opción del tratamiento necesita de orientación, información, valoración y atención de sus necesidades psicológicas – emocionales y mentales incluyéndose las previas a la enfermedad, lo que permitirá utilizar sus propios recursos y extremos de apoyo; que le permitirán una mejor adaptación ante las pérdidas vivenciadas ante la cirugía.

Para el seguimiento del manejo quirúrgico se han planteado diferentes fases: Consulta Preoperatoria, Toma de Decisiones, Fase de Recuperación, de Rehabilitación (Uso de Prótesis) y la Reintegración de la Vida Cotidiana.

Finalmente es muy importante destacar que las reacciones psicológicas dependerán en gran medida tanto del sitio de la enfermedad, la magnitud de la cirugía, y por lo tanto depende del significado real y simbólico de la zona intervenida (mama).

Dentro de la atención de Enfermería de calidad que proporciona la paciente con cáncer mamario programada para uno de los tratamientos oncológicos, que es la mastectomía radical modificada.

Informar a la paciente el procedimiento que se le va a realizar buscando disipar sus dudas y disminuir su angustia ya que este procedimiento consiste en la extirpación de la glándula mamaria afectada.

Atención de Enfermería en el Preoperatorio (mastectomía radical modificada)

- ❖ Informar a la paciente de todos los procedimientos que se vayan a realizar, buscando disipar sus dudas y disminuir su angustia.
- ❖ Comprobar que tenga toda la información sobre la cirugía que se le realizara así como la autorización para esta.
- ❖ La enfermera debe ser capaz de identificar aspectos psicológicos completos que requieran la consulta de otros profesionales.

Atención de Enfermería en el Postoperatorio (mastectomía radical modificada)

- ❖ Por lo general, la paciente regresa de quirófano con un vendaje oclusivo, ligeramente comprensivo y con un equipo de aspiración cerrada, (Drenovack) conectado a un sistema de aspiración continua.
- ❖ Durante el periodo postoperatorio inmediato se administran líquidos por la boca de 2 a 4 horas después de la cirugía y la paciente puede ingerir dieta blanda durante la noche.
- ❖ Debe alentarse la de ambulación temprana, para la movilidad es limitada en el brazo por arriba del codo. El uso de un cabestrillo debe facilitar la Inmovilización del brazo.
- ❖ Es importante que el hombro se mantenga inmóvil para asegurar la adherencia del colgajo al espacio axilar y a la pared torácica.
- ❖ Inmediatamente después de la llegada de la paciente de quirófano a la sala debe de colocarse un signo en la cama advirtiendo al personal hospitalario que evite el uso del brazo operado para inyecciones, administración de líquidos intravenosos y venodisecciones.
- ❖ Colocar una almohadilla para el control de la presión sanguínea.
- ❖ Puede tener dolor de intensidad moderada en la axilla en la pared torácica que puede ser controlado mediante la administración de analgésicos orales o intramusculares.

- ❖ En el postoperatorio inmediato puede aparecer hiperestesia y parestesias. Estos trastornos neurológicos³⁶ son la consecuencia de la división de segmentos del nervio intercostobranquial para transmitir estímulos sensoriales a la piel de la axila y a la pared interna del brazo. Debe informarse a los pacientes de que estas manifestaciones neurológicas son normales después de una mastectomía y por lo general remiten en el curso de 3 a 6 semanas. La insensibilidad en esas áreas cutáneas pueden persistir durante 8 a 10 meses después de la operación.
- ❖ Los indicios de isquemia por desvascularización y necrosis, deben ser tratados con un desbridamiento inmediato para prevenir las instalaciones de infecciones locales progresivas y sistémicas.
- ❖ El drenaje por aspiración generalmente es mantenido durante 3 a 15 días, después de la operación debe de cuantificarse cuanto gasto.
- ❖ Cuando el volumen del líquido serosanguinolento es menor de 20 – 30ml. durante 24 hrs., los drenajes pueden ser retirados, en ese momento si los colgajos se encuentran firmemente adheridos, el médico puede indicar la iniciación de los ejercicios de rehabilitación.
- ❖ Los ejercicios de rehabilitación pueden generar molestias pero sirven para evitar futuros problemas y restaurar el rango de movimientos activos.
- ❖ Verificar antes del alta del paciente cita a consulta externa para el resultado histopatológico.

Atención de Enfermería a la Paciente con Quimioterapia

El tratamiento con Quimioterapia para el manejo de pacientes con Cáncer de Mama, necesita de la participación de la enfermera, la cual se ve más necesaria a medida que se va desarrollando el campo de la Quimioterapia.

Es por ello que al presentarse efectos secundarios se debe orientar a la paciente sobre su tratamiento y proporcionar medidas existenciales que minimizan estos efectos tóxicos como son:

MUCOSITIS

Es la inflamación de las estructuras intrabucales. Aparecen de 5 a 16 días posteriores a la Quimioterapia y **esta relacionado** tanto con el fármaco como con la dosis.

Acciones de Enfermería:

- ❖ Dieta blanda: aconsejar alimentos no muy calientes o demasiado fríos, picantes, ácidos, dulces.
- ❖ Suplemento dietético en casos severos.
- ❖ Lavado bucal con bicarbonato y agua sin cepillo dental o con agua oxigenada cada 4 horas.
- ❖ Medicamentos antimicóticos.
- ❖ Proteger los labios con cremas humectantes.
- ❖ Evitar cigarros y alcohol.

ANOREXIA

Perdida de apetito a los alimentos ocasionados por enfermedad o por tratamiento antineoplásicos.³⁷

Acciones de Enfermería:

³⁷ E E I Ronquillo Martínez Laura y Lic. en Enfría Navarrete Guzmán Cristina (Curso de Enfermería Oncológica) año 1999 pp. 18 – 29.

- ✓ Motivar a la paciente para que se alimente.
- ✓ Preguntar que alimentos tolera y cuales son de su preferencia.
- ✓ Proporcionarle dietas de acuerdo a sus necesidades nutricionales.
- ✓ Premedicación antiemética.

NAUSEA Y VOMITO

- ✓ Efectos secundarios que ocasionan múltiples problemas.
- ✓ El tratamiento de elección es la administración de metoclopramida.
- ✓ No obstante esta combinación no siempre impide o alivia las nauseas y vomito.
- ✓ La administración de antieméticos mediante venoclisis prolongada puede ser eficaz.

Atención de Enfermería:

- ✓ Premedicar a la paciente el día de la Quimioterapia con: 8 ml. de Zofran, 16 ml. de Dexametazona y 50 ml. de Ranitidina en 100 de solución fisiológica 15 minutos previo a la Quimioterapia.
- ✓ Sugerir a la paciente que evite las comidas abundantes cuando vaya a recibir la Quimioterapia para disminuir el riesgo de presentar nausea y vomito.
- ✓ Sugerir que ingiera bebidas frías y de cola para aliviar la nausea, con trocitos de hielo.
- ✓ Insistir en la ingesta de líquidos para compensar el vomito. La ingesta de caramelos puede ayudar a disminuir las alteraciones del gusto, sobre todo la menta.
- ✓ Evitar cigarrillos y café.

DIARREA

Acciones de Enfermería:

- ✓ Hidratar a la paciente, oral o por vía intravenosa.
- ✓ Ministración de antidiarreicos.

- ✓ Sugerir dieta pobre en fibra.
- ✓ Ministran antibióticos en caso de fiebre.

ALOPECIA

Compilación con más trastornos psicológicos ya que la caída del cabello es parchada y no se parece a la calvicie natural.

Acciones de Enfermería:

- ✓ Informar y orientar al paciente sobre el efecto reversible de la alopecia y sugerir el uso de pelucas gorros, turbantes y pañuelos.

TOXICIDAD CUTANEA

Coloración marrón en la piel y trayecto venoso.

Atención de Enfermería:

- ✓ Orientar al paciente sobre los efectos reversibles y tratarlos sintomáticamente.
- ✓ Aconsejar que evite la exposición a los rayos solares.

FLEBITIS

Puede aparecer posterior a la administración de medicamentos irritantes.

Atención de Enfermería:

- ✓ Corroborar el retorno venoso.
- ✓ Suspender la administración del medicamento.
- ✓ Retirar el punzocath.

- ✓ Aplicar compresas de agua fría en el área.³⁸
- ✓ Alertar al paciente ante la mínima molestia.

FIBROSIS

Endurecimiento del endotelio venoso causado por el paso frecuente de fármacos antineoplásticos.

Acciones de Enfermería:

- ✓ No puncionar el área afectada.
- ✓ Aplicar compresas de agua fría.
- ✓ Notificar al médico.

REACCIONES ALERGICAS O ANAFILATICAS

Su reconocimiento es muy importante porque pueden ser letales.

Atención de Enfermería:

- ✓ Permanecer con el paciente durante todo el tiempo de la perfusión.
- ✓ Vigilar al paciente durante la administración de su Quimioterapia.
- ✓ Informar al médico de inmediato ante alguna eventualidad (presencia del shock anafiláctico y en su caso iniciar maniobras de RCP)

MIELOSUPRESION

Causado en gran parte por los alquilantes ya que con mayor frecuencia producen daños a la célula.

³⁸ Idem.

Atención de Enfermería:

- ✓ Aislamiento protector al paciente.
- ✓ No administrar Quimioterapia si hay neutropenia (<1500).
- ✓ Control de biometrías hemáticas.
- ✓ Control de temperatura
- ✓ Vigilar presencia de sangrado
- ✓ Realizar hemotransfusión,

Atención de Enfermería a la Paciente con Radioterapia.

La radioterapia en la región de la mama puede causar piquetes, punzadas y sensación de dureza, adormecimiento, hormigueo o tirón en el sitio de la cicatriz.

En caso de que la radiación se realice en la axila, las medidas preventivas que la enfermera debe aplicar para evitar hinchazón en el brazo son las siguientes:

- ✓ Utilizar guantes durante cualquier actividad que implique riesgo de lesión en la piel, como la cocina y la jardinería.
- ✓ No utilizar joyas en la muñeca o en los dedos del brazo afectado.
- ✓ Usar dedal para coser con aguja.
- ✓ No cargar objetos pesados, ni realizar esfuerzos con el brazo.
- ✓ No dormir sobre el brazo afectado.
- ✓ No hacer manicura en el brazo radiado.

En caso de que el brazo inevitablemente se hinche, es indispensable:

- ✓ Tenerlo en alto o a la altura del corazón todo el tiempo.
- ✓ Dar masaje desde la punta de los dedos hasta la axila, con el brazo en alto o en posición horizontal.
- ✓ Realizar ejercicios para el hombro: separar el brazo del cuerpo y moverlo hacia arriba.³⁹

³⁹ E E I Ronquillo Martínez Laura y Lic. en Enfría. Navarrete Guzmán Cristina (Curso de Enfermería Oncológica) año 1999 pp 39, 54 - 55.

Atención de Enfermería a la Paciente con Cáncer de Mama en su Rehabilitación.

Los ejercicios de rehabilitación pueden generar molestias pero sirven para evitar futuros problemas y restaurar el rango de movimientos activos. Verificar antes del alta del paciente cita a consulta externa para el resultado histopatológico.⁴⁰

EJERCICIOS PARA LA REHABILITACIÓN DEL BRAZO

Algunos ejercicios isométricos, tales como la compresión de una pelota de goma y la flexión de la muñeca, pueden ser iniciados antes del retiro de los drenajes.

Los ejercicios aumentaran el flujo sanguíneo, pero no incrementan el flujo linfático.

Ejercicio #1 APROXIMACION DE LOS CODOS

- a) Pararse con los pies separados (15 – 30 cms).
- b) Extender los brazos lateralmente a nivel del hombre.
- c) Flexionar los antebrazos y colocar las manos atrás de la cabeza.
- d) Aproximar los codos hasta que estén en contacto.
- e) Retomar la postura.
- f) Extender los brazos lateralmente.
- g) Retomar la postura original, descansar y repetir el ejercicio.

Ejercicio #2 MOVIMIENTO PARA RASCARSE LA ESPALDA

- a) Pararse con los pies separados (15 a 30 cms).
- b) Colocar la mano del brazo no operado sobre la cintura.
- c) Flexionar el codo del brazo del lado operado y colocar el dorso de la mano en la mitad de la espalda. Mover gradualmente la mano hacia arriba hasta los dedos toquen el omoplato contra lateral.
- d) Bajar lentamente el brazo, descansar y repetir.

Ejercicio #3 MANO QUE TREPA POR LA PARED

⁴⁰ Idem

- a) Parase con los pies separados (15 – 30 cms).
- b) Flexionar el codo y apoyar la palma de la mano sobre la pared a nivel del hombro.
- c) Mover la mano hacia arriba de la pared hasta experimentar un "tirón" o dolor a nivel de la incisión. Marcar el nivel para poder evaluar la progresión.
- d) Bajar lentamente la mano hasta el nivel del hombro.
- e) Retomar la postura inicial, descansar y repetir.

Ejercicio # 4 POLEA EN LA PUERTA

EQUIPO: Una cuerda o una venda de 1.8 mts.
Una puerta y
Una silla.

PROCEDIMIENTO: Hacer un nudo en cada extremo de la cuerda y pasar la cuerda por arriba de la puerta con el brazo sano. Sentarse en una silla sin apoyar los brazos y con las plantas de los pies apoyadas firmemente en el piso, sostener la puerta entre las rodillas. Sostener los extremos de la cuerda entre los dedos medio y anular. Traccionar lentamente la cuerda con el brazo sano e izar el brazo del lado operado. Mantener el brazo levantado cerca de la cabeza e izarlo hasta que aparezcan molestias. Repetir el movimiento e izar el brazo sano, descansar y repetir.⁴¹

⁴¹ E. E. I. Ronquillo Martínez Laura y Lic. en Enf. Navarrete Guzmán Cristina (Curso de Enfermería Oncológica) año 1999 pp. 18 – 29, 39, 54 - 55.

Atención psicológica del personal de enfermería a la paciente con Cáncer Mamario.

El diagnóstico y el tratamiento de cáncer ejerce un impacto emocional significativo sobre la paciente y genera una multitud de problemas psicosociales y médicos. A pesar de los notables progresos para muchos el diagnóstico de cáncer sigue siendo comparable a una sentencia de muerte.

Podemos decir que el enfermar de cáncer supone enfrentarse a una situación amenazante, poco predecible y mas o menos aperciba en función de las características del proceso de la enfermedad, el tratamiento que requiere y de la fase de evolución en que se encuentre.

Una reacción muy común experimentan las pacientes en cualquier tratamiento oncológico que se le este proporcionando es el stress, experimentada por la paciente y que provoca importantes necesidades de adaptación, la cual posee 4 características importantes.

- ❖ Incertidumbre, como resultado de la imposibilidad de predecir los acontecimientos y debida a la falta de información que tiene la paciente sobre su enfermedad, tratamiento y evolución.
- ❖ Sentimientos negativos, tales como miedo, ansiedad o depresión.
- ❖ Perdida de control, que se traducen en sentimientos de indefensión o de incapacidad para influir sobre los acontecimientos.
- ❖ Amenazas a la autoestima, que pueden proceder de cambios en el propio cuerpo, dificultades laborales, sociales, sexuales, etc.

Sin olvidar lo anterior la enfermera tiene la gran responsabilidad de participar y facilitar en la adherencia terapéutica de la paciente hacia sus tratamientos oncológicos, dentro de la conducta a seguir de la enfermería comprende:

- ❖ Propagación y mantenimiento de un programa de tratamiento.
- ❖ Asistencia a su cita de seguimiento.
- ❖ Uso correcto de la medicación preescrita.
- ❖ Realizar cambios apropiados en el estilo de vida (dieta, ejercicio o extinción de hábitos).

- ❖ Evitación de conductas contraindicadas (no usar alcohol con sedante).

Sin olvidar establecer un modelo de relación Interpersonal con la paciente tomando en cuenta a la enfermedad como algo que forma parte de la paciente, considerar a esta como un todo; aceptar implicarse personalmente en la relación, es decir, reconocer que nuestra propia actitud tiene efectos sobre la de la paciente y reconocer los diferentes sentimientos que nos inspiran. Hacer menos preguntas para poder escuchar más.⁴²

⁴² E.E.I Ronquillo Martínez Laura y Lic. en Enfría. Navarrete Guzmán Cristina (Curso de Enfermería Oncológica) año 1999 pp 22,23 – 61.

Atención de Enfermería a la paciente con Cáncer Mamario en Fase Terminal.

La enfermera tendrá presente que el miedo de la paciente a la muerte es menos importante que el miedo al proceso de morir.

Debe de tener en mente que las palabras y las acciones no tienen que prometer curaciones sino cuidados, tranquilidad y apoyo.

Los cuidados a la paciente terminal son un intento terapéutico que tiene en cuenta el cambio que representa para el individuo cuya muerte es inminente a pesar de una asistencia con la finalidad curativa a otra con finalidad únicamente paliativa. La meta de este tipo de asistencia es conseguir que el paciente termine su vida con la mínima alteración de sus actividades habituales y permaneciendo en su ambiente familiar.

Los servicios que deben proporcionarse a la paciente en fase terminal son:

- ❖ Asistencia de enfermería proporcionada por personal altamente calificado.
- ❖ Ver a la paciente moribunda como una persona – ser humano, satisfaciendo sus necesidades, profundizándose en su mundo.
- ❖ Escuchar a la paciente.
- ❖ Respetar la individualidad de la paciente, pidiendo siempre su autorización para la realización de cualquier actividad a realizar.
- ❖ Informar siempre a la paciente y familiares lo que esta sucediendo.
- ❖ Permitir que tome parte de las decisiones que se refieren a sus últimos días y a su muerte.
- ❖ No hacer promesas a la paciente que no se pueda cumplir.
- ❖ Cuestionarse todo el tiempo que tal importante puede ser permitir actos heroicos ante la paciente moribunda.
- ❖ La enfermera debe ser sensible a los juegos verbales y no verbales de la paciente solicitando compañía.

La enfermera que esta cerca de estas pacientes no debe de olvidar que la paciente terminal requiere de tratamiento tanto físico como psicológico, para el control del dolor de los restantes síntomas como de los problemas emocionales y socio ambientales, y que estos es responsabilidad del

medico y del equipo de enfermería de tratar de brindar una atención que proporcione un bienestar físico y emocional del paciente.⁴³

Tratamiento Psicológico:

La noticia de tener cáncer plantea dos posturas que condicionan el proceso de la enfermedad. Si se considera al ser humano como un ser integral que posee mente, cuerpo y espíritu, es necesario lograr recomponer el equilibrio perdido frente a la situación traumática que significa tener una grave enfermedad como lo es cáncer. Para tratar los órganos afectados es importante desarrollar una actitud personal que implique un trabajo mental y un aporte espiritual acompañando así a los tratamientos científicos, canalizando las energía y fortaleciendo el proceso de sanación. La negación de esa enfermedad produce pérdida de tiempo y de energía, el miedo paraliza e impide generar mecanismos personales para proyectarse en el proceso de sanación. El reconocimiento de la enfermedad y la actitud resiliente posibilitan crear mecanismos para tratar de encausar la fuerza mental y espiritual en pos de la cura física. La actitud que adoptamos frente a la enfermedad nos condiciona para poder sobrellevar la enfermedad, combatirla y derrotarla. Es necesario sanar el espíritu para poder sanar el cuerpo.

El diagnóstico de cáncer, habitualmente, genera una crisis que exige medidas de adaptación rápida, pues ante el impacto emocional, el paciente se ve obligado a tomar en el menor tiempo posible, decisiones sobre las consultas que hará y las terapéuticas que aceptará.

La experiencia clínica prueba los beneficios de contar con asistencia psicoterapéutica desde este momento, ya que el paciente es ayudado a superar la situación de estrés agudo, pudiendo entonces tomar decisiones con relación al tratamiento, a sus relaciones vinculares y a sus actividades sociales.

Muchas veces los pacientes no han sido informados, suponen, dudan, o no entendieron lo que se les informó y desde ese lugar, obviamente, no están en condiciones de tomar decisiones y están muy asustados. El lugar de la consulta psicoterapéutica, donde este malestar puede ser escuchado, da la oportunidad de enfrentar las propias

⁴³ Picazo de Cortina Alicia, Logoterapeuta "Tratado de Tanatología" 1995, XIII Asamblea Nacional de Enfermeras pp. 203 – 204

circunstancias, comenzando a tomar decisiones, y pasando de la actitud pasiva de objeto, a una actitud activa de sujeto.

La capacidad de afrontamiento y adaptación de cada persona está condicionada por el estilo de personalidad previo y la fortaleza del Yo, así como por los afectos y el apoyo familiar y social, incluido el equipo de salud.

La asistencia psiquiátrica y psicológica pueden evitar o disminuir los efectos de paralización, confusión, dificultades de concentración, alteraciones somáticas (apetito, sueño) y de la actividad cotidiana, que la condición traumática de la experiencia habitualmente genera. Además, el estado de ánimo puede ser alterado no sólo por los tratamientos necesarios para lograr librarse de la enfermedad, sino por efectos adversos de los fármacos, del tumor o de enfermedades asociadas.

Una vez iniciados los tratamientos a que el paciente debe someterse, el tratamiento psicoterapéutico es un apoyo para el sostén de los mismos, ya que en sí son traumáticos y a veces dolorosos, y es necesario un fuerte deseo de vivir y una gran entereza para continuarlos hasta llegar a la liberación de la enfermedad o a la mejoría de la calidad de vida.

Como parte del equipo de salud por el cual es atendido el paciente, desde el área de psicopatología también se colabora con él y con el médico, para que la comunicación sea lo más fluida posible y el primero se sienta seguro, confiado y con derecho a saber tanto como quiera sobre el desarrollo de la terapéutica, lo cual facilitará la labor del segundo.

Las modalidades de atención incluyen: psicoprofilaxis quirúrgica, de quimioterapia y radioterapia; psicoterapia individual; psicofarmacoterapia; apoyo y psicoterapia a familiares; grupos de reflexión de pacientes operadas de mama y de pacientes ginecológicas; atención de pacientes y familiares durante la internación; terapia ocupacional, e interconsulta médico-psicológica.

Cuidados Paliativos

Guía para pacientes "Fundación Cuidarte"

Cuidados intensivos del confort

La enfermedad terminal es una situación de gran fragilidad, tanto por la aparición de numerosos síntomas físicos intensos, como por el gran impacto emocional que genera el desafío de la muerte.

Los cuidados paliativos intentan dar una respuesta organizada teniendo en cuenta los aspectos físicos, emocionales y sociales.

El principio de la estrategia en la atención a enfermos terminales son los cuidados intensivos del confort.

La enfermería puede desempeñar un papel muy importante en el cuidado paliativo, particularmente en la obtención de una mayor comodidad para el paciente.

Las metas, tanto para enfermería como para el paciente, serán promover la mayor independencia del paciente o, cuando esto no sea posible, procurar que se adapte de la mejor manera a las diversas limitaciones que la enfermedad le ocasiona a medida que progresa.

Muchas veces es la eficaz intervención de enfermería la que posibilita al enfermo una vida y muerte dignas, ya sea a través del contacto directo con el paciente, como la relación y el apoyo brindado a la familia del enfermo.⁴⁴

⁴⁴ www.psicooncologia.org/foro.mx., consultada en Noviembre 2004.

¿Cuáles son las acciones de enfermería dirigidas a disminuir el sufrimiento del paciente?

- Brindar medidas de confort, promoviendo y aconsejando en todos los aspectos del cuidado.
- Valorar el dolor para administrar, en caso necesario, los analgésicos prescritos por indicación médica.
- Establecer la capacidad del paciente para realizar las actividades cotidianas y observar sus patrones de movilidad, sueño, estado nutricional, ingesta de líquidos y su eliminación.
- Valorar su estado emocional.
- Dar oportunidad al paciente para que exprese sus temores y dudas.
- Brindar al enfermo la información con honestidad, sin darle falsas expectativas.
- Acompañar al paciente con una presencia de hospitalidad, escucha y respeto.
- Prevenir las complicaciones, como úlceras, constipación, etc.
- Establecer una continuidad de cuidados, apoyo y coordinación entre los diferentes servicios de asistencia y voluntarios.

Atención a la familia

Los objetivos fundamentales de la atención a la familia son:

- Promover sus capacidades para optimizar los cuidados.
- Promover su adaptación a la situación y prepararlos para el duelo.
- Identificar la naturaleza de la relación entre el paciente y la familia.
- Explicar a los familiares la necesidad del paciente de estar acompañado por personas queridas.

- Incorporar a la familia, en los cuidados del paciente.
- Brindar la información requerida por la familia sobre el plan de cuidados y tratamiento.⁴⁵

Los equipos de **cuidados paliativos** están concentrados en la atención directa a los enfermos, promoviendo una mejor calidad de vida.

Acompañar a la persona en el proceso de aceptación de la muerte es aliviar su sufrimiento. Ayuda a vivir intensamente la última experiencia de su vida.

La muerte digna es un derecho de toda persona, sin distinción alguna.⁴⁶

⁴⁵ ídem.

⁴⁶ www.psicooncologia.org./foro.mx, Nov. 2004.

Tratamiento Tanatológico:

LO QUE SE DEBE APRENDER EN FAMILIA

1. Que los momentos finales son la última oportunidad para compartir cariño y afecto con el enfermo.
2. A aceptar los progresivos síntomas del paciente. Se le debe *permitir* estar enfermo.
3. A redistribuir las funciones y tareas que el paciente tenía.
4. A cuidar del paciente, respondiendo por sus necesidades físicas y emocionales, proporcionándole todo el tiempo y compañía que requiera, bajo la premisa de la terapia de *oídos, hombro y abrazo* (*Oídos* para escucharte, *hombros* para ser tu apoyo y *abrazo* para manifestarte cuánto te amo).
5. A repartirse las responsabilidades del cuidado del paciente y las tareas del funcionamiento familiar de manera equitativa.
6. Aceptar que se puede llegar a necesitar de una persona ajena a la familia para el cuidado.
7. Aceptar las relaciones del paciente con el equipo de cuidados.
8. Aceptar que puede existir un interlocutor diferente a un miembro familiar.
9. A mantener relaciones con el mundo externo.
10. A que muchos "amigos" los abandonen debido a la ansiedad que les provoca la situación del dolor y muerte como los por los sentimientos de impotencia y frustración.
11. Despedirse del paciente y darle *el permiso de morir* (no vibrar en el apego)⁴⁷

⁴⁷ Idem.

ACTOS SIMPLES QUE PUEDES REALIZAR PARA ACOMPAÑARME:

1. **NO ME RECHAZES:** sé el amigo... el ser amado que siempre has sido.
2. **TOCAME:** un simple apretón de manos me hace saber que todavía te importo
3. **LLAMAME Y DIME QUE TRAES MI PLATO FAVORITO:** si lo haces, tráelo en platos desechables para no preocuparme en devolverlos.
4. **CUIDA DE MIS NINOS:** mientras tomo un corto tiempo para estar con mi pareja, mis niños también requieren unas pequeñas vacaciones de mi enfermedad.
5. **LLORA CONMIGO:** cuando yo lo haga, y también ríe conmigo. La enfermedad aísla. Ayúdame a seguir en contacto con otros.
6. **INVITAME A SALIR A PASEAR:** sin olvidar mis limitaciones.
7. **LLAMA Y PREGUNTA SI DESEO ALGO EN ESPECIAL:** y si puedes, tráelo.
8. **ANTES DE VISITARME, LLAMA A ANUNCIARTE:** habrá momentos en que no pueda o no quiera recibir visitas, pero no permitas que eso haga que temas venir a verme; necesito tu compañía, no quiero sentirme solo.
9. **AYUDAME A CELEBRAR DIAS ESPECIALES:** (y la vida en si) Redecora mi cuarto en el hospital, hospicio o mi hogar, trae flores o algún detalle bello.
10. **AYUDA A MI FAMILIA:** invítalos a salir. Yo estoy enfermo, pero ellos también sufren, ofrécete a venir y quedarte conmigo mientras los que me acompañan toman un descanso.
11. **SÉ CREATIVO:** trae un libro de pensamientos, música especial, sigue tu corazón.
12. **HABLEMOS ACERCA DE LO QUE ME PASA:** en ocasiones querré hablar de ello, no temas preguntar si lo deseo.

13. ESCUCHA: cuando hablemos, quizá no necesite una opinión, tal vez solo necesite desahogarme, ten la paciencia necesaria para escucharme y la sabiduría para no juzgarme.

14. NO SIENTAS QUE SIEMPRE DEBES "HABLAR DE ALGO": tu presencia es más valiosa.

15. PUEDES PROPORCIONAR TRANSPORTE PARA MI O MI FAMILIA? : puedo necesitar ir a un tratamiento, a una consulta, o mis familiares pueden requerir comprar algo.

16. NO MIENTAS ACERCA COMO ME VEO: sé que poco a poco mi cuerpo se deteriora, no llegues a extremos diciendo lo bien que luzco cada día, o como estoy de "acabado".

17. POR FAVOR, INCLUYEME EN LA TOMA DE DECISIONES: voy perdiendo tantas cosas, por lo que no me niegues la posibilidad de sentir que aun soy útil e independiente en algo, por pequeño que sea.

18. HABLAME EN FUTURO: mañana, el otro mes, el otro año, la esperanza es básica para mí.

19. ACUDE A MI LADO CON UNA ACTITUD POSITIVA: ser realista no significa dejar de buscar algo bello detrás de cualquier circunstancia, por dura que sea.

20. QUE PASA EN LAS NOTICIAS?: el hecho de estar enfermo no me separa de mi entorno, mientras lo solicite, cuéntame que pasa en el mundo, con mi equipo favorito; no temas darme "malas noticias", ya recibí la más grande.

21. PUEDES (Y QUIERES) AYUDAR CON LA LIMPIEZA?: mientras estoy enfermo mi familia y yo aun ensuciamos platos, la ropa y la casa.

22. RIEGA MIS PLANTAS

23. SIMPLEMENTE MANDAME UNA POSTAL: si mi proceso es muy duro para ti y no te atreves a venir, busca la manera de hacerme saber que te importo.

24. REZA POR MÍ: y comparte tus actos de fe conmigo.

25. CUENTAME COMO TÉ GUSTARIA AYUDARME: y si estoy de acuerdo, HAZLO.

26. INVESTIGA Y CUENTAME DE GRUPOS DE APOYO

27. NO ESPERES A QUE MUERA para expresarme tu cariño o tu inconformidad con algún evento pasado, tus palabras también son actos de amor.

28. DAME PERMISO DE MORIR: el verdadero amor no amarra, muero de mi enfermedad, no de mi amor hacia ti.

29. CUANDO MUERA, acompaña a mi familia, ofréceles un abrazo y hazles saber cuanto los amo.

30. AMATE y así me amaras incondicionalmente.⁴⁸

CÓMO SE PUEDE AYUDAR A LA FAMILIA EN LA TOMA DE DECISIONES:

1. Tenga en cuenta que la enfermedad que le han diagnosticado puede hacer más unir a su familia.

2. Sea precavido en la toma de decisiones, no espere a que cosas graves ocurran para que la familia se haga cargo, por ejemplo. Hay que vender la casa, hay que detener un ventilador artificial; permita que vayan tomando decisiones en las pequeñas cosas y así se irán entrenando para enfrentar las más complejas.

3. Si es del caso nombre a una persona con la autoridad suficiente y que genere confianza para que sea ella quien tome decisiones finales en caso de crisis, y permita que ese interlocutor poco a poco asuma funciones que normalmente usted realizaba dentro del ciclo familiar.

4. Si por algún motivo expresan que no son capaces de asumir su papel mientras usted está vivo, sígalo ejerciéndolo mientras usted pueda hacerlo, de lo contrario, sea amorosamente fuerte para delegar funciones.

5. Hágalos entender, si usted lo hace, que se pueden pasar momentos de desacuerdo, de tensión e incluso de enfrentamientos serios entre familiares; esto dentro de un ciclo de fases que es necesario atravesar para aceptar nuestra Impermanencia en el cuerpo físico.

⁴⁸ Idem.

6. Siempre recuerde que su proceso de ir muriéndose les hace recordar a sus familiares y amigos que ellos también morirán y muchos, reaccionan con miedo ante este hecho, todo dentro del marco del apego, ya sea hacia usted o a la vida en sí. Expresarse libremente disminuirá las cargas y hará que quien lo acompañe lo haga de corazón y no por obligación.⁴⁹

CONSEJOS PARA EVITAR EL DESGASTE EN LOS CUIDADORES (ACOMPAÑANTES):

1. Contrate a una persona para que desempeñe sus funciones habituales o permítase ser reemplazado para eventos ocasionales (caminar, ir a cine, etc.,)
2. Permita que otros (familiares o amigos) compartan responsabilidades del cuidado. (no asuma toda la carga).
3. Tenga en cuenta siempre la posibilidad del ingreso a hospicios, casas de cuidado u hospitales, para tomarse un descanso de una a dos semanas.
4. Cambie sus propias expectativas, por ejemplo, acepte que lo referente a la casa o al trabajo debe correr por cuenta de otro(s), para así poder dedicarse plenamente al cuidado del ser querido.
5. Rece, o medite.
6. Acepte que en solo en determinadas ocasiones, los hospicios o los hospitales son mejor opción que la casa.

QUE DEBE HACER LA FAMILIA Y AMIGOS CUANDO LA MUERTE SE ACERCA

1. No existe una fórmula mágica sobre el "qué hacer", todo dependerá de la historia familiar. La muerte no cambiará emociones, afectos o actos previos si en vida no se trabajó para ello; por lo que en todos aquellos momentos en los cuales el ser querido le permita acercarse y expresar sus emociones, aprovéchelos, son una oportunidad única para establecer un lazo de amor sin apegos que permitirán que tanto quien muere como quien acompaña tengan la sensación interna de que pueden despedirse y aceptar el dejarse de sentir físicamente sin remordimientos.

⁴⁹ Idem.

2. Quien está en proceso de morir escoge al que lo acompaña en el momento de cese de sus funciones corporales, algunos lo hacen muy rodeados, otros incluso solos. No se desgaste pensando que el pago a sus cuidados debe ser presenciar el instante mismo de la muerte, simplemente esté al lado, y cuando lo haga, entregue todo su amor. Simplemente siga su corazón, si quiere elevar una plegaria, colocar música, callar, no se cohíba. ACTUE.

3. No se desgaste tomando decisiones médicas en este punto, hable con su médico o el coordinador del grupo de apoyo desde antes de este momento para prever las situaciones por venir y enfóquese en acompañar.

4. Si lo desea, no tema en pedir apoyo espiritual, no importando su credo, pero no imponga sus creencias a quien muere si en vida no las compartieron, permita que sea quien parte el que elija su espiritualidad.

5. Este es el momento más apropiado para, de corazón despedirse sin dejar heridas entre ambos, dé amor sin esperar nada a cambio, más que la sensación interna de crecimiento.⁵⁰

COMO RECONOCER QUE LAS COSAS ESTAN FUERA DE CONTROL

(Y PEDIR AYUDA URGENTE)

1. Notar que el paciente esta sufriendo
2. Sentirse cada día mas exhausto, depresivo, intolerante o rabioso, no dormir ni comer bien.
3. Sentir que no hay otra persona a la que acudir en caso de requerir ayuda.

⁵⁰ Idem.

Frases que "No" deben decirse a una persona en duelo

- *"Los hombres no lloran"*. Recordemos que llorar es terapéutico
- *"Tienes que ser fuerte, por tus otros hijos"*. Nadie es inmune al dolor de la pérdida, el proceso se está dando en su familia
- *"Así es la vida, así es la naturaleza"*. Pero el proceso que estamos pasando es muy duro. ¿Por qué a nosotros?
- *"Ustedes son jóvenes, pueden tener otro hijo"*. Nadie sustituye a nadie
- *"Dios no quería que ese angelito viniera a este mundo"*. Sólo imagine el dolor que significa salir de la maternidad con los brazos vacíos, llegar a casa y ver la cuna vacía
- *"Todavía eres muy joven"*. Nunca se es tan viejo o tan joven para no poder experimentar nuestro duelo cómo queramos
- *"Mi hijo murió a los quince años, el tuyo sólo tenía dos años... el dolor es diferente"*. El tiempo de vida que una persona haya compartido con nosotros, no significa que va a doler más o menos. Toda pérdida es dolorosa
- *"Así es mejor, la abuelita ya se durmió y está en el cielo"*. Meses después se „verá llevando a su hijo(a) a terapia por trastornos de sueño. El pensamiento mágico del niño lo llevará a pensar que si me duermo, me muero.
- *"Tu hermano era tan bueno que por eso Dios decidió llevárselo"*. Entonces yo no seré bueno, me portaré mal, porque yo no quiero que Dios me lleve
- *"Ahora debes ayudar a tu madre, pues eres el hombre grande de la familia"*. No le deposite roles inadecuados a los niños, ellos son niños, no pueden sustituir a sus padres.⁵¹

⁵¹ Idem.

6.- Enfermería y los aspectos legales en el ejercicio profesional

En el diario quehacer de la enfermería constantemente estamos regidos por reglamentos, por disposiciones que tenemos que respetar, el desconocimiento de alguna ley de ninguna manera nos excusa de su incumplimiento. De ahí la importancia tan grande que para el personal de enfermería el que conozca sus obligaciones a cumplir y los derechos que puede exigir.⁵²

El derecho a la protección a la salud fundamentada en la adición que se hizo en el artículo 4 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos. El cual dice "*Toda persona tiene derecho a la protección de la salud*". La ley definirá las bases y las modalidades para el acceso a los servicios y establecerá la concurrencia de la Federación y las entidades federativas en materia de salubridad general, conforme a lo que se dispone en la fracción XVI del artículo 73 de ésta constitución, en el que se establece que la salubridad general dependerá ¹directamente del presidente de la república, sin intervención de ninguna secretaría de estado y sus disposiciones serán obligatorias en el país.⁵³

En relación al derecho a la salud. La ley General de Salud establece en sus siguientes artículos:

Dentro de la LEY GENERAL DE SALUD en el ARTICULO 1º.- La presente ley reglamenta el derecho a la protección a la salud que tiene toda persona en los términos del artículo 4 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, establece las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud y la concurrencia de la Federación y las entidades federativas en materia de salubridad general. Es de aplicación en toda la República y sus disposiciones son de orden público e interés social., en el ARTICULO 2º.- El derecho de la protección a la salud tiene las siguientes finalidades.⁵⁴

⁵² Thomson Jorje y Thomson Henry (1992). ÉTICA EN ENFERMERÍA. Ed. El Manual Moderno, 2ª reimpresión. México p.p. 325 – 326 y 338.

⁵³ Thomson Jorje y Thomson Henry (1992). ÉTICA EN ENFERMERÍA. Ed. El Manual Moderno, 2ª reimpresión. México p.p. 325 – 326 y 338.

⁵⁴ LEY GENERAL DE SALUD Colección Porrúa (1998). . Ed. Porrúa. 14ª edición. Tomo I México, D.F.

El bienestar físico y mental del hombre, para contribuir al ejercicio pleno de sus capacidades.

- I. La prolongación y el mejoramiento de la calidad de la vida humana.
- II. La protección y el acercamiento de los valores que coadyuvan a la creación, conservación y disfrute de condiciones de salud que contribuyan al bienestar social.
- III. La extensión de actitudes solidarias y responsables de la población en la preservación, conservación, mejoramiento y restauración de la salud.
- IV. El disfrute de servicios de salud y de asistencia social que satisfagan eficaz y oportunamente las necesidades de la población.
- V. El conocimiento para el adecuado aprovechamiento y utilización de los servicios de salud, y
- VI. El desarrollo de la enseñanza y la investigación científica y tecnológica para la salud.

En relación a la Protección de la Salud el ARTICULO 3º.- En los términos de esta ley, es materia de salubridad general DICE:

La organización, control y vigilancia de la prestación de servicios y establecimientos de salud a los que se refiere el ART.34, fracciones I, III y IV de esta ley.

- I. La atención médica preferentemente en beneficio de grupos vulnerables.
- II. La coordinación, evaluación y seguimiento de los servicios de salud a los que se refiere el ART. 34, fracción II.
- III. La atención materno – infantil.
- IV. La planificación familiar.
- V. La salud mental.
- VI. La organización, coordinación y vigilancia del ejercicio de las actividades profesionales, técnicas y auxiliares para la salud.
- VII. La promoción de recursos humanos para la salud.
- VIII. La coordinación de la investigación para la salud y el control de esta en los seres humanos.
- IX. La información relativa a condiciones, recursos y servicios de salud en el país.
- X. La educación para la salud.
- XI. La orientación y vigilancia en materia de salud.
- XII. La prevención y control de los efectos nocivos de los factores ambientales en la salud del hombre.
- XIII. La salud ocupacional y el saneamiento básico.
- XIV. La prevención y control de las enfermedades transmisibles.

- XV. La prevención y control de las enfermedades no transmisibles y accidentes.
- XVI. La prevención de la invalidez y la rehabilitación de los inválidos.
- XVII. La asistencia social.
- XVIII. El programa contra el alcoholismo.
- XIX. El programa contra el tabaquismo.
- XX. El programa contra la fármaco dependencia.
- XXI. El control sanitario de productos y servicios y de su importancia y exportación.
- XXII. El control sanitario del proceso, uso, mantenimiento, importación, exportación y disposición final de equipos médicos, prótesis, órtesis, ayudas funcionales, agentes de diagnóstico, insumo de uso odontológico, materiales quirúrgicos de curación y productos higiénicos.
- XXIII. El control sanitario de los establecimientos dedicados al proceso de productos en las fracciones XXII y XXIII.
- XXIV. El control sanitario de la publicidad de las actividades, productos y servicios a que se refiere esta ley.
- XXV. El control sanitario en la disposición de órganos, tejidos y sus componentes, células y cadáveres de seres humanos.
- XXVI. La sanidad internacional, y
- XXVII. Las demás materias, que establezca esta ley y otros ordenamientos legales, de conformidad con el párrafo tercero del ART 4^{to} Constitucional.

El ARTICULO 51.- los usuarios tendrán derecho a obtener prestaciones de salud oportunas y de calidad idónea y a recibir atención profesional y éticamente responsable, así como un trato respetuoso y digno de los profesionales, técnicos y auxiliares.

El ARTICULO 78.- Habla sobre El ejercicio de los profesionales, de las actividades técnicas y auxiliares de las especialidades para la salud estará sujeto a:

La ley reglamentaria del ART 5^{to} Constitucional, relativo al ejercicio de las profesiones en el Distrito Federal.

- I. Las bases de coordinación que conforme a la ley, se definan entre las autoridades educativas y las autoridades sanitarias.
- II. Las disposiciones de esta ley, y demás normas jurídicas aplicables
- III. Las leyes que expidan los estados, con fundamentos en los ARTS. 5^{to} y 121, fracción V de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos.

En cuanto a la Formación, capacitación y actualización del personal. El ARTICULO 90.- corresponde a la Secretaria de Salud y a los gobiernos de las entidades federativas, en sus respectivos ámbitos de competencia, sin perjuicio de las atribuciones de las autoridades educativas en la materia y en coordinación con éstas:

- I. Promover actividades tendientes a la formación, capacitación y actualización de los recursos humanos que se adquieran para la satisfacción de las necesidades del país.
- II. Apoyar los centros de capacitación y actualización de los recursos humanos.
- III. Otorgar facilidades para la enseñanza y adiestramiento de los servicios dentro de los establecimientos de salud, a las instituciones que tengan por objeto la formación, capacitación o actualización de profesionales, técnicos y auxiliares de la salud de conformidad con las normas que fijan el funcionamiento de los primeros, y
- IV. Promover la participación voluntaria de profesionales, técnicos y auxiliares de la salud en actividades docentes y técnicas.

En cuanto a la Prevención y control de enfermedades y accidentes, en el ARTICULO 136.- Es obligatoria la notificación a la secretaria de salud o a la autoridad sanitaria más cercana de las siguientes enfermedades y de los términos que continuación se especifican:

- I. Inmediatamente después en los casos individuales de enfermedades objeto del reglamento sanitario internacional: fiebre amarilla, peste y cólera.
- II. Inmediatamente en los casos de cualquier enfermedad que se presenten como brote o epidemia.
- III. En un plazo no mayor a 24 horas en los casos individuales de enfermedades objeto de vigilancia internacional: poliomielitis, meningitis meningococcica, tifo epidémico, fiebre recurrente transmitida por piojo, influenza viral, paludismo, sarampión, tos ferina, así como difteria y los casos humanos de encefalitis equina venezolana y
- IV. En un plazo no mayor a 24 horas de los primeros casos individuales de enfermedades transmisibles que se presenten en un área no infectada.

En la **LEY DE LAS PROFESIONES** sobre el ejercicio profesional el ARTICULO 33.- El profesionista está obligado a poner todos sus conocimientos científicos y recursos técnicos al servicio de su cliente, así como al desempeño del trabajo convenido. En caso de urgencia inaplazable de los servicios que se requieran al profesionista, se prestarán a cualquier hora y en el sitio que sean requeridos, siempre que éste último no exceda de 25 kilómetros de distancia del domicilio del profesionista.

ART. 36.- Todo profesionista estará obligado a guardar estrictamente el secreto de los asuntos que se le confieren por sus clientes, salvo los informes que obligatoriamente establezcan las leyes respectivas.⁵⁵

A través de este pequeño planteamiento de los aspectos jurídicos en nuestro país, de alguna manera tienen relación con las funciones y actividades del personal de enfermería, esperamos que sea más fácil cumplir con la responsabilidad tan grande que implica esta profesión.⁵⁶

⁵⁵ Editorial PAC, S.A. de C.V. (1995). LEY DE PROFESIONES (legislación en materia de educación y profesiones). 1ª reimpresión. México, D.F. p. p. 23 - 25.

⁵⁶ Colección Porrúa Op. Cit. p. p. 1 - 29.

7.- Derechos del paciente que vive con cáncer de mama

DECÁLOGO DE LOS DERECHOS DEL PACIENTE ONCOLÓGICO⁵⁷

1. Derecho a saber. Dosificar la información diagnóstica en cada consulta, incluyendo las posibilidades terapéuticas, con información al entorno, respetando el derecho a no saber.
2. Derecho a ser informado verazmente. El médico deberá hacerlo con claridad. Sin dejar de ser veraz, lo hará cuidadosamente, de acuerdo a la historia personal de cada paciente, a su sensibilidad e idiosincrasia.
3. Derecho a ser respetado como persona y a que se respete su fe. Ser respetado como paciente, sin sufrir discriminaciones. El respeto por la fe, permitirá encontrar un sentido por aquello que humanamente, parecería no tenerlo.
4. Derecho a acceder a los medios para curarse. Recibir el tratamiento que le brinde las mayores posibilidades de cura, con los menores efectos adversos.
5. Derecho a elegir. Implica la elección del camino a tomar, a través de una adecuada información.
6. Derecho a ser educado en la prevención. Para evitar la aparición del mismo o de nuevos tumores.
7. Derecho a vivir y morir con dignidad. Contar con el amor del entorno y el soporte psicológico necesario, para vivir con dignidad la enfermedad, evitando el ensañamiento terapéutico que permita, llegado el caso, que el paciente culmine sus días acompañado de sus seres queridos.
8. Derecho a la intimidad y a la confidencialidad. Derecho a un lugar, tiempo y espacio físico, donde se preserve su dignidad como ser humano suficiente.
9. Derecho a que se cuide su familia. Ésta, deberá conocer las implicancias de la enfermedad, acompañando con afecto y comprensión.

⁵⁷ www.psicooncologia.org/foro.mx., consultada en Noviembre 2004.

10. Derecho a no ser discriminado en su trabajo. El paciente curado de cáncer, no deberá ser discriminado en sus tareas laborales, permitiéndosele retornar a las mismas sin necesidad de ocultar la naturaleza de su enfermedad.⁵⁸

Este decálogo se sustenta en el ARTICULO 4 De la CONSTITUCION POLITICA DE LOS ESTADOS UNIDOS MEXICANOS el cual menciona que: Toda persona tiene derecho a la protección de la salud. Toda persona tiene derecho a un medio ambiente sano y adecuado para su desarrollo y bienestar.

Así mismo en la COMISION NACIONAL DE ARBITRAJE MEDICO, se encuentra estipulada la CARTA DE LOS DERECHOS GENERALES DE LOS PACIENTES los cuales son:

1. Recibir atención medica adecuada.
2. Recibir trato digno y respetuoso
3. Recibir información suficiente, clara, oportuna y veraz.
4. Decidir libremente sobre su atención.
5. Otorgar o no su consentimiento validamente informado.
6. Ser tratado con confidencialidad.
7. Contar con facilidades para obtener una segunda opinión. (Es solo enunciativo y no limitativo, se puede pedir todas las opiniones que se requieran).
8. Recibir atención medica en caso de urgencia.
9. Contar con un expediente clínico.
10. Ser atendido cuando se inconforme por la atención medica recibida.

⁵⁸ Idem.

8.- Complicaciones

La mayor complicación del cáncer de mama es la enfermedad metastásica.

Aproximadamente el 34% de las personas con cáncer tienen metástasis en el momento del diagnóstico. Además, el 23% de los pacientes con enfermedad local o regional experimentaran a recurrencia después de un tratamiento curativo inicial.

La mayoría de las enfermas de cáncer mamario mueren por enfermedad metastásica. Los sitios mas comunes de metástasis son, pulmones, hígado, hueso, intestinos, etc. A medida que aumenta la supervivencia, otros sitios de metástasis, poco comunes se han hecho mas frecuentes.

La mayor parte de las lesiones metastásicas se tratan si son sintomáticas o potencialmente discapacitantes.

El costo de la atención médica suele limitar el uso de tecnologías costosas que ni mejoran en grados significativo la calidad de vida ni elevan la supervivencia.

Lo antineoplásicos mas efectivos para el tratamiento de cáncer de mama metastático. Se asocian con mayor alopecia y cardiotoxicidad, incrementa la incidencia de infección secundaria y fenómenos tromboembólicos.⁵⁹

Puede ser que el tratamiento agresivo no sea apropiado, en estos casos la asistencia deberá orientarse a mitigar el dolor y el sufrimiento.

La irradiación puede causar fibrosis y obliteración de los canales linfáticos y vasculares, lo que lesiona los tejidos subyacentes durante largo tiempo. Por consiguiente, la curación de la herida posquirúrgica se ve afectada si el paciente recibió radioterapia en esa zona. El tejido irradiado pierde su normalidad biológica, por ello una vez que la cirugía altera la integridad tisular, se producen infección, dehiscencia de la herida y necrosis.

Algunos agentes quimioterapéuticos (metotrexate, ciclofosfamida, 5-floururacilo y doxorubicina) cambian la histología de las incisiones quirúrgicas en proceso de curación y reducen la resistencia a la tensión de las herida en momentos específicos durante el período postoperatorio.

⁵⁹ Manual Merk Ck., Décima Edición, Ediciones Har Court España S. A., Página 1988

Cuando la quimioterapia se administra en los primeros cuatro días de la cirugía, la fortaleza de la herida se ve deteriorada.

Con frecuencia, los fármacos quimioterapéuticos reducen el recuento de eritrocitos, leucocitos y plaquetas en el paciente con cáncer. Es posible que los niveles más bajos sólo se presenten a los diez a catorce días después de la primera administración. Si las enfermeras vigilan estos recuentos y conocen el cronograma de administración así como los efectos de los fármacos pueden estar alerta de las complicaciones posibles de una infección de la herida y hemorragia.

Algunos medicamentos quimioterapéuticos son tóxicos para algunos sistemas orgánicos específicos, lo que da lugar a efectos secundarios a largo plazo que pueden aumentar el riesgo de complicaciones quirúrgicas en el enfermo de cáncer. Por ejemplo, la administración preoperatorio de bleomicina puede predisponer al paciente al tipo agudo del síndrome de dificultad respiratoria del adulto después de la cirugía. También puede producir fibrosis intersticial y aumentar las complicaciones pulmonares durante el procedimiento.. Los diuréticos, la higiene pulmonar intensa y la restricción de líquidos ayudan a evitar el edema pulmonar intersticial asociado con terapia preoperatorio con bleomicina.

Las mujeres con cáncer de mama requieren de un esfuerzo multidisciplinario para el tratamiento y el seguimiento.⁶⁰

⁶⁰ Enfermería Oncológica, Shyrley E. Otto. MSN, CRNI. AOCN, Tercera Edición, Volumen II, Página 497 – 498

9.- Pronostico

El factor de predicción de la supervivencia mas digno de confianza es la etapa del cáncer mamario en el momento del diagnostico. La tasa de supervivencia global a cinco años de las pacientes de cáncer mamario es de 70 a 75%. Las pacientes con enfermedad de etapa I y pequeños tumores sin pruebas de diseminación regional después del examen cuidadoso de los ganglios linfáticos disecados (T1N0M0) tienen una tasa de supervivencia libre de la enfermedad a cinco años de 80 a 90%. Cuando están afectados los linfáticos axilares por el tumor(etapa II), la tasa de supervivencia disminuye a un nivel 22 a 63% a cinco años. El número de ganglios linfáticos axilares afectados se relaciona de manera inversa con la tasa de supervivencia. Las lesiones de gran tamaño (T3) o las que se caracterizan por afección de la piel o fijación a la fascia subyacente tienen una tasa de supervivencia a cinco años de solo 20 a 30 por ciento.

También puede predecir la supervivencia el estado de los receptores estrógenos, y al parecer los tumores positivos a los RE son menos agresivos que los negativos a estos receptores. Las pacientes con lesiones T1N0 que son positivas a los RE tienen una tasa de supervivencia de 90% o mas. En general, el cáncer mamario parece ser en cierto grado mas maligno en las mujeres mas jóvenes que en las mayores de edad; sin embargo, esto podría deberse a que son menos las mujeres jóvenes que tienen receptores de estrógenos positivos. Se han propuesto como variables importantes otros aspectos pronósticos, como grado del tumor, tipo histológico y afección de los vasos linfáticos y sanguíneos, pero la mayor parte de los datos microscópicos distintos a la afección de los ganglios linfáticos se han correlacionado mal con el pronostico. Al parecer tienen cierta importancia pronostica otros factores bioquímicos y biológicas como ploidía, fracción de fase S, amplificación de los oncogenes HER-2/neu y concentraciones de catepsina D, en especial en las pacientes que tienen ganglios negativos. Los principales aspectos de predicción de la supervivencia son tamaño del tumor y afección de los ganglios linfáticos.⁶¹

⁶¹ AJCC, American Joint Comité on Cancer., Datos tomados de *Ostee RT, Karnell LH, Brest cancer. En Stel GD Jr Winchester DP, Menck HR, Murphy GP, eds National Data Base Annual Review of Patient Care 19993, Atlanta : American Cancer Society, 1993 : 10-9*

Supervivencia según la etapa del cáncer mamario

Etapa AJCC	Casos de cáncer mamario (%)	Supervivencia a 5 años (%)
0	9.4	99
I	40.9	82
II	36.6	73
III	8.9	55
IV	4.2	23

62

IV.- METODOLOGÍA

1.- HIPÓTESIS GENERAL

- Los conocimientos del personal de enfermería de los tres niveles de atención, acerca del cuidado a la mujer con cáncer mamario, influye en la atención Integral de la mujer y por lo tanto en la incidencia del cáncer mamario.

HIPÓTESIS NULA

- Los conocimientos del personal de enfermería de los tres niveles de atención, acerca del cuidado a la mujer con cáncer mamario, no influye en la atención integral de la mujer y por lo tanto en la incidencia del cáncer mamario.

2.- VARIABLES:

Definición conceptual de la Variable:

Conocimientos de Enfermería: Conocimiento y prestación de servicios esenciales a diversos niveles de preparación para fomentar, conservar o restablecer la salud de personas que por cualquier razón no están en condiciones de brindarse ellas mismas.⁶³

VARIABLES:

Variable dependiente es el efecto.

Variable independiente es la causa

Se dice que "la variable dependiente no se manipula, sino que se mide."⁶⁴

VARIABLE INDEPENDIENTE

- **Deficiencia de conocimientos del personal de enfermería en relación al cáncer mamario.**

VARIABLE DEPENDIENTE

- **Deficiente atención integral de enfermería a la paciente con cáncer de mama.**
- **Inadecuada valoración de los factores de riesgo en la mujer que solicita el servicio en los diferentes niveles de atención.**

⁶³ Dorlan (1991). "Diccionario Médico de Bolsillo". Ed. Interamericana. 23ª. México D.F. pp. 294 - 295

⁶⁴ Metodología de la Investigación, Hernández Sampieri R., Fuentes Collado C., Baptista Lucio P., Editorial Mc Graw Hill, Tercera Edición, Pág.190

3.-TIPO DE INVESTIGACION:

Con Enfoque Cuantitativo: ya que se usa la recolección de datos para poder comprobar la hipótesis, basándose en la medición numérica y análisis estadístico, para así establecer los patrones de comportamiento.⁶⁵

Descriptiva porque "busca especificar propiedades, características y rasgos importantes de cualquier fenómeno que se analice."⁶⁶ –Se describen los factores que intervienen en la atención a pacientes con cáncer mamario.

Correlacionada "Este tipo de estudios tienen como propósito evaluar la relación que exista entre dos o mas conceptos, categorías o variables."⁶⁷

–Porque participan el Primer Nivel de atención Jurisdicción Sanitaria Ecatepec, el Segundo Nivel Hospital General de Tenancingo y Tercer Nivel Hospital de la Mujer. Tomando en cuenta que la atención integral de enfermería en cada uno de los niveles es de acuerdo a la prevención, curación y rehabilitación.

DISEÑO DE LA INVESTIGACION:

Es un diseño no experimental. Pues se realizara sin manipular deliberadamente variables. Es de tipo transversal o transaccional, ya que solo se estudiara el fenómeno en un contexto natural, para después analizarlo en un tiempo único, con el propósito de describir variables y analizar su incidencia e interrelación en un momento dado. Y es descriptivo, pues se busca dar un panorama mas preciso a través de la selección de una serie de cuestiones, para medir cada una de ellas independientemente, para describir los factores que intervienen en la atención de enfermería a pacientes con cáncer mamario o con factores de riesgo para padecer esta enfermedad; en Primer Nivel de atención Jurisdicción Sanitaria Ecatepec, el Segundo Nivel Hospital General de Tenancingo y Tercer Nivel Hospital de la Mujer.

⁶⁵Idem pag. 6.

⁶⁶Idem pag. 119

⁶⁷Idem, Pág. 121

4.- UNIVERSO, POBLACIÓN Y MUESTRA

4.1.1 UNIVERSO 1º NIVEL JURIDICION SANITARIA ECATEPEC

La Jurisdicción Sanitaria Ecatepec depende del Instituto de Salud del Estado de México (ISEM), este a su vez de la Secretaría de Salud

El ISEM, cuenta con 19 Jurisdicciones, Ecatepec es la numero 17.
La distribución de los Centros de salud de acuerdo a municipios es:

Municipio de Coacalco se encuentran 2 Unidades de Primer Nivel de Atención.

Municipio de Ecatepec cuenta con 20 Centros de Salud Urbanos, una Clínica Maternidad y un Hospital General.

Los servicios asistenciales con los que cuentan cada Centro de Salud son: Dirección y Coordinación Municipal, Administración, Estadística, Farmacia, Almacén, Caja, Archivo, Servicio de Odontología, Enfermería, Clínica de Hidratación Oral, Inmunizaciones y Curaciones, Ceye, Consultorio de Planificación Familiar Consultorios de Consulta General, Sala de Espera, Aula, Cuarto de Aseo, Vestidores para el Personal y Sanitarios Públicos.

El tipo de Población que se atiende; es en su mayoría de un nivel socio económico bajo y la gran mayoría no cuenta con Seguridad Social.

4.1.2 POBLACION 1° NIVEL

La distribución del personal de enfermería por unidad aplicativa Jurisdicción sanitaria Ecatepec, se encuentra especificada en el anexo 10

4.1.3 MUESTRA 1° NIVEL

Todo el personal de Enfermería y TAPS que labora en los Centros de Salud de la Jurisdicción Sanitaria Ecatepec, dando un total de 137 enfermeras y 227 TAPS, con un total global de 364.

Población total = 364

Muestra = 40%

$N = 364$

$n = 182$

Substituyendo tenemos:

$$- n = \frac{364}{1+364} = \frac{364}{1+1} = \frac{364}{2} = 182$$

4.2 Universo, Población y Muestra

4.2.1 Universo: Hospital General Tenancingo 2º Nivel.

El Hospital General Tenancingo esta situado a 42 kilómetros de la capital del Estado de México se localiza en una zona urbana, la población demandante potencial del servicio es de 234,500.

Funciona como vinculo de prestaciones de servicios, es una unidad de segundo nivel la cual proporciona atención en las siguientes áreas Gineco-Obstetricia, Pediatría, UCIN, Cirugía, Medicina Interna, Traumatologías y Ortopedia, Odontología, Medicina Preventiva, Banco de Sangre, Laboratorio, Rayos X y Trabajo Social; contando con una gran zona de afluencia ya que es el hospital mas grande de la región sur del Estado de México, lo cual redunda en la importancia de mantener la prestación de servicios que ofrece.

Cuenta con una capacidad de 99 camas de las cuales 60 son censables y 39 no censables, así como una plantilla de personal de 207 trabajadores de base, de los cuales 88 son enfermeras.

4.2.2 Población.

Todo el personal de enfermería que labora en los diferentes turnos en el Hospital General Tenancingo asciende a 88 enfermeras.

Personal de Enfermería por turno, categoría y sexo.

4.2.3 Muestra 2º Nivel

$$n = \frac{No}{1 + No} \cdot N$$

Sustituyendo tenemos:

$$n = \frac{207}{1 + \frac{207}{207}} = \frac{207}{1 + 1} = \frac{207}{2} = 88$$

4.3 UNIVERSO, POBLACIÓN Y MUESTRA

4.3.1 UNIVERSO 3° NIVEL HOSPITAL DE LA MUJER

Todo el personal de enfermería que labora en los turnos matutino, vespertino, velada "A", "B" y "C" así también como el turno mixto. El cual asciende a 470 enfermeras que elaboran en el Hospital de la Mujer. La distribución del personal de enfermería por turnos y servicios se especifica en el Anexo 11.

4.3.2 POBLACION 3° NIVEL HOSPITAL DE LA MUJER

Todo el personal de enfermería que elabora en los diferentes turnos en el Hospital de la Mujer de la Secretaría de Salud.

4.3.3 MUESTRA 3° NIVEL HOSPITAL DE LA MUJER

Muestra: ⁶

$$n = \frac{\text{No}}{1 + \text{No}}$$

$$\frac{\text{-----}}{\text{-----}}$$

$$\text{N}$$

N = Tamaño del Universo
 No = Tamaño de la Población
 n = Tamaño de la muestra buscada

Substituyendo tenemos:

$$n = \frac{470}{1 + 470} = \frac{470}{1 + 1} = \frac{470}{2} = 235$$

$$\frac{\text{-----}}{\text{-----}}$$

$$470$$

5.- CRITERIOS DE SELECCIÓN:

Los criterios de inclusión o exclusión para un estudio normalmente reflejan consideraciones ajenas al interés sustantivo o teórico en determinados tipos de personas.

Criterios de inclusión:

Se le llama criterios de elegibilidad o criterios de inclusión a las características específicas que la población debe poseer.⁶⁸

Todo el personal de enfermería y TAPS que laboran en los Centros de Salud de la Jurisdicción Sanitaria Ecatepec

Todo el personal de enfermería que labora en los diferentes turnos de los siguientes servicios: Urgencia, Consulta Externa, Puerperio Complicado, Cirugía, Oncológica, Terapia Intensiva e Intermedia del Hospital de la Mujer de la Secretaría de Salud.

Criterios de exclusión:

Son las características que alguno de los miembros de la población no deben tener.

Las pasantes que se encuentran proporcionando su Servicio Social en; Primer Nivel de atención Jurisdicción Sanitaria Ecatepec, el Segundo Nivel Hospital General de Tenancingo y Tercer Nivel Hospital de la Mujer.

Estudiantes de enfermería que se encuentran haciendo practicas de enfermería en; Primer Nivel de atención Jurisdicción Sanitaria Ecatepec, el Segundo Nivel Hospital General de Tenancingo y Tercer Nivel Hospital de la Mujer.

⁶⁸Polit - Hungler, "Investigación Científica en Ciencias de la Salud", Ed. Mc. Graw-Hill, Sexta Ed. 2003, Pp.268.

Criterios de eliminación:

El personal de enfermería que en el momento de la encuesta se encuentre de licencia médica, licencia con y sin goce de sueldo, vacaciones, cursos, etc.

El personal de enfermería que en el momento de la encuesta se encuentre de incapacidad, de licencia, de vacaciones, cursos, etc.

Toda encuesta que no sea contestada en su totalidad.

6.- RECURSOS PARA EL DESARROLLO DE LA INVESTIGACIÓN

Recursos humanos:

- Lic. En Enfermería Académico de la E.N.E.O. – U.N.A.M. Maria de los Ángeles García Albarran
- Coordinador del Departamento de Salud Reproductiva de la Jurisdicción Sanitaria Ecatepec, Doctor Juan Luis Trujillo Martínez
- Supervisora del Programa de Salud Reproductiva de la Jurisdicción Sanitaria Ecatepec Enfría. Adela Limón Fragoso
- Coordinador de enseñanza e investigación de la Jurisdicción Sanitaria Ecatepec L.E.O. E. Guadalupe Pérez Hernández
- Jefe de Enfermeras Jurisdiccional Enfra Guadalupe Chávez Herbert.
- Coordinadora de Enseñanza de Enfermería del Hospital de la Mujer Ma. de Lourdes Rivera Vázquez
- Coordinadora de Enseñanza de Enfermería del Hospital General de Tenancingo L.E.O. Cecilia Serrano Millán.
- Pasante de la Lic. en Enfermería E.N.E.O. – U.N.A.M. Rosa Ma Naguatt Domínguez.
- Pasante de la Lic. en Enfermería E.N.E.O. – U.N.A.M. Lazara Vega Cruz
- Pasante de la Lic. en Enfermería E.N.E.O. – U.N.A.M. Ma. Cristina Mejia García
- Pasantes de Enfermería que apoyen en la aplicación de las Encuestas

Recursos materiales:

Libros, revistas, folletos, copias fotostáticas, computadora, impresora, disquete, cinta para impresora, lápiz, goma, sacapuntas, prit, fólder, hojas blancas y demás artículos de papelería.

Recursos financieros:

Transporte.....	1596
Libros y revistas.....	1800
Copias fotostáticas.....	350
Artículos de papelería.....	765
Impresión y encuadernación del trabajo.....	6000
Total	12427

Mismos que serán cubiertos por el equipo de investigación.

Recursos físicos:

Jurisdicción Sanitaria Ecatepec

Hospital General de Tenancingo

Hospital de la Mujer en el área de la coordinación de enseñanza de enfermería, aula de enfermería, biblioteca y cada central de enfermeras de todos los servicios de este hospital.

Biblioteca de la E.N.E.O. – U.N.A.M.

Biblioteca del Instituto Nacional de Cancerología

7.- Cronograma:

Ver anexo número 12

8.- INSTRUMENTO DE RECOLECCION DE DATOS

Se conoce como instrumento de medición al recurso que utiliza el investigador para registrar información o datos sobre las variables que tiene, debe de tener dos requisitos fundamentales.- confiabilidad y validez.

Confiabilidad: grado en el que la aplicación repetida de un instrumento de medición al mismo fenómeno genera resultados similares.

Validez: grado en el que un instrumento en verdad mide la variable que se busca medir.⁶⁹

⁶⁹Metodología de la Investigación, Hernández Sampieri R., Fuentes Collado C., Baptista Lucio P., Editorial Mc Graw Hill, Tercera Edición, Pág. 346, 348, 349.

CUESTIONARIO

Un cuestionario es un conjunto de preguntas respecto a una o más variables a medir.⁷⁰

Cuestionario para la investigación titulada: "Conocimientos del Personal de Enfermería en los diferentes niveles de atención acerca del cuidado de la mujer con cáncer mamario y su relación en la atención integral" en:

- Jurisdicción Sanitaria de Ecatepec
- Hospital General de Tenancingo
- Hospital de la Mujer

Como profesionales de enfermería interesados en la atención integral a la mujer con cáncer mamario en las diferentes etapas de su ciclo vital, y al observar un aumento en la incidencia de cáncer mamario es que hemos decidió hacer una investigación sobre el conocimiento del personal de enfermería de los diferentes niveles de atención acerca de los cuidados de la mujer con cáncer mamario y su relación en la atención integral en:

- Jurisdicción Sanitaria de Ecatepec
- Hospital General de Tenancingo
- Hospital de la Mujer

Cuyos resultados nos van a servir para conocer el tipo de atención que reciben las pacientes por parte del personal de enfermería que las atiende en los tres niveles de atención de salud.

⁷⁰ Idem. 391.

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MÉXICO
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERIA Y OBSTETRICIA**

INSTRUMENTO DE EVALUACION

Objetivo del cuestionario.

Tener información verídica para saber el conocimiento del personal de enfermería en los diferentes niveles de atención acerca del cuidado de la mujer con cáncer mamario y su relación en la atención integral.

Instrucciones:

- Lea cuidadosamente las preguntas que continuación se mencionan.
- Conteste con bolígrafo tinta azul o negra.
- Conteste en forma individual.
- Marque con una "X" la opción que usted elija.
- Elija solo una opción como respuesta.
- En caso de duda, favor de preguntar al entrevistador.
- De antemano por su colaboración **Gracias.**

Datos Generales.

Nombre de su Centro de Trabajo _____

Servicio donde labora _____

Turno _____ **Sexo** _____

Grado Académico		Categoría	
Secundaria		Auxiliar de Enfermería	
Preparatoria		Enfermera General	
Carrera Técnica		Enfermera Especialista	
Licenciatura		Jefe de Servicio	
Especialidad		Supervisora de enfermería	
Post - Técnico en Enfermería		Jefe de Enfermeras	
Cursos Monográficos			
Diplomados			
En que Área			

Instrucciones:

Lee con atención y marca con una "X" la opción correcta:

- 1) ¿Qué es el Cáncer de mama?
 - a) Es un crecimiento desordenado de células en la mama.
 - b) Presentar nódulos en la mama.
 - c) Es una aparición sospechosa de nódulo en la mama.
 - d) No se.

- 2) ¿Conoce usted que es un Factor de Riesgo para el cáncer de mama?
 - a) Si
 - b) No

- 3) Uno de los factores de riesgo importante para el cáncer de mama es:
 - a) Menarca después de los 12 años y menopausia precoz
 - b) Primer embarazo a término a los 20 años de edad.
 - c) Multiparidad y Miomatosis severa
 - d) Promiscuidad sexual y menopausia precoz
 - e) Menarca antes de los 12 años y menopausia después de los 52 años.

- 4) ¿Cuáles son los Factores de Riesgo para el cáncer de mama?
 - a) Mujer multigesta mayor de 20 años analfabeta con bajos recursos económicos.
 - b) Mujer nuligesta mayor de 20 años, con tabaquismo positivo, estatura menor de 1.40 mts.
 - c) Mujer mayor de 35 años, antecedentes familiares, sedentarismo, tabaquismo positivo, dieta rica en grasas
 - d) Ninguna de las anteriores.

- 5) ¿Qué grupo de edad es más vulnerable para padecer el cáncer de mama?
 - a) De 15 a 25 años
 - b) De 25 a 35 años
 - c) De 35 años a mas
 - d) No lo se

- 6) ¿Conoce la técnica para la exploración mamaria?
- Si
 - No
- 7) El examen clínico de las glándulas mamarias debe realizarse por el médico o enfermera debidamente capacitados, cada:
- Dos años
 - Tres años
 - Año
 - Mes
 - Dos meses
- 8) ¿Cuáles son los signos de sospecha de cáncer mamario?
- Mamas dolorosas a la palpación, cambios de coloración.
 - Salida de secreción láctea por el pezón y enrojecimiento de la mama.
 - Palpación de nódulos y cambios en la coloración y textura en la piel.
 - Todas las anteriores.
- 9) ¿Cómo se contagia el cáncer de mama?
- Secreción del pezón y sangre.
 - Orina, líquido amniótico.
 - Saliva y semen.
 - Ninguna de las anteriores.
- 10) Son medidas de prevención del cáncer mamario.
- Alimentación rica en folatos y fibra baja en grasa.
 - Realización de actividades físicas.
 - Realización de exploración mamaria anual por personal capacitado.
 - Todas las anteriores.
- 11) Para la prevención primaria del cáncer de mama, existen estrategias y actividades de:
- Diagnostico Temprano, Tratamiento y rehabilitación
 - Promoción, educación y fomento a la salud
 - Prevención primaria, secundaria y terciaria
 - Investigación, vigilancia epidemiológica y tratamiento
 - Primero, segundo y tercer nivel de atención

12) Son procedimientos diagnósticos para el cáncer mamario.

- a) Ultrasonido, Rayos "X", citología vaginal, papanicolaou
- b) Ultrasonido, Mastografía, Biopsia.
- c) Mastografía, Química sanguínea, Biopsia.
- d) Mastografía, Rayos "X", Biometría Hemática.

13) ¿En la unidad que labora cuenta con el Proyecto de Norma Oficial Mexicana sobre el cáncer de mama?

- a) Si
- b) No
- c) No se

14) ¿Cada cuanto debe de realizarse la autoexploración de mama?

- a) Cada año
- b) Cada 3 meses
- c) Cada mes
- d) Cada 6 meses
- e) Cada 24 meses

15) ¿Cuántos días preferentemente, después del inicio de la menstruación debe de realizarse la autoexploración mamaria?

- a) 15 a 30 días
- b) 7 a 10 días
- c) 20 a 30 días
- d) 12 a 14 días
- e) 13 a 21 días

16) durante la menopausia y después de esta, para realizar la autoexploración mamaria, se elegirá:

- a) Cada fin de semana
- b) Un día cualquiera cada dos meses
- c) De 12 a 14 días
- d) Un día fijo cada año
- e) Un día fijo cada mes

17) La realización de la autoexploración de mama, permite:

- a) La rehabilitación
- b) La vigilancia epidemiológica
- c) Observar la red venosa
- d) Una detección oportuna
- e) Observar la coloración de la piel

18) ¿Cuáles son los aspectos más importantes que menciona el Proyecto de Norma Oficial Mexicana sobre cáncer de mama?

- a) Prevención, Tratamiento, Seguimiento y Control del cáncer mamario.
- b) Prevención, Medidas de contagio y Tratamiento.
- c) Embarazo, Cáncer de Mama, Medidas de Contagio y Rehabilitación.
- d) Todas las anteriores.

19) ¿Conoces el procedimiento de una Biopsia excisional?

- a) Es la incisión en piel, con disección tisular se hace a través de anestesia local o sedación se hace en lesiones tumorales o palpables.
- b) Es un procedimiento que se realiza con aguja fina, se obtiene material de lesión sospechosa.
- c) Es un procedimiento en el cual se hace con un marcaje con guía radiológica.
- d) Lo desconozco

20) ¿Conoces cuales son los tratamientos oncológicos para tratar el cáncer de mama?

- a) La Quimioterapia, Radioterapia, Mastectomia Radical.
- b) La Quimioterapia, Hormonales, Cirugía.
- c) La Radioterapia, el Masaje, la Quimioterapia.
- d) No lo se.

21) ¿Ha tenido experiencia en atender paciente con cáncer mamario en su trabajo?

- a) Si la he sabido manejar.
- b) Si pero no estaba enterada de su padecimiento.
- c) No he tenido experiencia con este tipo de pacientes.

22) ¿Qué medidas adoptarías en caso de accidente con material que esta en contacto con paciente con cáncer mamario?

- a) Lavado del área afectada, identificar el diagnostico de la paciente.
- b) Lavado del área y fomentar la hemorragia de la herida.
- c) No tengo conocimiento de lo que debo hacer.

23) ¿Sabes que es la Quimioterapia?

- a) Es tratamiento oncológico a base de medicamentos citotóxicos.
- b) Es tratamiento homeopático relajante.
- c) Es tratamiento psicológico de apoyo.

24) ¿Sabes en que consiste el tratamiento quirúrgico de Mastectomia Radical Modificada?

- a) Es la extracción de toda la mama y el recubrimiento de los músculos del tórax y de la pared torácica.
- b) Es la aplicación hormonal, se aplica si las células cancerosas analizadas tiene receptores.
- c) Es la aplicación de radioisótopos aplicados localmente.

25) ¿Cómo detectas las necesidades de atención psicológicas en pacientes con cáncer mamario?

- a) Cuando de algún modo niega su padecimiento, por lo que manifiesta ansiedad, por lo que no coopera en su tratamiento y atención.
- b) Cuando manifiesta ansiedad, depresión, sentimientos de culpa o agresión.
- c) Desconozco cuales sean los principales síntomas de atención psicológica del paciente con cáncer mamario.

26) ¿Por qué es importante la labor de consejo de enfermería?

- a) Porque permite el dialogo e interacción entre la enfermera y la paciente tendiente en dar apoyo en momento de crisis.
- b) No les beneficia en nada a las paciente la ayuda psicología que pueda proporcionarles el personal de enfermería por no estar capacitado.
- c) No tengo conocimiento al respecto.

27) ¿A quien se le debe dar prioridad en la labor de apoyo de consejo de enfermería?

- a) A la persona que se le ha diagnosticado cáncer de mama así como a sus familiares.
- b) A las personas que están en protocolo de estudio para determinar el diagnostico.
- c) No tengo información al respecto.

9.- INDICADORES:

- ❖ Profesiograma o grado académico del personal de enfermería por nivel de atención. Esto se refleja en los datos generales del cuestionario.
- ❖ Temor del personal a sufrir riesgo de trabajo en relación a tratamientos oncológicos. Se observan en la pregunta 14, 15, 16, 17 del cuestionario.
- ❖ Conocimientos generales del cáncer mamario.
 - ✓ Factores de riesgo. Este indicador se señala en la pregunta 2, 3, 4,5 del cuestionario.
 - ✓ Procedimientos diagnósticos. Se señala en la pregunta 6, 7, 8, 9, 10, 11,12, 14, 15, 16, 17 Y 19 del cuestionario.
 - ✓ Procedimientos invasivos. Se reflejan en la pregunta 18, 19, 20, 21, 23, 24 del cuestionario.
 - ✓ Precauciones de procedimientos específicos. Se señala en la pregunta 10, 13, 18, 22, 23, 24 del cuestionario.
 - ✓ Apoyo psicológico. Se menciona en la pregunta 21, 25, 26, 27 del cuestionario.
 - ✓ Apoyo tanatológico. Se observan en las preguntas 25, 26, 27 del cuestionario.
 - ✓ Orientación consejería. Se reflejan en la pregunta de la 01 a la 27 del cuestionario.
- ❖ Derechos y obligaciones del personal. Están contempladas en todas las preguntas del cuestionario.
- ❖ Derechos y obligaciones de la paciente. Este indicador se señala en la pregunta 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18 del cuestionario.
- ❖ Valoración de los factores de riesgo en la mujer que solicita el servicio en los diferentes niveles de atención. Esto se refleja en la pregunta 1, 2, 3, 4, 5, 6, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17,18 del cuestionario.

V PLAN DE RECOLECCION DE DATOS

1.- Plan Estadístico

Un instrumento de medición adecuado es aquel que registra datos observables que representan verdaderamente los conceptos o las variables que el investigador tiene en mente. En términos cuantitativos: capturo verdaderamente la realidad que deseo capturar.⁷¹

Un cuestionario es un instrumento escrito para ser resuelto sin intervención del investigador.

Las preguntas planteadas y respondidas por las personas interrogadas, permite verificar las hipótesis preeliminarias o estudiar el hecho propuesto por la investigación.

Las preguntas pueden clasificarse en tres categorías: abiertas, cerradas y de elección múltiple.

En esta investigación sobre el conocimiento que tiene el personal de enfermería acerca de la atención que proporciona a la paciente con cáncer mamario y su atención integral en los tres niveles de atención de salud se utilizo como instrumento de recolección de datos el cuestionario con preguntas cerradas y de opción múltiple.

En dicho cuestionario la primera parte fueron de preguntas generales y en su segunda parte del cuestionario se utilizaron preguntas de opción múltiple y cerradas.

Este cuestionario tenia instrucciones claras en cuanto a su llenado por lo que no hubo ninguna confusión en su llenado.

Las preguntas cerradas, solo pueden ser contestadas con un "si" o un "no" y en el ultimo caso un "no se".

Las de elección múltiple son en cierto modo preguntas cerradas pero permiten una serie de matices fijadas de antemano.

Por lo que la distribución de las preguntas se realiza de la siguiente manera:

EN EL PRIMER NIVEL DE ATENCION:

En la **Jurisdicción Sanitaria de Ecatepec** se inicio la aplicación del cuestionario, con el personal de enfermería que esta realizando las funciones de apoyos normativos, en la Jefatura Jurisdiccional, posteriormente reuní a las jefes de enfermeras de las 22 unidades de salud, explicando el objetivo de la investigación y pidiendo el apoyo de

⁷¹ Hernández Sampieri R., Fuentes Collado C., Baptista Lucio P., Editorial Mc. Graw Hill, Tercera Edición, Pp.45

las mismas para la aplicación de las encuestas al personal operativo, en la recolección de las mismas.

Se presentaron algunas dificultades ya que un gran porcentaje del personal se encontraba gozando de periodos vacacionales en las primeras semanas de Enero, además que se presentaron varias reuniones de trabajo y/o usos los cuales demoraron la entrega de los mismos por lo que el periodo de recolección de datos se prolongo a 14 días laborales.

Se aplicaron 152 encuestas, teniendo un total de 136 encuestadas, anulando un total de 16 cuestionarios, los motivos fueron; dos no fueron contestados, 5 extraviados y 9 se entregaron de forma extemporánea.

EN EL SEGUNDO NIVEL DE ATENCION:

En el segundo nivel de atención con la finalidad de recabar mayor información para mejorar nuestro trabajo de investigación, que arrojará el grado de conocimiento que tiene el personal de enfermería en los diferentes niveles de atención acerca del cuidado de la mujer con cáncer mamario y su relación en la atención integral, se aplico en el **Hospital General de Tenancingo** de 2º Nivel de Atención, un instrumento de evaluación (cuestionario), los cuales fueron aplicados a las 88 enfermeras que cubren los 6 turnos.

Dicho cuestionario le fue entregado, previa explicación de su finalidad, sin embargo existía temor ya que se ponía en duda su conocimiento.

Una vez leído el cuestionario y contestado la mayoría de las encuestadas mostraron gran interés por el tema, surgiendo la inquietud de querer saber mas sobre la prevención del cáncer mamario.

EN EL TERCER NIVEL DE ATENCION

En el **Hospital de la Mujer**, tomándolo como 3º Nivel de Atención, se tomo como muestra el 50% del total del personal de enfermería que labora en todos los turnos, siendo la aplicación del cuestionario en forma aleatoria sin encontrar mayor problemática de su contestación ya que eran muy claras las indicaciones señaladas en dicho documento.

Acompañado al cuestionario se les dio otro instrumento llamado Consentimiento Informado en el cual tuvieron que poner su nombre y manifestar por escrito alguna inconformidad en la aplicación y cuestionamiento del documento, firmando de recibido por la participante y el investigador, dejándole copia a dicha participante.

Este documento fue indicado por la Coordinadora de Enseñanza medica del Hospital ya que se lleva a cabo en toda Investigación realizada en la institución.

La forma de tabulación de los datos generales y de las respuestas del cuestionario pregunta por pregunta, con sus respectivos incisos, fue a través del metodo de Paloteo que es el mas frecuente y mas exacto que se maneja.

NOTA: El total de la muestra a aplicar eran de 242 cuestionarios, pero se anularon 7 por no estar completamente contestados, quedando un total de 235 que serán el 100%.

A continuación se presentan los cuadros de los 3 niveles de atención en cuanto a la forma de recolección de datos

CENTRO DE TRABAJO DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA ENCUESTADO DEL TERCER NIVEL DE ATENCIÓN.

LUGAR.	PALOTEO	TOTAL
Jurisdicción de Ecatepec.		
Hospital General de Tenancingo		
Hospital de la Mujer.		
TOTAL		

SERVICIO DONDE LABORA EL PERSONAL DE ENFERMERÍA ENCUESTADO.

1er. Nivel de Atención

UNIDAD	PERSONAL DE ENFERMERIA	PERSONAL CAMPO	TOTAL
COACALCO			
SAN RAFAEL			
AMPLIACION TULPETLAC			
CD. CUAUHTEMOC			
CHAMIZAL			
CHICONAUTLAN 3000			
MIGUEL HIDALGO			
HANK GONZALEZ			
HEROES DE GRANADITAS			
JARDINES DE SAN GABRIEL			
JARDINES DE MORELOS			
NUEVA ARAGON			
SAN AGUSTIN			
RUIZ CORTINEZ			
JOSE MA. MORELOS			
SAN PEDRO XALOSTOC			
STA. CLARA			
SAN JUAN IXHUATEPEC			
STA. MA. TULPETLAC			
JEFATURA			
TOTAL			

2er. Nivel de Atención

SERVICIO	PALOTEO	TOTAL
Urgencias		
Unidad Tocoquirúrgica		
Recuperación		
Quirófano		
CeYe		
Pediatría		
Hospitalización Adultos		
Consulta Externa		
TOTAL		

3er. Nivel de Atención

SERVICIO	PALOTEO	TOTAL
Consulta Externa		
Unidad Tocoquirúrgica		
Urgencias		
Cirugía Ginecológica		
Terapia Intensiva		
Oncología		
Quirófano		
CeYe		
Embarazo de Alto Riesgo		
Puerperio Complicado		
Coordinación de Enseñanza		
Neonatología		
Alojamiento Conjunto		
Jefatura de Enfermería		
TOTAL		

TURNO DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA ENCUESTADO.

TURNO	PALOTEO	TOTAL
Matutino		
Vespertino		
Velada A		
Velada B		
Velada C		
Mixto.		
TOTAL		

SEXO DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA ENCUESTADO.

SEXO	PALOTEO	TOTAL
Femenino		
Masculino		
TOTAL		

GRADO ACADÉMICO DE LA MUESTRA

GRADO ACADÉMICO	PALOTEO	TOTAL
Secundaria		
Preparatoria		
Carrera técnica		
Licenciatura		
Especialidad		
Post-técnico		
Cursos Monográficos		
Diplomados		
TOTAL		

CATEGORÍA DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA ENCUESTADO.

CATEGORÍA	PALOTEO	TOTAL
Auxiliar de Enfermería		
Enfermera General		
Enfermera Especialista		
Jefe de Servicio		
Supervisora de Enfermeras		
TOTAL		

1.- ¿QUÉ ES EL CÁNCER DE MAMA?

RESPUESTAS	PALOTEO	TOTAL
a) Crecimiento desordenado de las células en la mama		
b) Presentar nódulos en la mama		
c) Aparición sospechosa de nódulo en la mama		
d) No sé		
TOTAL		

2.- ¿CONOCE USTED QUE ES UN FACTOR DE RIESGO PARA EL CÁNCER DE MAMA?

RESPUESTAS	PALOTEO	TOTAL
a) Sí		
b) No		
TOTAL		

3.- UNO DE LOS FACTORES DE RIESGO IMPORTANTE PARA EL CÁNCER DE MAMA ES:

RESPUESTAS	PALOTEO	TOTAL
a) Menarca después de los 12 años y menopausia precoz		
b) 1er embarazo a término a los 20 años de edad		
c) Multiparidad y miomatosis severa.		
d) Promiscuidad sexual y menopausia precoz.		
e) Menarca antes de los 12 años y menopausia después de los 52 años.		
TOTAL		

4.- ¿CUÁLES SON LOS FACTORES DE RIESGO PARA EL CÁNCER DE MAMA?

RESPUESTAS	PALOTEO	TOTAL
a) Mujer multigesta mayor de 20 años, analfabeta con bajos recursos económicos.		
b) Mujer nuligesta mayor de 20 años, con tabaquismo positivo, estatura menor de 1.40 mts.		
c) Mujer mayor de 35 años, antecedentes familiares, sedentarismo, tabaquismo positivo, dieta rica en grasas.		
d) Ninguna de las anteriores.		
TOTAL		

5.- ¿QUÉ GRUPO DE EDAD ES MÁS VULNERABLE PARA PADECER CÁNCER DE MAMA?

RESPUESTAS	PALOTEO	TOTAL
a) De 15 a 25 años		
b) De 25 a 35 años		
c) De 35 años a más.		
d) No lo sé.		
TOTAL		

6.- ¿CONOCE LA TÉCNICA PARA LA EXPLORACIÓN MAMARIA?

RESPUESTAS	PALOTEO	TOTAL
a) Sí		
b) No		
TOTAL		

7.- EL EXÁMEN CLÍNICO DE LAS GLANDULAS MAMARIAS DEBE REALIZARSE POR EL MÉDICO O ENFERMERA DEBIDAMENTE CAPACITADOS, CADA:

RESPUESTAS	PALOTEO	TOTAL
a) Dos años		
b) Tres años		
c) Cada año		
d) Cada mes		
e) Cada dos meses		
TOTAL		

8.- ¿CUÁLES SON LOS SIGNOS DE SOSPECHA DE CÁNCER MAMARIO?

RESPUESTAS	PALOTEO	TOTAL
a) Mamas dolorosas a la palpación, cambios de coloración.		
b) Salida de secreción láctea por el pezón y enrojecimiento de la mama.		
c) Palpación de nódulos y cambios en la coloración y textura en la piel.		
d) Todas las anteriores.		
TOTAL		

9.- ¿CÓMO SE CONTAGIA EL CÁNCER DE MAMA?

RESPUESTAS	PALOTEO	TOTAL
a) Secreción del pezón y sangre.		
b) Orina, líquido amniótico.		
c) Saliva y semen.		
d) Ninguna de las anteriores.		
TOTAL		

10.- SON MEDIDAS DE PREVENCIÓN DEL CÁNCER MAMARIO.

RESPUESTAS	PALOTEO	TOTAL
a) Alimentación rica en foláto y fibra baja en grasa.		
b) Realización de actividades físicas.		
c) Realización de exploración mamaria anual por personal capacitado.		
d) Todas las anteriores.		
TOTAL		

11.- PARA LA PREVENCIÓN PRIMARIA DEL CÁNCER DE MAMA, EXISTEN ESTRATEGIAS Y ACTIVIDADES DE:

RESPUESTAS	PALOTEO	TOTAL
a) Diagnóstico temprano, tratamiento y rehabilitación.		
b) Promoción, educación y fomento a la salud.		
c) Prevención mamaria, secundaria y terciaria.		
d) Investigación, vigilancia epidemiológica y tratamiento.		
e) Primero, segundo y tercer nivel de atención.		
TOTAL		

12.- SON PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS PARA EL CÁNCER MAMARIO.

RESPUESTAS	PALOTEO	TOTAL
a) Ultrasonido, Rayos "X", Papanicolao.		
b) Ultrasonido, Mastografía, Biopsia.		
c) Mastografía, Química Sanguínea, Biopsia.		
d) Mastografía, Rayos "X", Biometría Hemática.		
TOTAL		

13.- ¿EN LA UNIDAD QUE LABORA CUENTA CON EL PROYECTO DE NORMA OFICIAL MEXICANA SOBRE EL CÁNCER DE MAMA?

RESPUESTAS	PALOTEO	TOTAL
a) Sí		
b) No		
c) No sé		
TOTAL		

14.- ¿CADA CUANTO DEBE REALIZARSE LA AUTOEXPLORACIÓN DE MAMA?

RESPUESTAS	PALOTEO	TOTAL
a) Cada año		
b) Cada tres meses		
c) Cada mes		
d) Cada 6 meses		
e) Cada 24 meses		
TOTAL		

15.- ¿CUÁNTOS DÍAS PREFERENTEMENTE DESPUES DEL INICIO DE LA MENSTRUACIÓN DEBE REALIZARSE LA AUTOEXPLORACIÓN MAMARIA?

RESPUESTAS	PALOTEO	TOTAL
a) 15 a 30 días		
b) 7 a 10 días		
c) 20 a 30 días		
d) 12 a 14 días		
e) 13 a 21 días		
TOTAL		

16.- DURANTE LA MENOPAUSIA Y DESPUÉS DE ESTA, PARA REALIZAR LA AUTOEXPLORACIÓN MAMARIA SE ELEGIRÁ:

RESPUESTAS	PALOTEO	TOTAL
a) Cada fin de semana		
b) Un día cualquiera cada dos meses		
c) De 12 a 14 días		
d) Un día fijo al año		
e) Un día fijo cada mes		
TOTAL		

17.- LA REALIZACIÓN DE LA AUTOEXPLORACIÓN DE MAMA PERMITE:

RESPUESTAS	PALOTEO	TOTAL
a) La rehabilitación		
b) La vigilancia epidemiológica		
c) Observar la red venosa		
d) Una detección oportuna		
e) Observar la coloración de la piel		
TOTAL		

18.- ¿CUÁLES SON LOS ASPECTOS MÁS IMPORTANTES QUE MENCIONA EL PROYECTO DE NORMA OFICIAL MEXICANA SOBRE CÁNCER DE MAMA?

RESPUESTAS	PALOTEO	TOTAL
a) Prevención, Tratamiento, Seguimiento y Control del cáncer mamario.		
b) Prevención, Medidas de contagio y Tratamiento.		
c) Embarazo, Cáncer de Mama, Medidas de contagio y Rehabilitación.		
d) Todas las anteriores.		
TOTAL		

19.- ¿CONOCES EL PROCEDIMIENTO DE UNA BIOPSIA EXCISIONAL?

RESPUESTAS	PALOTEO	TOTAL
a) Es la incisión en la piel, con disección tisular se hace a través de anestesia local o sedación, se hace en lesiones tumorales o palpables.		
b) Es un procedimiento que se realiza con aguja fina, se obtiene material de lesión sospechosa.		
c) Es un procedimiento en el cual se hace con un marcaje con guía radiológica.		
d) Lo desconozco.		
TOTAL		

20.- ¿CONOCES CUÁLES SON LOS TRATAMIENTOS ONCOLÓGICOS PARA TRATAR EL CÁNCER DE MAMA?

RESPUESTAS	PALOTEO	TOTAL
a) La Quimioterapia, Radioterapia, Mastectomía radical.		
b) La Quimioterapia, Hormonales, Cirugía.		
c) La Radioterapia, el Masaje, la Quimioterapia.		
d) No lo sé.		
TOTAL		

21.- ¿HA TENIDO EXPERIENCIA EN ATENDER A LA PACIENTE CON CÁNCER MAMARIO EN SU TRABAJO?

RESPUESTAS	PALOTEO	TOTAL
a) Sí la he sabido manejar		
b) Sí pero no estaba enterada de su padecimiento		
c) No he tenido la experiencia con este tipo de pacientes.		
TOTAL		

22.- ¿QUÉ MEDIDAS ADOPTARIAS EN CASO DE ACCIDENTE CON MATERIAL QUE ESTÁ EN CONTACTO CON PACIENTE CON CÁNCER MAMARIO?

RESPUESTAS	PALOTEO	TOTAL
a) Lavado del área afectada, identificar el diagnóstico de la paciente.		
b) Lavado del área y fomentar la hemorragia de la herida.		
c) No tengo conocimiento de lo que debo hacer.		
TOTAL		

23.- ¿SABES QUÉ ES LA QUIMIOTERAPIA?

RESPUESTAS	PALOTEO	TOTAL
a) Es tratamiento oncológico a base de medicamentos citotóxicos.		
b) Es tratamiento homeopático relajante.		
c) Es tratamiento psicológico de apoyo.		
TOTAL		

24.- ¿SABES EN QUE CONSISTE EL TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE MASTECTOMÍA RADICAL MODIFICADA?

RESPUESTAS	PALOTEO	TOTAL
a) Es la extracción de toda la mama y el recubrimiento de los músculos del tórax y de la pared torácica.		
b) Es la aplicación hormonal, se aplica si las células cancerosas analizadas tienen receptores.		
c) Es la aplicación de radioisótopos aplicados localmente.		
TOTAL		

25.- ¿CÓMO DETECTAS LAS NECESIDADES DE ATENCIÓN PSICOLÓGICA EN PACIENTES CON CÁNCER MAMARIO?

RESPUESTAS	PALOTEO	TOTAL
a) Cuando de algún modo niega su padecimiento, por lo que manifiesta ansiedad, por lo que no coopera en su tratamiento y atención.		
b) Cuando manifiesta ansiedad, depresión, sentimientos de culpa o agresión.		
c) Desconozco cuales sean los principales síntomas de atención psicológica del paciente con cáncer mamario.		
TOTAL		

26.- ¿PORQUÉ ES IMPORTANTE LA LABOR DE CONSEJO DE ENFERMERÍA?

RESPUESTAS	PALOTEO	TOTAL
a) Porque permite el dialogo e interacción entre al enfermera y la paciente tendiente en dar apoyo en momento de crisis.		
b) No les beneficia en nada a las pacientes la ayuda psicológica que pueda proporcionarles el personal de enfermería por no estar capacitado.		
c) No tengo conocimiento al respecto.		
TOTAL		

27.- ¿A QUIÉN ES IMPORTANTE DAR PRIORIDAD EN LA LABOR DE APOYO DE CONSEJO DE ENFERMERÍA?

RESPUESTAS	PALOTEO	TOTAL
a) A la persona que se le ha diagnosticado cáncer de mama así como a sus familiares.		
b) A las personas que están en protocolo de estudio para determinar el diagnóstico.		
c) No tengo información al respecto.		
TOTAL		

VI.- PRESENTACIÓN DE RESULTADOS

ANÁLISIS ESTADÍSTICO:

Son procedimientos para clasificar, calcular, analizar y resumir información numérica que se obtiene de manera sistemática.

Los investigadores describirán datos y posteriormente efectuarán análisis estadístico para relacionar sus variables, esto es la estadística descriptiva.

Los análisis dependen de tres factores:

- El nivel de medición de las variables.
- La manera como se hayan desarrollado las hipótesis.
- El interés de los investigadores.

La primera tarea es describir los datos, los valores o las puntuaciones obtenidas para cada variable.

Una distribución de frecuencia es un conjunto de puntuaciones ordenadas en sus respectivas categorías las cuales pueden complementarse agregando las frecuencias relativas y las frecuencias acumuladas.⁷²

Es señalar que los resultados obtenidos a través de la aplicación de los instrumentos (cuestionarios) en los tres niveles de atención son presentados en forma cuantitativa con cuadros y gráficas, y en forma cualitativa a través de los análisis estadísticos, que se presentan a continuación.

⁷² Hernández Sampieri R., Fuentes Collado C., Baptista Lucio P., Editorial Mc. Graw Hill, Tercera Edición, Pp. 494 -499.

1.- Representación de Cuadros, Graficas y Análisis Estadístico

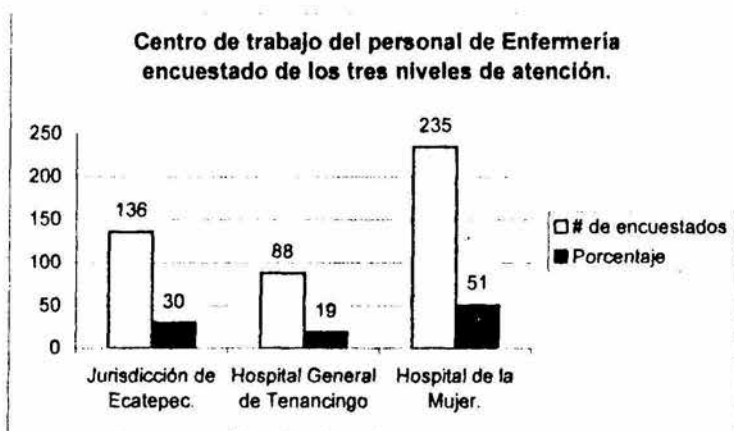
Cuadro No. 1

CENTRO DE TRABAJO DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA ENCUESTADO DEL PRIMERO, SEGUNDO Y TERCER NIVEL DE ATENCIÓN.

LUGAR.	#	%
Jurisdicción de Ecatepec.	136	30
Hospital General de Tenancingo	88	19
Hospital de la Mujer.	235	51
TOTAL	459	100

Fuente: Investigación de "Conocimiento del personal de Enfermería en los diferentes niveles de atención acerca del cuidado de la mujer con Cáncer mamario" realizada durante el mes de Enero del 2005

Gráfica No. 1



Fuente: Cuadro num. 1

Análisis No. 1

El análisis de este cuadro referente al centro de trabajo del personal de enfermería de los tres niveles de atención se observa que el 51% corresponde a un tercer nivel de atención, en segundo lugar el 30% corresponde a el primer nivel de atención, y por último el 19% restante corresponde al segundo nivel, y que en general el número de personal encuestado es una buena muestra que puede reflejar un panorama sobre la patología estudiada.

Lo que cabe mencionar que de las tres instituciones el total del personal encuestado fue una buena muestra porque esto dependió de su universo de trabajo.

Del primer nivel de atención se abarco un total de 136 enfermeras dando un 79.56% con relación al total de la población, cubriendo 19 de las unidades de salud que abarca la Jurisdicción Ecatepec, cabe hacer mención que el personal que labora en el turno vespertino, nocturno y de guardias especiales de la clínica de maternidad Chiconautla 3000 únicamente realiza actividades de relación obstétrica por lo que no se incluyeron dentro de la aplicación de la encuesta.

El 19% que nos arroja el segundo nivel de atención en relación al total de los tres niveles, viene siendo el 100% de acuerdo a su muestra que es de 88, cubriendo así el total del personal de enfermería del Hospital General de Tenancingo, abarcando los diferentes turnos.

Tomando en cuenta que la población del tercer nivel fue de 484 enfermeras y que de acuerdo a la muestra se realizo el 100% de las mismas cubriendo todos los turnos, teniendo siete encuestas anuladas por no contestarlas.

Cabe mencionar que el personal que se le aplicó el cuestionario, mostró mucho interés sobre esta patología despertándoles inquietudes en relación a la tensión integral de la mujer con este padecimiento y así mismo sobre su auto-cuidado.

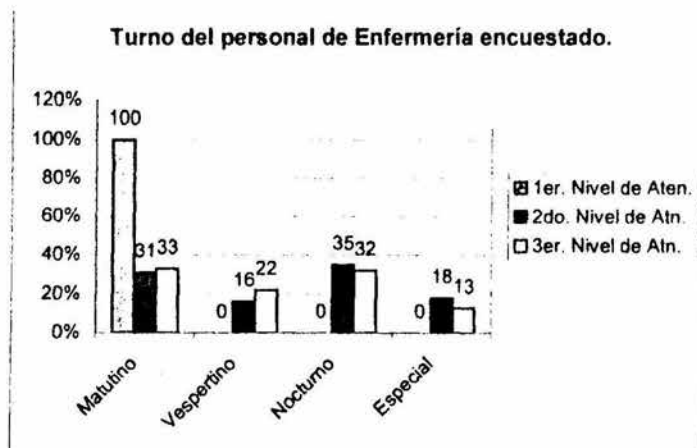
Cuadro No. 2

TURNO DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA ENCUESTADO.

TURNO	1er Nivel		2° Nivel		3er Nivel		TOTAL	
	#	%	#	%	#	%	#	%
Matutino	136	100	27	31	77	33	235	51
Vespertino	0	0	14	16	51	22	65	14
Nocturno	0	0	31	35	76	32	107	23
Especial	0	0	16	18	31	13	47	12
TOTAL	136	30	88	19	235	51	459	100

Fuente: Investigación de "Conocimiento del personal de Enfermería en los diferentes niveles de atención acerca del cuidado de la mujer con Cáncer mamario" realizada durante el mes de Enero del 2005

Gráfica No. 2



Fuente: Cuadro num. 2

Análisis No. 2

En el análisis del presente recuadro que se refiere a el turno del personal encuestado tenemos que prevalece el 51% del turno matutino, el 23% se refiere al turno nocturno, el 14% al turno vespertino y el 12% al turno especial. Cabe mencionar que el turno nocturno engloba las veladas A, B y C y el turno especial al turno mixto.

En cuanto se refiere al turno matutino se encuentra con un mayor porcentaje, principalmente porque el primer nivel de atención, no cuenta con turnos vespertino, nocturno y guardas especiales, ya que la actividades que realizan en los centros de salud del Estado de México se han programado exclusivamente para el turno matutino siendo estas de nivel preventivo y de fomentar la salud a la población.

En relación a los hospitales de segundo y tercer nivel esta normado que el mayor numero de personal de enfermería debe estar ubicado en el turno matutino ya que es donde se realizan mayor números de intervenciones de enfermería al paciente, teniendo programaciones de cirugías, estudios de laboratorio y gabinete, estudios especiales, ínter consultas, tratamientos específicos y de rehabilitación, no por esto el de mas personal de los diferentes turnos deja de tener la importancia para el cuidado del paciente, además consideramos que el numero del personal de enfermería en relación al numero de camas disminuye notablemente en estos turnos (índice de atención) bajando hasta un 25% de acuerdo a la plantilla de personal, y si con esto agregamos el ausentismo del personal, en la mayoría de los servicios de hospitalización quedan de una a dos enfermeras a cargo de la mejoría del paciente.

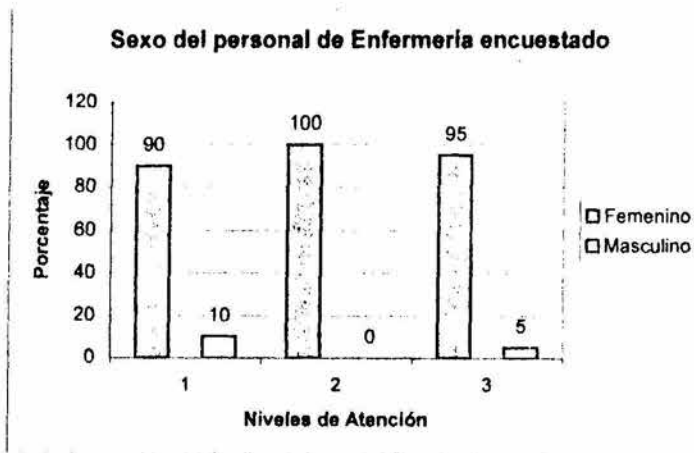
Cuadro No. 3

SEXO DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA ENCUESTADO.

SEXO	1er Nivel		2º Nivel		3er Nivel		TOTAL	
	#	%	#	%	#	%	#	%
Femenino	123	90	88	100	224	95	435	95
Masculino	13	10	0	0	10	5	23	5
TOTAL	136	30	88	19	235	51	459	100

Fuente: Investigación de "Conocimiento del personal de Enfermería en los diferentes niveles de atención acerca del cuidado de la mujer con Cáncer mamario" realizada durante el mes de Enero del 2005

Gráfica No. 3



Fuente: Cuadro num. 3

Claves:

- 1.- Primer Nivel de Atención; Centro de Salud de Ecatepec
- 2.- Segundo Nivel de Atención; Hospital General de Tenancingo
- 3.- Tercer Nivel de Atención; Hospital de la Mujer.

Análisis No. 3

En el análisis del cuadro num. 3 referente al sexo del personal entrevistado tenemos que prevalece el sexo femenino, con un 95% debido a que la Enfermería se sigue considerando una profesión para mujeres. Mientras que el sexo masculino esta representado con un 5%.

Los porcentajes nos reflejan que sigue habiendo algunas barreras para la contratación del personal de enfermería masculino esto es debido a que desde la formación escolar la demanda es mayor para el sexo femenino.

Quizás también influye de manera general la cultura que prevalece en la población aun teniendo tendencias de discriminación al genero.

Sin embargo hay enfermeros que esto no les repercute en nada y desempeñan perfectamente su profesión.

En la relación al sexo del personal de enfermería encuestado se puede mencionar que no influye en la calidad de la atención al paciente con Cáncer de Mama que proporciona el personal de Enfermería.

Ya que se encuentran tan capacitados profesional y éticamente que no dejan lugar a duda de sus intervenciones antes, durante y posteriormente con paciente con cancer de mama.

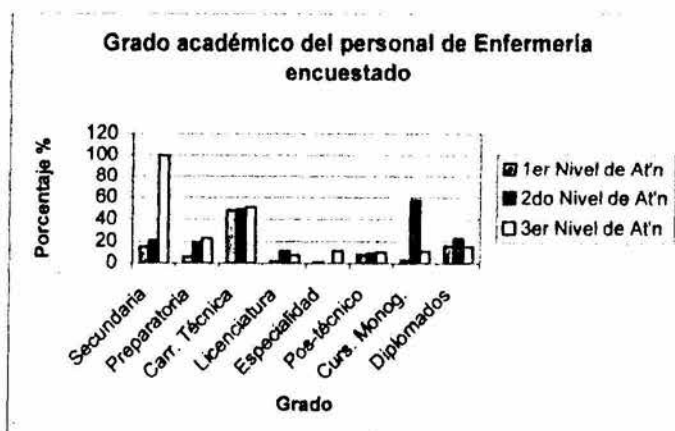
Cuadro No. 4

GRADO ACADÉMICO DE LA MUESTRA

TURNO	1er Nivel		2º Nivel		3er Nivel		TOTAL	
	#	%	#	%	#	%	#	%
Secundaria	29	15	19	21	235	100	283	61
Preparatoria	11	6	16	18	55	23	82	18
Carrera Técnica	90	48	43	49	120	51	253	55
Licenciatura	4	2	10	11	16	7	30	6
Especialidad	2	1	0	0	25	11	27	6
Pos-técnico	15	8	8	9	24	10	47	10
Cursos Monogr.	6	3	50	57	25	11	81	17
Diplomados	31	16	20	23	36	15	87	19
TOTAL	136	30	88	19	235	51	459	100

Fuente: Investigación de "Conocimiento del personal de Enfermería en los diferentes niveles de atención acerca del cuidado de la mujer con Cáncer mamario" realizada durante el mes de Enero del 2005

Gráfica No. 4



Fuente: Cuadro num. 4

Análisis No. 4

En el análisis del cuadro num. 4 relacionado al grado académico de la muestra podemos observar que el 61% tiene la secundaria, el 55% la carrera técnica, el 19% cuenta con diplomados, el 18% cuenta con la preparatoria, el 17% con cursos monográficos, el 10% cuenta con cursos posttécnicos, el 6% con licenciatura y el otro 6% con Especialidad. Cabe resaltar que no hay personal que cuente con maestría.

Lo anterior nos permite identificar que el personal con el que cuentan las Unidades de Atención que entran en la Investigación tiene un nivel académico de carrera técnica, por lo que cuenta con un conocimiento general de la enfermedad, también se puede ver que en general hay un desarrollo educativo ya que hay variedad con estudios de niveles académicos más avanzados como la licenciatura, especialidad etc..

Por lo que el cuadro también nos refleja que el personal se encuentra en proceso de actualización porque el 46% de las encuestadas refieren estar cursando cursos monográficos, diplomados y posttécnicos en relación al nivel de atención donde laboran.

En relación a las especialidades en mayor porcentaje recaen en el tercer nivel de atención, cabe mencionar que la especialidad esta siendo manejada como cursos posttécnicos considerándose en código funcional como especialistas, no siendo así en el primero y segundo nivel de atención.

En la actualidad se empieza a impulsar a la enfermera para mejorar su profesionalización teniendo un 6% de licenciadas en enfermería en los diferentes niveles de atención, lo cual redundara en mejora de la calidad de la atención a la población que demanda los servicios de salud.

En general se muestra que el personal de enfermería se continua superando en las diferentes áreas, teniendo cada vez mas el interés por la preparación personal y profesional.

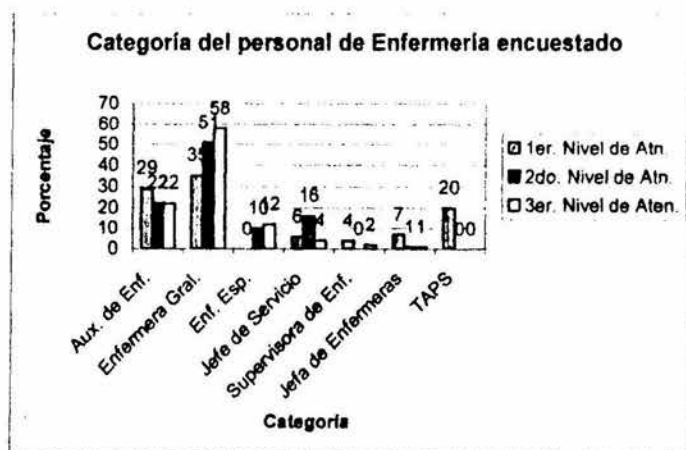
Cuadro No. 5

CATEGORÍA DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA ENCUESTADO.

CATEGORÍA	1er Nivel		2º Nivel		3er Nivel		TOTAL	
	#	%	#	%	#	%	#	%
Auxiliar de Enfermería	39	29	19	22	53	22	111	24
Enfermera General	48	35	45	51	137	58	230	50
Enfermera Especialista	0	0	9	10	28	12	37	9
Jefe de Servicio	8	6	14	16	10	4	32	7
Supervisora de Enfermería	5	4	0	0	6	2	11	2
Jefa de Enfermeras	9	7	1	1	1	1	11	2
TAPS	27	20	0	0	0	0	27	6
TOTAL	136	30	88	19	235	51	459	100

Fuente: Investigación de "Conocimiento del personal de Enfermería en los diferentes niveles de atención acerca del cuidado de la mujer con Cáncer mamario" realizada durante el mes de Enero del 2005

Gráfica No. 5



Fuente: Cuadro num. 5

Análisis No. 5

En el análisis del cuadro num. 5 referente a la categoría del personal encuestado se puede apreciar que el 50% corresponde a Enfermera general, el 24% con auxiliares de Enfermería, el 9% corresponde a Enfermera Especialista, el 7% a Jefe de Servicio, el 6% a las TAPS, el 2% a Supervisoras de Enfermería y el restante 2% a Jefas de Enfermería.

En base a lo anterior podemos decir que la mayoría del personal encuestado corresponde a aquel que está más en contacto directo con las pacientes.

Dentro de los niveles de atención que se encuentran en esta investigación, existe un 24% del personal auxiliar que se maneja con este rubro no por la función que desempeña, sino por su código funcional que es la clave presupuestal con la que esta registrada la función que se desempeña en relación a su sueldo.

Es necesario aclarar que dichas enfermeras en la mayoría de los casos tienen la preparación académica para percibir un mejor código pero por efecto presupuestales la plantilla del personal sigue cubriéndose con auxiliares.

Por lo que se refiere a las demás categorías que se observan en el cuadro la mayor carga es la enfermera general.

Relacionando este cuadro con el anterior nos refleja que las siguientes categorías existen porcentajes en los tres niveles de atención de personal profesional con inquietudes para continuar su preparación y así poder aspirar a una mejor recodificación.

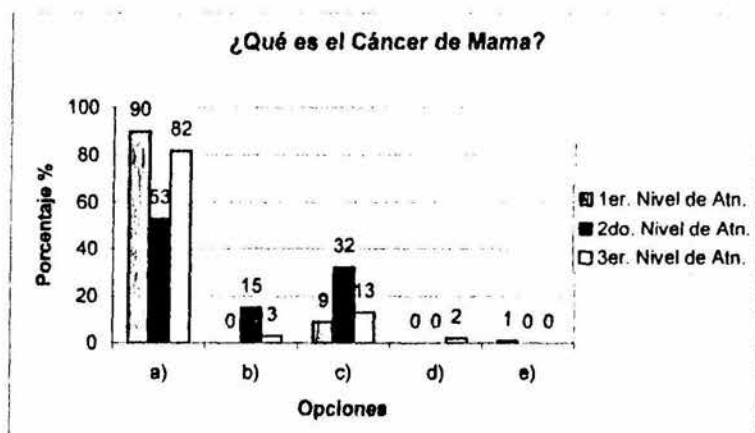
Cuadro No. 6

1.- ¿QUÉ ES EL CÁNCER DE MAMA?

RESPUESTAS	1er Nivel		2º Nivel		3er Nivel		TOTAL	
	#	%	#	%	#	%	#	%
a) Crecimiento desordenado de las células en la mama	123	90	47	53	192	82	362	79
b) Presentar nódulos en la mama	0	0	13	15	7	3	20	4
c) Aparición sospechosa de nódulo en la mama	12	9	28	32	31	13	71	15
d) No sé	0	0	0	0	5	2	5	2
e) No contesto	1	1	0	0	0	0	1	0
TOTAL	136	30	88	19	235	51	459	100

Fuente: Investigación de "Conocimiento del personal de Enfermería en los diferentes niveles de atención acerca del cuidado de la mujer con Cáncer mamario" realizada durante el mes de Enero del 2005

Gráfica No. 6



Fuente: Cuadro num. 6

Claves:

- a) Crecimiento desordenado de las células en la mama
- b) Presentar nódulos en la mama
- c) Aparición sospechosa de nódulo en la mama
- d) No sé
- e) No contesto

Análisis No. 6

En el análisis del cuadro Num. 6 los resultados obtenidos respecto a la pregunta de la definición del Cáncer de Mama el 79% lo define como crecimiento desordenado de las células de la mama, el 15% considera que es una aparición sospechosa de nódulo de la mama, el 4% dice que es presentar nódulos en la mama y el restante 2% no sabe.

Ante estos resultados podemos decir que la mayoría del personal de enfermería tiene una definición precisa acerca de lo que es el Cáncer de Mama.

En el primer nivel de atención que se brinda a la población es específicamente de prevención, de acuerdo a la muestra el 90% conoce que es el cáncer de mama.

El segundo nivel que es el 53% del personal de enfermería conoce el concepto correctamente, por la atención que proporciona el Hospital General de Tenancingo, en relación con esta patología, cabe mencionar que el hospital funciona con enlace del primero y tercer nivel de atención.

En el tercer nivel de atención el 82% del personal encuestado maneja considerablemente el concepto por ser un hospital de concentración de esta patología y dar atención integral directamente a la paciente con cáncer de mama.

Las opciones restantes de las preguntas son únicamente signos relativos a las otras patologías mamarias o a la sospecha de cáncer, el personal que contesto estos incisos no tiene la idea clara del concepto por lo que la información que brinda a la población, genera confusión en la misma en relación a las medidas de detección de esta patología.

El cáncer puede originarse a partir de cualquier tipo de célula de los diferentes tejidos del organismo, es el crecimiento tisular patológico originado por una proliferación continua de células anormales que producen una enfermedad por su capacidad para elaborar sustancias con actividad biológica nociva.

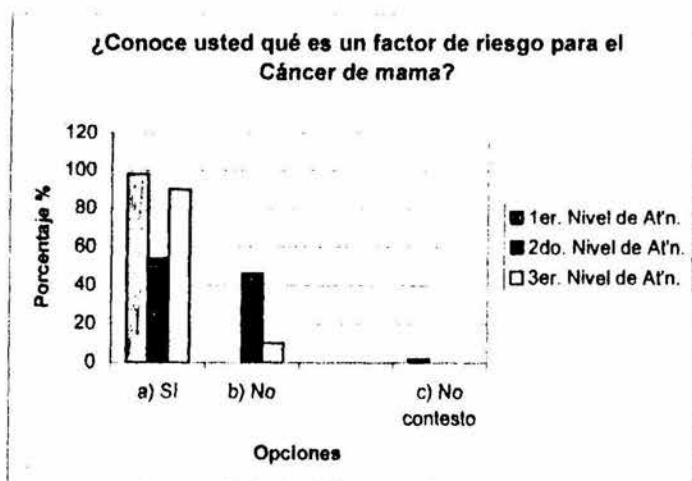
Cuadro No. 7

2.- ¿CONOCE USTED QUE ES UN FACTOR DE RIESGO PARA EL CÁNCER DE MAMA?

RESPUESTAS	1er Nivel		2º Nivel		3er Nivel		TOTAL	
	#	%	#	%	#	%	#	%
a) Sí	133	98	48	54	211	90	392	85
b) No	0	0	40	46	24	10	64	14
c) No contesto	3	2	0	0	0	0	3	1
TOTAL	136	30	88	19	235	51	459	100

Fuente: Investigación de "Conocimiento del personal de Enfermería en los diferentes niveles de atención acerca del cuidado de la mujer con Cáncer mamario" realizada durante el mes de Enero del 2005

Gráfica No. 7



Fuente: Cuadro num. 7

Análisis No. 7

En el análisis del cuadro Num. 7 referente al conocimiento sobre un factor de riesgo para el Cáncer de Mama el 85% de los encuestados manifiesta que sí conoce un factor de riesgo, el 14% menciona que no lo conoce y el restante 1% no contestó la pregunta.

Por lo tanto la mayoría del personal encuestado tiene conciencia sobre un factor de riesgo para el cáncer mamario.

Englobando los porcentajes de los tres niveles de atención del personal encuestado, cabe señalar que sí conocen que es un factor de riesgo para el cáncer mamario, el 15% lo desconoce por lo que las mujeres acuden a ella a solicitar información o aclarar dudas con respecto al cáncer mamario, podrían quedarse con información errónea que repercutiría ampliamente en la detección oportuna de esta patología.

CUADRO 8

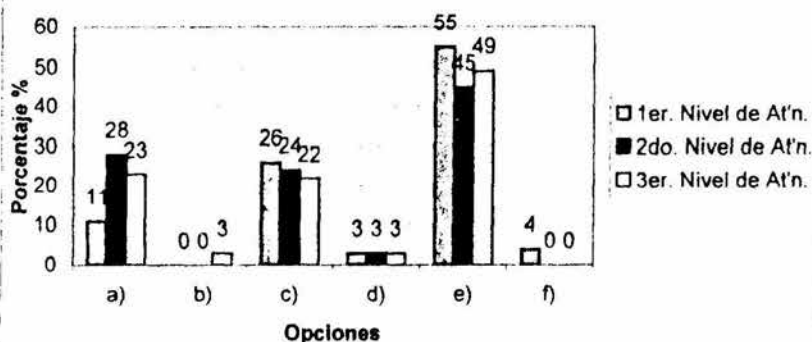
3.- UNO DE LOS FACTORES DE RIESGO IMPORTANTE PARA EL CÁNCER DE MAMA ES:

RESPUESTAS	1er Nivel		2º Nivel		3er Nivel		TOTAL	
	#	%	#	%	#	%	#	%
a) Menarca después de los 12 años y menopausia precoz	15	11	25	28	53	23	93	21
b) 1er embarazo a término a los 20 años de edad	0	0	0	0	7	3	7	2
c) Multiparidad y mlotomatosis severa.	36	26	20	24	52	22	108	23
d) Promiscuidad sexual y menopausia precoz.	4	3	3	3	8	3	15	3
e) Menarca antes de los 12 años y menopausia después de los 52 años.	75	55	40	45	115	49	230	50
f) No contesto	6	4	0	0	0	0	6	1
TOTAL	136	30	88	19	235	51	459	100

Fuente: Investigación de "Conocimiento del personal de Enfermería en los diferentes niveles de atención acerca del cuidado de la mujer con Cáncer mamario" realizada durante el mes de Enero del 2005

Gráfica No. 8

Uno de los factores de riesgo importante para el Cáncer de mama es:



Fuente: Cuadro num. 8

Clave:

- a) Menarca después de los 12 años y menopausia precoz
- b) 1er embarazo a término a los 20 años de edad
- c) Multiparidad y miomatosis severa.
- d) Promiscuidad sexual y menopausia precoz.
- e) Menarca antes de los 12 años y menopausia después de los 52 años.
- f) No contesto

Análisis No. 8

En el análisis del cuadro Num. 8 Referente a cual es uno de los factores de riesgo más importantes para el Cáncer de Mama el 50% considera que es la menarca antes de los 12 años y menopausia después de los 52 años, el 23% dice que es la multiparidad y miomatosis severa, el 21% que es la menarca después de los 12 años y menopausia precoz, el 3% que es la promiscuidad sexual y menopausia precoz, el 2% dice que es el 1er embarazo a término a los 20 años de edad y por último el 1% no contesto.

Al observar los resultados aunque la mitad del personal tiene una definición precisa de un factor de riesgo, la otra mitad no, por lo que es importante que conozcan bien la respuesta ya que las demás opciones no corresponden al cáncer mamario, siendo estos relacionados con otros padecimientos ginecológicos o al cáncer cervicouterino.

Tomando en cuenta lo que dice la Norma Oficial Mexicana sobre la detección oportuna de cáncer mamario del año de 1994 en relación a factores de riesgo para el cáncer mamario. Se dice que la mujer que cursa con la menarca antes de los 12 años y la menopausia después de los 52 años se encuentra expuesta a periodos prolongados de estrógenos circulantes, debido a la actividad hormonal, por lo que el nivel estrogénico alto es un factor determinante para desencadenar el crecimiento desordenado de las células de la mama.

Relacionando con el cuadro anterior, vemos que estos conocimientos van a repercutir en la deficiente información que se brinde a la población y por ende a la detección oportuna de esta patología.

Cuadro No. 9

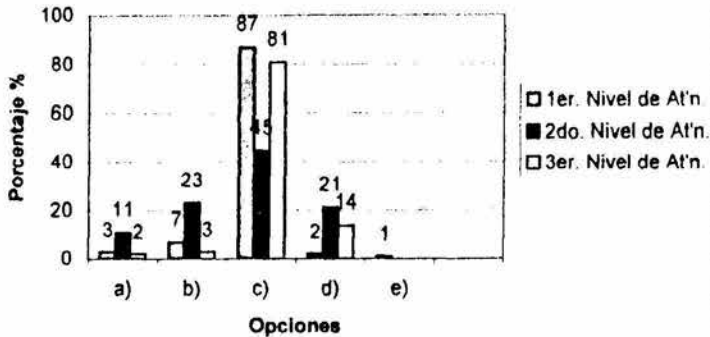
4.- ¿CUÁLES SON LOS FACTORES DE RIESGO PARA EL CÁNCER DE MAMA?

RESPUESTAS	1er Nivel		2º Nivel		3er Nivel		TOTAL	
	#	%	#	%	#	%	#	%
a) Mujer multigesta mayor de 20 años, analfabeta con bajos recursos económicos.	4	3	10	11	5	2	19	4
b) Mujer nuligesta mayor de 20 años, con tabaquismo positivo, estatura menor de 1.40 mts.	10	7	20	23	6	3	36	8
c) Mujer mayor de 35 años, antecedentes familiares, sedentarismo, tabaquismo positivo, dieta rica en grasas.	118	87	40	45	191	81	349	76
d) Ninguna de las anteriores.	3	2	18	21	33	14	54	12
e) No contesto	1	1	0	0	0	0	1	0
TOTAL	136	30	88	19	235	51	459	100

Fuente: Investigación de "Conocimiento del personal de Enfermería en los diferentes niveles de atención acerca del cuidado de la mujer con Cáncer mamario" realizada durante el mes de Enero del 2005

Gráfica No. 9

¿Cuáles son los factores de riesgo para el Cáncer de mama?



Fuente: Cuadro num. 9

Clave:

- a) Mujer multigesta mayor de 20 años, analfabeta con bajos recursos económicos.
- b) Mujer nulligesta mayor de 20 años, con tabaquismo positivo, estatura menor de 1.40 mts.
- c) Mujer mayor de 35 años, antecedentes familiares, sedentarismo, tabaquismo positivo, dieta rica en grasas.
- d) Ninguna de las anteriores.
- e) No contesto

Análisis No. 9

En el análisis del cuadro Num. 9 Sobre cuales son los factores de riesgo para el Cáncer de Mama el 76% refiere que la mujer mayor de 35 años, antecedentes familiares, sedentarismo, tabaquismo positivo y dieta rica en grasas, el 12% menciona que ninguna de las opciones, el 8% refiere que es la mujer nuligesta mayor de 20 años, con tabaquismo positivo, estatura menor de 1.40 mts y el 4 % señala que es la mujer multigesta mayor de 20 años, analfabeta con bajos recursos económicos. Cabe mencionar la importancia del conocimiento de esos datos ya que específicamente en el primer nivel de atención se brinda promoción a la salud y el no tener un buen conocimiento puede influir en la deficiente valoración de la población con factores de riesgo, y por ello la no detección oportuna de este padecimiento.

Tomando en cuenta que el 24% de la encuestadas contesto erróneamente la pregunta, por lo que es importante señalar que en los tres niveles de atención existe personal de enfermería que desconoce los factores de riesgo, siendo representativo del total encuestado, con esto se genera confusión en la población que acude a las instituciones de salud, ocasionando que no se detecte oportunamente este padecimiento, llegando en la mayoría de los casos la mujer en estadios avanzados. A su vez, a los familiares de las mismas, no se están considerando como mujeres con gran potencial para padecer esta enfermedad.

El factor mas importante para padecer el cancer de mama es el hereditario, la incidencia es mayor en las mujeres que tienen familiares que hayan padecido esta enfermedad.

Esta documentado que el 86% de todos los canceres se relacionan con el medio, el fumar es un carcinógeno químico potente que se encuentra por lo menos en el 35% de las mujeres por cáncer.

Los factores de alimentación, guardan relación con 40 a 60% de los canceres que dependen de las sustancias de la dieta relacionadas con mayor riesgo de cáncer influyen: las grasas, alcohol, carnes ahumadas o curadas con sal, alimentos que contienen nitratos y nitritos, y alta ingestión calórica en la dieta.

Además otro factor importante es el sedentarismo que se relaciona con una inadecuada alimentación nos dará como resultado el sobrepeso y/o la obesidad, siendo esto un factor importante para el cáncer mamario.

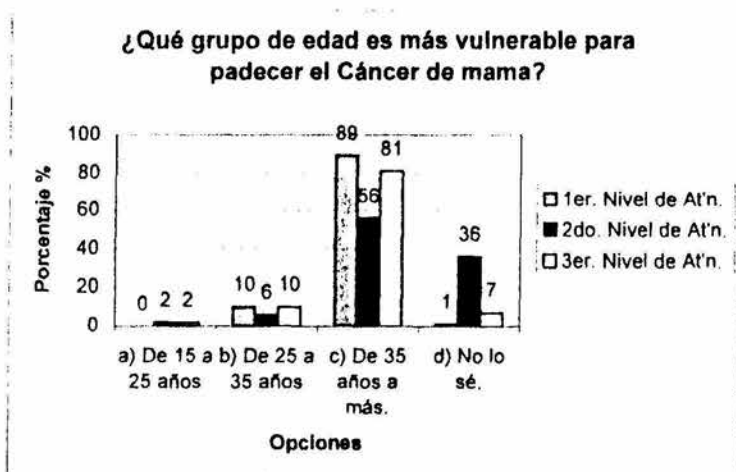
Cuadro No. 10

5.- ¿QUÉ GRUPO DE EDAD ES MÁS VULNERABLE PARA PADECER CÁNCER DE MAMA?

RESPUESTAS	1er Nivel		2º Nivel		3er Nivel		TOTAL	
	#	%	#	%	#	%	#	%
a) De 15 a 25 años	0	0	2	2	5	2	7	1
b) De 25 a 35 años	13	10	5	6	24	10	42	9
c) De 35 años a más.	121	89	49	56	191	81	361	79
d) No lo sé.	2	1	32	36	15	7	49	11
TOTAL	136	30	88	19	235	51	459	100

Fuente: Investigación de "Conocimiento del personal de Enfermería en los diferentes niveles de atención acerca del cuidado de la mujer con Cáncer mamario" realizada durante el mes de Enero del 2005

Gráfica No. 10



Análisis No. 10

En el análisis del cuadro num. 10, sobre el grupo de edad más vulnerable para padecer Cáncer de Mama, el 79% de la muestra considera que es de 35 años a más, el 11% refiere no saber, el 9% menciona que es de 25 a 35 años y el 1% de 15 a 25 años. Dados los resultados arrojados es importante observar que el nivel de conocimientos del personal sobre este rubro es bajo.

De acuerdo a los diferentes niveles de atención en la Jurisdicción Sanitaria Ecatepec el 89% de la población encuestada conoce perfectamente el grupo de edad en riesgo de padecer esta enfermedad, esto nos habla que de acuerdo a la visión de este nivel se le da prioridad a este grupo etario.

En relación al segundo nivel el 56% del personal maneja correctamente información del grupo de edades del riesgo.

Con respecto al tercer nivel, el 81% de las enfermeras encuestadas también maneja la información adecuada.

En general de los tres niveles de atención es preocupante el 21% de los encuestados que contestaron erróneamente esta pregunta por lo que se considera necesario dar mayor énfasis en la lectura de la Norma Oficial Mexicana sobre la detección oportuna de cáncer de 1994, y a su vez mayor difusión de la misma en las unidades de salud a todo el personal que esta en contacto con la población, para con ello mejorar la atención a la población en riesgo.

Podemos decir como producto del nuevo escenario demográfico y de la transición epidemiológica que vive actualmente nuestro país, el cáncer de mama constituye la segunda causa de mortalidad por neoplasia maligna en mujeres de 35 años y mas.

Sin embargo se considera presente entre 25 a 35 de cada 100,000 mujeres.

Pero si se influyen las etapas preinvasoras pueden alcanzar cifras de 1000 casos por cada 100,000 mujeres.

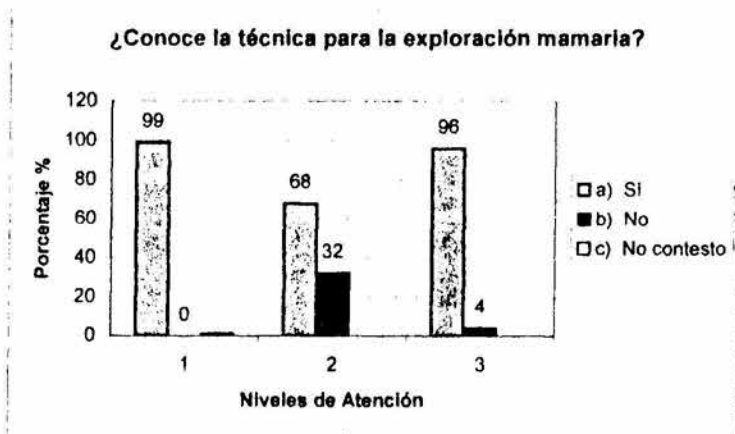
Cuadro No. 11

6.- ¿CONOCE LA TÉCNICA PARA LA EXPLORACIÓN MAMARIA?

RESPUESTAS	1er Nivel		2º Nivel		3er Nivel		TOTAL	
	#	%	#	%	#	%	#	%
a) Sí	134	99	60	68	226	96	420	92
b) No	0	0	28	32	9	4	37	8
c) No contesto	2	1	0	0	0	0	2	0
TOTAL	136	30	88	19	235	51	459	100

Fuente: Investigación de "Conocimiento del personal de Enfermería en los diferentes niveles de atención acerca del cuidado de la mujer con Cáncer mamario" realizada durante el mes de Enero del 2005

Gráfica No. 11



Fuente: Cuadro num. 11

Análisis No. 11

En el análisis del cuadro Num. 11 sobre si conoce la técnica para la exploración mamaria el 92% manifiesta que sí mientras que el 8% refiere que no.

Ante lo anterior podemos mencionar que este procedimiento es básico conocerlo ya que es la forma de detección oportuna más importante.

Pero sin embargo el 8% de los encuestados lo desconocen, por lo que es importante darle mas énfasis a la enseñanza continua sobre esta técnica, a la enfermera en los tres niveles de atención

Debido a que con ello se disminuirá las incidencias de este padecimiento y evitar el tratamiento que proporcione tardíamente.

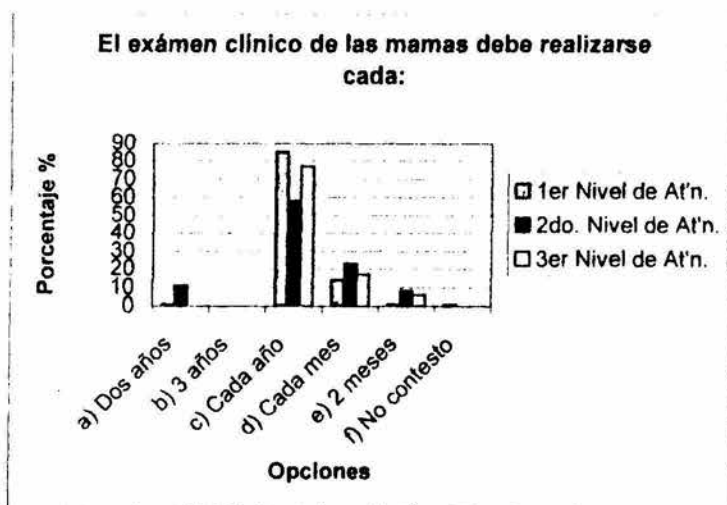
Cuadro No. 12

7.- EL EXÁMEN CLÍNICO DE LAS GLANDULAS MAMARIAS DEBE REALIZARSE POR EL MÉDICO O ENFERMERA DEBIDAMENTE CAPACITADOS, CADA:

RESPUESTAS	1er Nivel		2º Nivel		3er Nivel		TOTAL	
	#	%	#	%	#	%	#	%
a) Dos años	1	1	10	11	0	0	11	2
b) Tres años	0	0	0	0	0	0	0	0
c) Cada año	115	85	51	58	182	77	348	76
d) Cada mes	19	14	20	23	44	17	83	18
e) Cada dos meses	0	0	8	8	12	6	20	4
f) No contesto	1	1	0	0	0	0	1	0
TOTAL	136	30	88	19	235	51	459	100

Fuente: Investigación de "Conocimiento del personal de Enfermería en los diferentes niveles de atención acerca del cuidado de la mujer con Cáncer mamario" realizada durante el mes de Enero del 2005

Gráfica No. 12



Fuente: Cuadro num. 12

Análisis No. 12

En el análisis del cuadro Num. 12 en relación a cada cuando debe realizarse el examen clínico de las glándulas mamarias por parte del personal capacitado, el 76% manifiesta que cada año, el 18% que cada mes, el 4% dice que cada dos meses y el restante 2% que cada 2 años. Cabe mencionar que la mayoría de los encuestados no conoce con exactitud cada cuando debe ser el examen.

Sin embargo el 24% del personal no tiene bien definido con que periodicidad se debe de realizar esta exploración siendo esto un indicador sobre el mal manejo de la información a la población que demanda el servicio.

Tomando en cuenta que la exploración mamaria que realiza el personal de salud, es uno de los pasos mas importantes para la detección oportuna de esta enfermedad, en el cual se deben de examinar cuidadosamente cada uno de los cuadrante de las glándulas mamarias teniendo mayor énfasis en el cuadrante superior externo que es donde mas predominan los tumores malignos, así mismo la región axilar y la supraclavicular buscando las zonas lipoportadoras.

Por lo que consideramos necesario que el personal de enfermería de los tres niveles de atención se le instruya en forma continua sobre esta técnica de exploración para reforzar los conocimientos y así poder realizar una detección en forma oportuna.

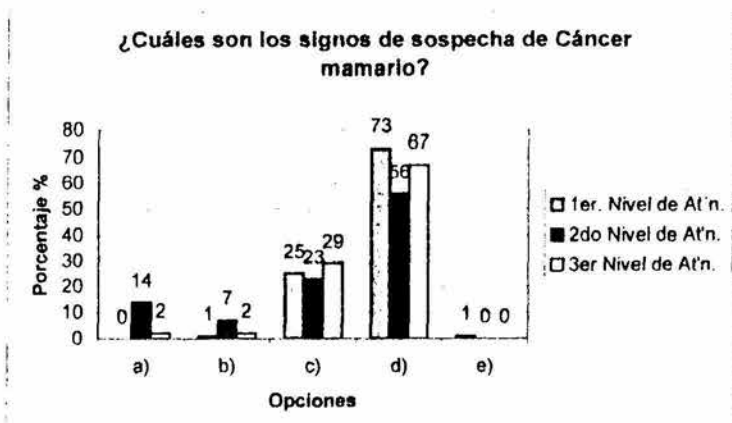
Cuadro No. 13

8.- ¿CUÁLES SON LOS SIGNOS DE SOSPECHA DE CÁNCER MAMARIO?

RESPUESTAS	1er Nivel		2º Nivel		3er Nivel		TOTAL	
	#	%	#	%	#	%	#	%
a) Mamas dolorosas a la palpación, cambios de coloración.	0	0	12	14	6	2	18	4
b) Salida de secreción láctea por el pezón y enrojecimiento de la mama.	2	1	6	7	5	2	13	3
c) Palpación de nódulos y cambios en la coloración y textura en la piel.	34	25	20	23	68	29	122	26
d) Todas las anteriores.	99	73	50	56	156	67	305	67
e) No contesto	1	1	0	0	0	0	1	0
TOTAL	136	30	88	19	235	51	459	100

Fuente: Investigación de "Conocimiento del personal de Enfermería en los diferentes niveles de atención acerca del cuidado de la mujer con Cáncer mamario" realizada durante el mes de Enero del 2005

Gráfica No. 13



Fuente: Cuadro num. 13

Clave:

- a) Mamas dolorosas a la palpación, cambios de coloración.
- b) Salida de secreción láctea por el pezón y enrojecimiento de la mama.
- c) Palpación de nódulos y cambios en la coloración y textura en la piel.
- d) Todas las anteriores.
- e) No contesto

Análisis No. 13

En el análisis del cuadro num. 13 sobre cuales son los signos de sospecha del Cáncer mamario, el 67% menciona que son todas las opciones dadas, el 26% dice que la palpación de nódulos y cambios en la coloración y textura de la piel, el 4% señala las mamas dolorosas a la palpación, cambios de coloración y el 3% restante menciona que es la salida de secreción Láctea por el pezón y enrojecimiento de la mama.

Como podemos observar sólo el 26% conoce con exactitud que es la palpación de nódulos y cambios en la coloración y textura de la piel, los signos de sospecha de cáncer de mama.

Lo que significa que el personal de enfermería confunde los signos de sospecha del cáncer mamario con los signos de otras patologías mamarias ocasionando que con ello se de una valoración errónea en cuanto al cáncer mamario y esto a su vez en el mejor de los casos se alarme erróneamente a la población con una patología benigna, y la mujer que tiene signos de sospecha no se detecte oportunamente y por lo tanto no acuda de forma inmediata a realizarse estudios específicos para confirmar o descartar este padecimiento.

Este cuadro lo relacionamos con el cuadro anterior por lo que se comprueba que existe deficiente conocimiento, sobre la detección oportuna de esta patología.

Un diagnóstico de sospecha de cáncer mamario, es que las mujeres durante el curso de su exploración hayan detectado alguna lesión de la glándula mamaria.

El 70% de las pacientes con cáncer mamario la molestia inicial es una tumoración en la mama (por lo general indolora). Un 90% son descubiertas por las pacientes. La presencia de una gran masa axilar o una sensación de pesadez en la mama o un dolor vertebral fijo, por metástasis ósea, constituyen ocasionalmente el primer síntoma del signo inicial frecuente mayor del 80%, es un nódulo mamario, que generalmente no es doloroso.

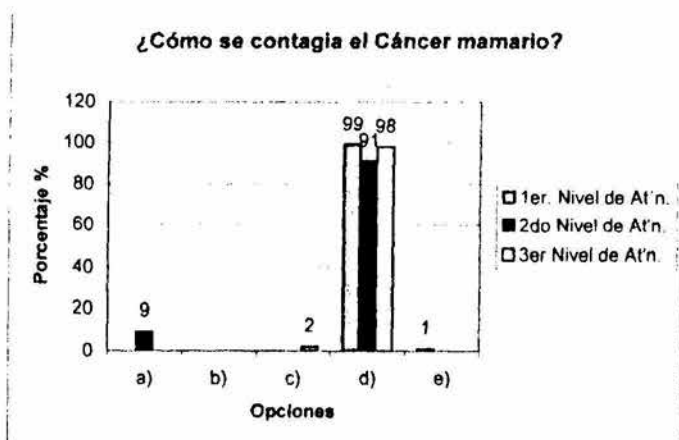
Cuadro No. 14

9.- ¿CÓMO SE CONTAGIA EL CÁNCER DE MAMA?

RESPUESTAS	1er Nivel		2º Nivel		3er Nivel		TOTAL	
	#	%	#	%	#	%	#	%
a) Secreción del pezón y sangre.	0	0	8	9	0	0	8	2
b) Orina, líquido amniótico.	0	0	0	0	0	0	0	0
c) Saliva y semen.	0	0	0	0	4	2	4	1
d) Ninguna de las anteriores.	135	99	80	91	231	98	446	97
e) No contesto	1	1	0	0	0	0	1	0
TOTAL	136	30	88	19	235	51	459	100

Fuente: Investigación de "Conocimiento del personal de Enfermería en los diferentes niveles de atención acerca del cuidado de la mujer con Cáncer mamario" realizada durante el mes de Enero del 2005

Gráfica No. 14



Fuente: Cuadro num. 14

Clave:

- a) Secreción del pezón y sangre.
- b) Orina, líquido amniótico.
- c) Saliva y semen.
- d) Ninguna de las anteriores.
- e) No contesto

Análisis No. 14

En el análisis del cuadro num. 14 respecto al modo en que se contagia el Cáncer de Mama el 97% señala que ninguna de las opciones es la correcta, el 2% menciona que es por medio de la secreción del pezón y sangre y el restante 1% menciona que es por saliva y semen.

En este punto se debe destacar que sólo el 2% contestó equivocadamente ya que hasta nuestros días no se ha demostrado que las opciones dadas sean medio de contagio de la enfermedad.

Este cuadro nos muestra que el total del personal conoce que el cáncer no es contagioso por los diferentes fluidos que se mencionan, si no es una enfermedad que implica tener ciertos factores que la ocasionan.

Cuadro No. 15

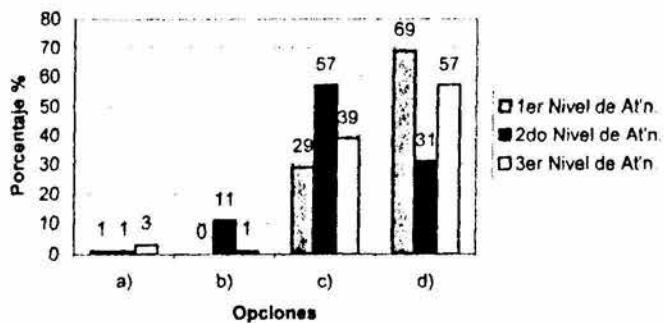
10.- SON MEDIDAS DE PREVENCIÓN DEL CÁNCER MAMARIO.

RESPUESTAS	1er Nivel		2º Nivel		3er Nivel		TOTAL	
	#	%	#	%	#	%	#	%
a) Alimentación rica en folatos y fibra baja en grasa.	2	1	1	1	6	3	9	2
b) Realización de actividades físicas.	0	0	10	11	4	1	14	4
c) Realización de exploración mamaria anual por personal capacitado.	40	29	50	57	91	39	181	39
d) Todas las anteriores.	94	69	27	31	134	57	255	55
TOTAL	136	30	88	19	235	51	459	100

Fuente: Investigación de "Conocimiento del personal de Enfermería en los diferentes niveles de atención acerca del cuidado de la mujer con Cáncer mamario" realizada durante el mes de Enero del 2005

Gráfica No. 15

Son medidas de prevención del Cáncer mamario:



Fuente: Cuadro num. 15

Clave:

- a) Alimentación rica en folatos y fibra baja en grasa.
- b) Realización de actividades físicas.
- c) Realización de exploración mamaria anual por personal capacitado.
- d) Todas las anteriores.

Análisis No. 15

En el análisis del cuadro num. 15 sobre las medidas de prevención del Cáncer Mamario, el 55% señala que todas las opciones son las correctas, el 39% indica que la realización de exploración mamaria anual por personal capacitado, el 4% que es por la realización de actividades físicas y el restante 2% que es por medio de la alimentación rica en folatos y fibra baja en grasas.

Ante lo anterior podemos decir que se tienen los conocimientos en cuanto a la medida de prevención pero son deficientes ya que la respuesta correcta eran todas las anteriores, por lo tanto la información proporcionada a la población no es la adecuada de acuerdo a la Norma Oficial Mexicana que habla sobre la detección oportuna del cáncer mamario, la cual señala que la forma de prevenir el cáncer de mama es llevar una vida sana por medio de la realización de actividades físicas, evitando el sedentarismo y teniendo una alimentación balanceada rica en fibras y folatos, disminuyendo los alimentos ricos en grasas saturadas, con esto se evita el sobrepeso y/o la obesidad, siendo este uno de los factores que favorecen el cáncer mamario, además de la realización periódica de la autoexploración, así mismo la exploración mamaria por personal capacitado.

Por todo esto que es de suma importancia el conocer las medidas de prevención para así poder brindar una adecuada información a las usuarias que demandan la atención.

Cuadro No. 16

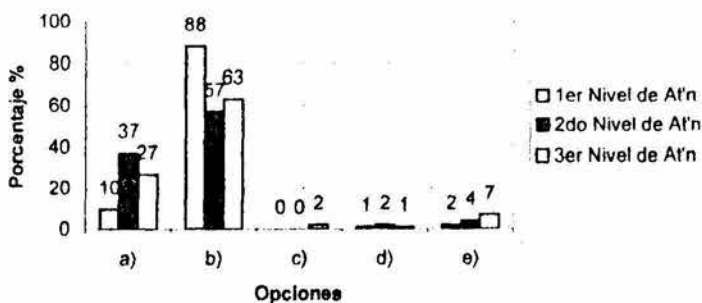
**11.- PARA LA PREVENCIÓN PRIMARIA DEL CÁNCER DE MAMA,
EXISTEN ESTRATEGIAS Y ACTIVIDADES DE:**

RESPUESTAS	1er Nivel		2º Nivel		3er Nivel		TOTAL	
	#	%	#	%	#	%	#	%
a) Diagnóstico temprano, tratamiento y rehabilitación.	13	10	32	37	65	27	110	24
b) Promoción, educación y fomento a la salud.	119	88	50	57	148	63	317	69
c) Prevención, primaria secundaria y terciaria.	0	0	0	0	5	2	5	1
d) Investigación, vigilancia epidemiológica y tratamiento.	1	1	2	2	1	1	4	1
e) Primero, segundo y tercer nivel de atención.	3	2	4	4	16	7	23	5
TOTAL	136	30	88	19	235	51	459	100

Fuente: Investigación de "Conocimiento del personal de Enfermería en los diferentes niveles de atención acerca del cuidado de la mujer con Cáncer mamario" realizada durante el mes de Enero del 2005

Gráfica No. 16

Para la prevención primaria del Cáncer de mama, existen estrategias y actividades de:



Fuente: Cuadro num. 16

Clave:

- a) Diagnóstico temprano, tratamiento y rehabilitación.
- b) Promoción, educación y fomento a la salud.
- c) Prevención primaria, secundaria y terciaria.
- d) Investigación, vigilancia epidemiológica y tratamiento.
- e) Primero, segundo y tercer nivel de atención.

Análisis No. 16

En el análisis del cuadro num. 16 sobre las estrategias y actividades para la prevención primaria del Cáncer de Mama refieren el 69% que es la promoción, educación y fomento a la salud, el 24% menciona que es el diagnóstico temprano, tratamiento y rehabilitación, el 5% indica que el primero, segundo y tercer nivel de atención y por último con un 1% respectivamente la prevención primaria, secundaria y terciaria y también la investigación, vigilancia epidemiológica y tratamiento.

En lo anterior podemos ver que sólo el 69% responde de forma acertada y el restante de los encuestados maneja información inadecuada ya que la promoción primaria se compone de la promoción, educación y fomento a la salud.

Estos parámetros son básicos en la Salud Pública no nada mas en relación a cáncer mamario sino para cualquier padecimiento por lo que el 30% del personal encuestado no responde adecuadamente siendo estos aspectos las bases fundamentales de las acciones de enfermería las cuales se brindan con el programa de formación académica.

Todo esto nos lleva a pensar sobre un programa de enseñanza continua sobre reforzar los conocimientos del personal de enfermería acerca de las medidas de prevención del cáncer mamario.

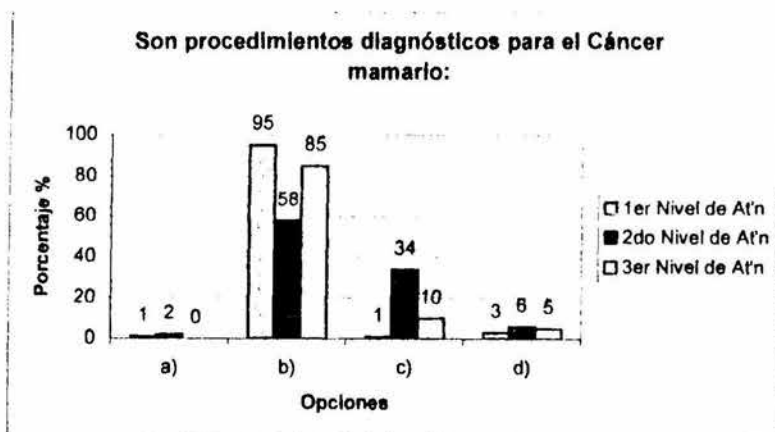
Cuadro No. 17

12.- SON PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS PARA EL CÁNCER MAMARIO.

RESPUESTAS	1er Nivel		2º Nivel		3er Nivel		TOTAL	
	#	%	#	%	#	%	#	%
a) Ultrasonido, Rayos "X", Papanicolao.	1	1	2	2	1	0	4	1
b) Ultrasonido, Mastografía, Biopsia.	129	95	45	58	199	85	373	82
c) Mastografía, Química Sanguínea, Biopsia.	2	1	30	34	24	10	56	12
d) Mastografía, Rayos "X", Biometría Hemática.	4	3	5	6	11	5		5
TOTAL	136	30	88	19	235	51	459	100

Fuente: Investigación de "Conocimiento del personal de Enfermería en los diferentes niveles de atención acerca del cuidado de la mujer con Cáncer mamario" realizada durante el mes de Enero del 2005

Gráfica No. 17



Fuente: Cuadro num. 17

Clave:

- a) Ultrasonido, Rayos "X", Papanicolao.
- b) Ultrasonido, Mastografía, Biopsia.
- c) Mastografía, Química Sanguínea, Biopsia.
- d) Mastografía, Rayos "X", Biometría Hemática.

Análisis No. 17

En el análisis del cuadro num. 17 sobre los procedimientos diagnósticos para el Cáncer de Mama el 82% menciona que son el ultrasonido, Mastografía y biopsia, el 12% indica que la Mastografía, química sanguínea y biopsia, el 5% que es la Mastografía, rayos "X" y biometría Hemática y por último el 1 % menciona que es el ultrasonido, rayos "X" y pánicolau.

Podemos ver que la mayoría con un 82% contesta acertadamente y el resto de los porcentajes aunque maneja procedimientos igual de importantes no maneja los específicos.

De acuerdo a la Norma Oficial Mexicana que habla sobre la detección oportuna del cáncer mamario de 1994 y que también habla acerca de los diferentes estudios específicos que se realizan para corroborar el diagnóstico del cáncer mamario, define que las primeras fases para detectar el cáncer es la exploración de mama realizada por personal capacitado, la segunda es el ultrasonido mamario en mujeres adolescentes en adelante, la Mastografía que se deberá de realizar a mujeres mayores de 40 años, y solamente en caso de mujeres menores de 40 años que presenten mas de tres factores de riesgo.

La Biopsia que es otro de los procedimientos que se realizan como diagnóstico, este es llevado a cabo a través de una técnica quirúrgica o también con aguja fina, por medio del cual se obtiene una muestra del tejido con alteraciones, analizado por el patólogo quien determinara la certeza y estadio de la enfermedad.

Cabe hacer mención que el cáncer mamario requiere de un manejo de la intervención de un equipo multidisciplinario, especialistas y se realiza de

Falta página

N° 167

Cuadro No. 18

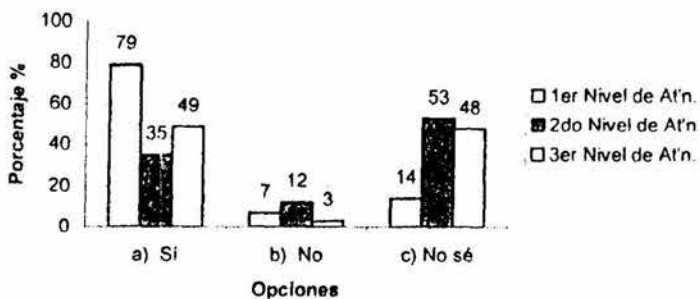
13.- ¿EN LA UNIDAD QUE LABORA CUENTA CON EL PROYECTO DE NORMA OFICIAL MEXICANA SOBRE EL CÁNCER DE MAMA?

RESPUESTAS	1er Nivel		2º Nivel		3er Nivel		TOTAL	
	#	%	#	%	#	%	#	%
a) Sí	108	79	31	35	114	49	253	55
b) No	9	7	11	12	8	3	28	6
c) No sé	19	14	46	53	113	48	178	39
TOTAL	136	30	88	19	235	51	459	100

Fuente: Investigación de "Conocimiento del personal de Enfermería en los diferentes niveles de atención acerca del cuidado de la mujer con Cáncer mamario" realizada durante el mes de Enero del 2005

Gráfica No. 18

¿En la unidad que labora cuenta con el Proyecto de N.O.M. sobre Cáncer de mama?



Fuente: Cuadro num. 18

Análisis No. 18

En el análisis del cuadro num. 18 sobre si la unidad de trabajo cuenta con el Proyecto de Norma Oficial Mexicana sobre el Cáncer de Mama el 55% indica que si sabe de su existencia, el 39% menciona que no sabe y el restante 6% menciona que no.

De acuerdo a los niveles de atención el personal de la Jurisdicción Sanitaria, dicen contar con el proyecto de Norma Oficial Mexicana sobre el cáncer de mama en cada una de las unidades de adscripción dando un 79% del total de las enfermeras encuestadas.

En el Hospital General de Tenancingo solo el 35% del personal conoce de su existencia.

En el Hospital de la Mujer el 49% del personal encuestado sabe que la unidad cuenta con ella, cabe hacer mención que dicho documento únicamente se encuentra en el servicio de Oncología.

Así mismo es necesario mencionar que el 45% del personal encuestado desconoce la existencia de dicho documento en los tres niveles de atención lo que es preocupante ya que esta Norma es la que rige los criterios para el manejo de la paciente con cáncer mamario, siendo de carácter obligatorio el uso de la misma.

En conclusión podemos mencionar que es de vital importancia tener y conocer este proyecto ya que la enfermedad se encuentra entre las primeras causas de morbi-mortalidad en la mujer y en los tres niveles de atención la importancia del conocimiento de su manejo es necesario.

Cuadro No. 19

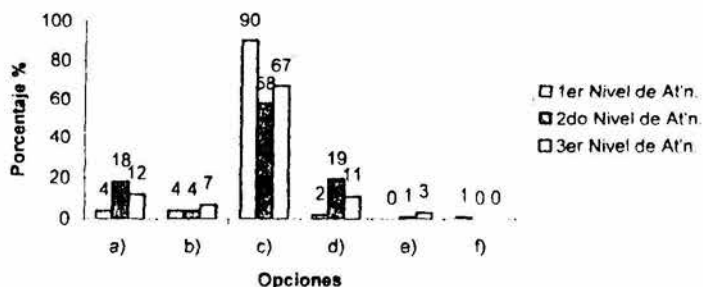
14.- ¿CADA CUANTO DEBE REALIZARSE LA AUTOEXPLORACIÓN DE MAMA?

RESPUESTAS	1er Nivel		2º Nivel		3er Nivel		TOTAL	
	#	%	#	%	#	%	#	%
a) Cada año	5	4	16	18	28	12	49	11
b) Cada tres meses	5	4	4	4	17	7	26	6
c) Cada mes	122	90	50	58	157	67	329	72
d) Cada 6 meses	3	2	17	19	27	11	47	10
e) Cada 24 meses	0	0	1	1	6	3	7	1
f) No contesto	1	1	0	0	0	0	1	0
TOTAL	136	30	88	19	235	51	459	100

Fuente: Investigación de "Conocimiento del personal de Enfermería en los diferentes niveles de atención acerca del cuidado de la mujer con Cáncer mamario" realizada durante el mes de Enero del 2005

Gráfica No. 19

¿Cada cuando debe realizarse la autoexploración de mamas?



Fuente: Cuadro num. 19

Clave:

- a) Cada año
- b) Cada tres meses
- c) Cada mes
- d) Cada 6 meses
- e) Cada 24 meses

Análisis No. 19

En el análisis del cuadro num. 19 referente al tiempo en que debe realizarse la autoexploración de mamas el 72% menciona que cada mes, el 11% que cada año, el 10% refiere que cada 6 meses, el 6% que cada tres meses y el 1% cada 24 meses. Ante los resultados obtenidos podemos ver que el 72% responde adecuadamente que debe ser cada mes y no debemos dejar de observar que hay personal que responde que debe ser cada año lo cual demuestra las deficiencia del conocimiento sobre el tema.

Siendo esto una amenaza para el autocuidado no solo de la población sino también del mismo personal.

Es indispensable que el personal de enfermería sepa su responsabilidad en cuanto a su propio autocuidado como mujeres y como personal de salud ya que se observa el porcentaje del personal que no sabe cuando debe realizarse una autoexploración mamaria es significativo, además que la mayoría se encuentran en áreas preventivas, por lo que se tomara medidas en cuanto a la capacitación del personal en la técnica de este procedimiento.

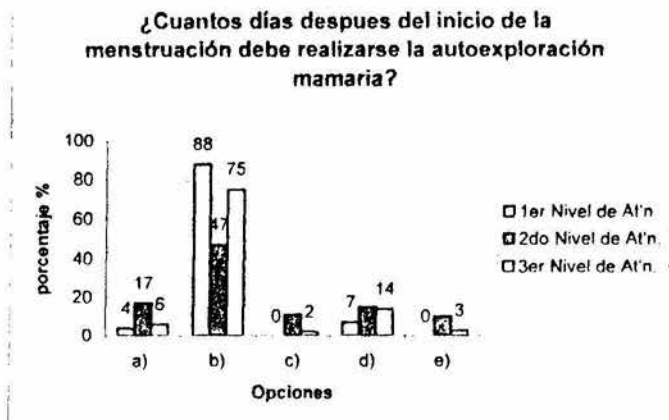
Cuadro No. 20

15.- ¿CUÁNTOS DÍAS PREFERENTEMENTE DESPUES DEL INICIO DE LA MENSTRUACIÓN DEBE REALIZARSE LA AUTOEXPLORACIÓN MAMARIA?

RESPUESTAS	1er Nivel		2º Nivel		3er Nivel		TOTAL	
	#	%	#	%	#	%	#	%
a) 15 a 30 días	6	4	15	17	14	6	35	8
b) 7 a 10 días	120	88	41	47	173	75	334	73
c) 20 a 30 días	0	0	10	11	6	2	16	3
d) de 12 a 14 días	10	7	13	15	34	14	57	12
e) de 13 a 21 días	0	0	9	10	8	3	17	4
TOTAL	136	30	88	19	235	51	459	100

Fuente: Investigación de "Conocimiento del personal de Enfermería en los diferentes niveles de atención acerca del cuidado de la mujer con Cáncer mamario" realizada durante el mes de Enero del 2005

Gráfica No. 20



Fuente: Cuadro num. 20

Clave:

- a) 15 a 30 días
- b) 7 a 10 días
- c) 20 a 30 días
- d) de 12 a 14 días
- e) de 13 a 21 días

Análisis No. 20

En el análisis del cuadro num. 20 respecto a cuantos días después del inicio de la menstruación debe realizarse la autoexploración mamaria el 73% menciona que de 7 a 10 días, el 12% de 12 a 14 días, el 8% de 15 a 30 días, el 4% de 13 a 21 días y el 3% de 20 a 30 días.

Como se observa el 73% respondió bien ya que debe ser de 7 a 10 días, el resto de los encuestados maneja cifras equivocadas.

Por lo que la información que se brinda es la inadecuada.

Siendo un parámetro que toda mujer debe de conocer para el autocuidado, como personal de salud la forma de manejo de la información es fundamental la cual debe ser correcta para proporcionar orientación específica a toda mujer desde la menarca.

Cabe hacer mención que los días ideales para la realización del autoexploración mamaria son de 7 a 10 días después del inicio de la menstruación, ya que si se realiza antes o después puede dar signos y síntomas falsos relacionados con otra patología mamaria.

Previo a la técnica de autoexamen los elementos que deben de tener son:

- ✓ Hacerlo siempre en las condiciones mas parecidas posibles.
- ✓ Las necesidades de hacer un diagrama de las mamas donde se puede anotar o subrayar esquemáticamente la presencia de tumor o de cualquier otra alteración.

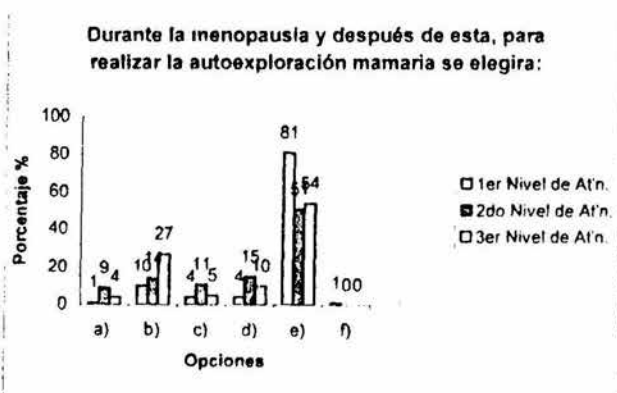
Cuadro No. 21

16.- DURANTE LA MENOPAUSIA Y DESPUÉS DE ESTA, PARA REALIZAR LA AUTOEXPLORACIÓN MAMARIA SE ELEGIRÁ:

RESPUESTAS	1er Nivel		2º Nivel		3er Nivel		TOTAL	
	#	%	#	%	#	%	#	%
a) Cada fin de semana	1	1	8	9	10	4	19	5
b) Un día cualquiera cada dos meses	13	10	12	14	64	27	89	19
c) De 12 a 14 días	6	4	10	11	12	5	28	6
d) Un día fijo al año	5	4	13	15	23	10	41	9
e) Un día fijo cada mes	110	81	45	51	126	54	281	61
f) No contesto	1	1	0	0	0	0	1	0
TOTAL	136	30	88	19	235	51	459	100

Fuente: Investigación de "Conocimiento del personal de Enfermería en los diferentes niveles de atención acerca del cuidado de la mujer con Cáncer mamario" realizada durante el mes de Enero del 2005

Gráfica No. 21



Fuente: Cuadro num. 21

Clave:

- a) Cada fin de semana
- b) Un día cualquiera cada dos meses
- c) De 12 a 14 días
- d) Un día fijo al año
- e) Un día fijo cada mes
- f) No contesto

Análisis No. 21

En el análisis del cuadro num. 21 sobre el los días que se elegirán durante la menopausia y después de esta para la autoexploración mamaria el 61% menciona que un día fijo cada mes, el 19% un día cualquiera cada dos meses, el 9% un día fijo al año, el 6% de 12 a 14 días y el 5% cada fin de semana.

En este apartado el 61% de los encuestados contesto correctamente y el resto maneja cifras equivocadas lo que refleja lo que se viene mencionando al déficit de conocimientos en los cuadros anteriores.

Es de suma importancia destacar que durante esta etapa de la vida se incrementa el riesgo de padecer esta enfermedad por lo que es conveniente enseñar correctamente a la población la forma de realizar la autoexploración y el momento por que hay cambios hormonales que pudiesen desencadenar algunos factores que propiciarán alteraciones al nivel de las mamas, y presentarse signos y síntomas de sospecha hacia esta patología.

Cuando ocurre la menstruación, la caída de los niveles de estrógeno y progesterona va seguida de descamación de las células epiteliales, atrofia del tejido conectivo intralobulillar, desaparición del edema del estroma, y de una disminución generalizada del tamaño de los conductos y de los brotes glandulares.

Durante la etapa del climaterio la mama sufre de manera progresiva la carencia de la actividad hormonal. Los lobulillos pueden llegar a desaparecer en mujeres muy ancianas, en muchas ocasiones queda suficiente estímulo estrogénico posiblemente de origen suprarrenal o de conversión periférica, para mantener los vestigios de los lobulillos.

El control hormonal cíclico de la mama madura es complejo, en esencia, las hormonas estrogénicas estimulan el crecimiento y desarrollo del epitelio ductal.

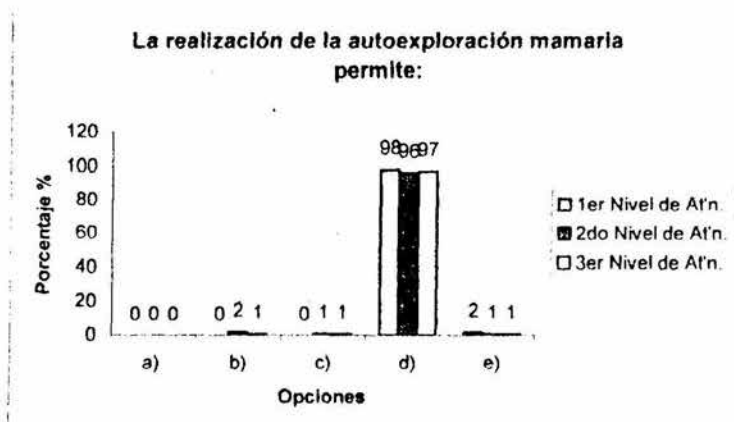
Cuadro No. 22

17.- LA REALIZACIÓN DE LA AUTOEXPLORACIÓN DE MAMA PERMITE:

RESPUESTAS	1er Nivel		2º Nivel		3er Nivel		TOTAL	
	#	%	#	%	#	%	#	%
a) La rehabilitación	0	0	0	0	1	0	1	0
b) La vigilancia epidemiológica	0	0	2	2	2	1	4	1
c) Observar la red venosa	0	0	1	1	1	1	2	0
d) Una detección oportuna	133	98	84	96	228	97	445	97
e) Observar la coloración de la piel	3	2	1	1	3	1	7	2
TOTAL	136	30	88	19	235	51	459	100

Fuente: Investigación de "Conocimiento del personal de Enfermería en los diferentes niveles de atención acerca del cuidado de la mujer con Cáncer mamario" realizada durante el mes de Enero del 2005

Gráfica No. 22



Fuente: Cuadro num. 22

Clave:

- a) La rehabilitación
- b) La vigilancia epidemiológica
- c) Observar la red venosa
- d) Una detección oportuna
- e) Observar la coloración de la piel

Análisis No. 22

En el análisis del cuadro num. 22 sobre lo que permite la realización de la autoexploración mamaria el 97% de los encuestados señalan que una detección oportuna, el 2% que observar la coloración de la piel y el restante 1 % una vigilancia epidemiológica. En este punto la mayoría contestó correctamente porque las demás opciones no manejan una respuesta verdadera.

De acuerdo a los cuadros anteriores debemos destacar que tanto la exploración como la autoexploración mamaria son métodos esenciales y sencillos e importantes para la detección oportuna de cáncer mamario, por lo que el personal de enfermería debe dominar los conocimientos acerca de estos procedimientos, porque realizando en forma correcta esta técnica se podrá detectar oportunamente y así mismo realizar el seguimiento y tratamiento adecuado en caso de detectar cáncer y con ello la enfermera podrá influir en la disminución de la incidencia del cáncer mamario o a su vez en la participación de los tratamientos oncológicos ya establecidos para la mejora de la atención integral a la paciente.

Cuadro No. 23

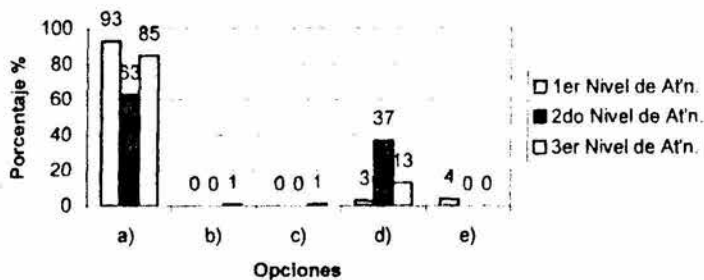
18.- ¿CUÁLES SON LOS ASPECTOS MÁS IMPORTANTES QUE MENCIONA EL PROYECTO DE NORMA OFICIAL MEXICANA SOBRE CÁNCER DE MAMA?

RESPUESTAS	1er Nivel		2º Nivel		3er Nivel		TOTAL	
	#	%	#	%	#	%	#	%
a) Prevención, Tratamiento, Seguimiento y Control del cáncer mamario.	127	93	55	63	199	85	381	84
b) Prevención, Medidas de contagio y Tratamiento.	0	0	0	0	2	1	2	0
c) Embarazo, Cáncer de Mama, Medidas de contagio y Rehabilitación.	0	0	0	0	2	1	2	0
d) Todas las anteriores.	4	3	33	37	32	13	69	15
e) No contesto	5	4	0	0	0	0	5	1
TOTAL	136	30	88	19	235	51	459	100

Fuente: Investigación de "Conocimiento del personal de Enfermería en los diferentes niveles de atención acerca del cuidado de la mujer con Cáncer mamario" realizada durante el mes de Enero del 2005

Gráfica No. 23

¿Cuáles son los aspectos más importantes que menciona el Proyecto de N.O.M. sobre el Cáncer de mama?



Fuente: Cuadro num. 23

Clave:

- a) Prevención, Tratamiento, Seguimiento y Control del cáncer mamario.
- b) Prevención, Medidas de contagio y Tratamiento.
- c) Embarazo, Cáncer de Mama, Medidas de contagio y Rehabilitación.
- d) Todas las anteriores.
- e) No contesto

Análisis No. 23

En el análisis del cuadro num. 23 sobre cuales son los aspectos más importantes que menciona el proyecto de Norma Oficial Mexicana sobre Cáncer de Mama el 84% menciona que la prevención, tratamiento, seguimiento y control del Cáncer mamario, el 15% refiere que todas las opciones y el 1% no contesto.

El 16% del personal encuestado tiene confusión sobre los aspectos básicos que maneja el proyecto de Norma Oficial Mexicana, con esto se demuestra que hace falta mayor énfasis en la difusión de este documento.

En relación al cuadro 18 que se refiere a que si el personal conoce la Norma Oficial Mexicana se puede mencionar que un gran porcentaje conoce de su existencia en las unidades de trabajo, pero en cuanto a su contenido hay deficiencia en su manejo en cada uno de los niveles de atención.

Esto puede deberse a que el personal directivo de las unidades no la da a conocer y/o no hay interés por parte del personal de enfermería y que solamente el personal que se encuentra en los servicios de Oncología conocen su existencia y su contenido.

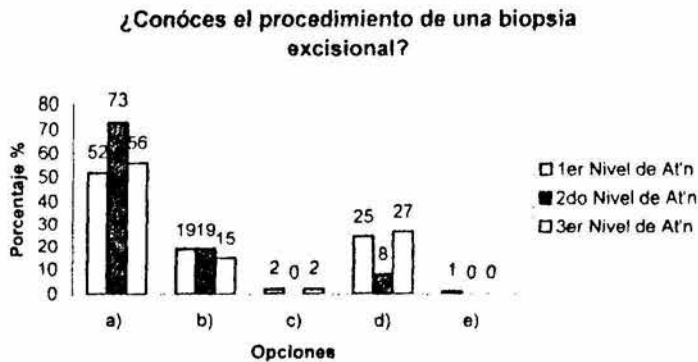
Cuadro No. 24

**19.- ¿CONOCES EL PROCEDIMIENTO DE UNA BIOPSIA
EXCISIONAL?**

RESPUESTAS	1er Nivel		2º Nivel		3er Nivel		TOTAL	
	#	%	#	%	#	%	#	%
a) Es la incisión en la piel, con disección tisular se hace a través de anestesia local o sedación, se hace en lesiones tumorales o palpables.	71	52	64	73	130	56	265	58
b) Es un procedimiento que se realiza con aguja fina, se obtiene material de lesión sospechosa.	26	19	17	19	36	15	79	17
c) Es un procedimiento en el cual se hace con un marcaje con guía radiológica.	3	2	0	0	5	2	8	2
d) Lo desconozco	34	25	7	8	64	27	105	23
e) No contesto	2	1	0	0	0	0	2	0
TOTAL	136	30	88	19	235	51	459	100

Fuente: Investigación de "Conocimiento del personal de Enfermería en los diferentes niveles de atención acerca del cuidado de la mujer con Cáncer mamario" realizada durante el mes de Enero del 2005

Gráfica No. 24



Fuente: Cuadro num. 24

Clave:

- a) Es la incisión en la piel, con disección tisular se hace a través de anestesia local o sedación, se hace en lesiones tumorales o palpables.
- b) Es un procedimiento que se realiza con aguja fina, se obtiene material de lesión sospechosa.
- c) Es un procedimiento en el cual se hace con un marcaje con guía radiológica.
- d) Lo desconozco
- e) No contesto

análisis No. 24

En el análisis del cuadro num. 24 sobre el procedimiento de una biopsia excisional, el 58% conoce que es la incisión en la piel, con disección tisular se hace a través de anestesia local o sedación, esta técnica esta indicada en lesiones tumorales palpables y se puede realizar en forma trans – operatoria, se hace en lesiones tumorales o palpables. El siguiente 23% manifiesta desconocer el procedimiento, el 17% manifiesta que es un procedimiento que se realiza con aguja fina y se obtiene material de lesión sospechosa y por último el restante 2% dice que es un procedimiento en el cual se hace con un marcaje con guía radiológica.

Por lo que se observa que el 23% del personal desconoce la realización de este procedimiento que es específico para confirmar un diagnóstico.

De acuerdo a los niveles de atención encuestados, del primer nivel el 52% desconoce los procedimientos, el segundo nivel el 73% maneja los conceptos adecuadamente ya que participa directamente en ellos, en el tercer nivel de atención, el 56% contesto correctamente ya que refleja que el personal de enfermería si interviene en los procedimientos de diagnóstico que se realizan de rutina en dicha institución y donde la participación de enfermería es importante antes, durante y posterior al procedimiento para dar confianza a la paciente.

Cuadro No. 25

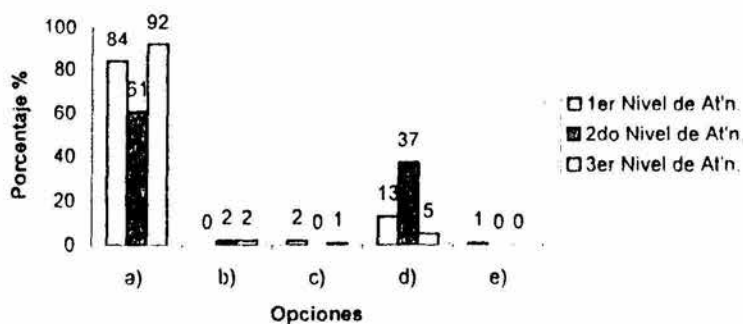
20.- ¿CONOCES CUÁLES SON LOS TRATAMIENTOS ONCOLÓGICOS PARA TRATAR EL CÁNCER DE MAMA?

RESPUESTAS	1er Nivel		2º Nivel		3er Nivel		TOTAL	
	#	%	#	%	#	%	#	%
a) La Quimioterapia, Radioterapia, Mastectomía radical.	114	84	54	61	216	92	384	84
b) La Quimioterapia, Hormonales, Cirugía.	0	0	2	2	5	2	7	2
c) La Radioterapia, el Masaje, la Quimioterapia.	3	2	0	0	2	1	5	1
d) No lo sé.	17	13	32	37	12	5	61	13
e) No contesto	2	1	0	0	0	0	2	0
TOTAL	136	30	88	19	235	51	459	100

Fuente: Investigación de "Conocimiento del personal de Enfermería en los diferentes niveles de atención acerca del cuidado de la mujer con Cáncer mamario" realizada durante el mes de Enero del 2005

Gráfica No. 25

¿Conoces cuáles son los tratamientos oncológicos para tratar el Cáncer de mama?



Fuente: Cuadro num. 25

Clave:

- a) La Quimioterapia, Radioterapia, Mastectomía radical.
- b) La Quimioterapia, Hormonales, Cirugía.
- c) La Radioterapia, el Masaje, la Quimioterapia.
- d) No lo sé.
- e) No contesto

Análisis No. 25

En el análisis del cuadro num. 25 que hace referencia a cuales son los tratamientos oncológicos para tratar el Cáncer de Mama, el 84% del personal encuestado responde a que son la quimioterapia, radioterapia y la Mastectomía radical, el 13% dice que no sabe, el 2% menciona que la quimioterapia, hormonales y cirugía, y por último el 1% menciona que son la radioterapia, el masaje y la quimioterapia.

Cabe resaltar que sólo el 84% respondió acertadamente ya que los tratamientos oncológicos son la quimioterapia, radioterapia y la Mastectomía radical y es importante que todo el personal conozca esta información ya que es primordial para dar una correcta orientación y consejería a la paciente que cursa con este padecimiento así como a sus familiares.

Haciendo mención que estos tratamientos son traumáticos, largos y costosos y que la persona que esta mas directamente en contacto con la misma es el personal de enfermería la cual al menos en el tercer nivel de atención tiene la responsabilidad de darle una amplia información a la paciente y su familia sobre en que consisten cada uno de estos tratamientos cuando se ha diagnosticado el cáncer de mama y por lo tanto esto le dará mas tranquilidad y confianza a la paciente para tomar decisiones sobre su persona y su patología.

Cuadro No. 26

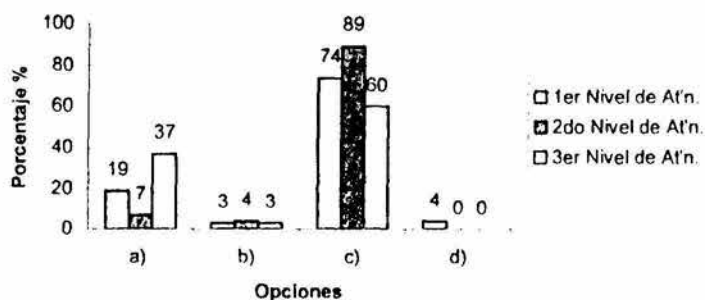
21.- ¿HA TENIDO EXPERIENCIA EN ATENDER A LA PACIENTE CON CÁNCER MAMARIO EN SU TRABAJO?

RESPUESTAS	1er Nivel		2º Nivel		3er Nivel		TOTAL	
	#	%	#	%	#	%	#	%
a) Sí la he sabido manejar	26	19	6	7	88	37	120	26
b) Sí pero no estaba enterada de su padecimiento	4	3	4	4	7	3	15	4
c) No he tenido la experiencia con este tipo de pacientes.	101	74	78	89	140	60	319	69
d) No contesto	5	4	0	0	0	0	5	1
TOTAL	136	30	88	19	235	51	459	100

Fuente: Investigación de "Conocimiento del personal de Enfermería en los diferentes niveles de atención acerca del cuidado de la mujer con Cáncer mamario" realizada durante el mes de Enero del 2005

Gráfica No. 26

¿Ha tenido experiencia en atender a la paciente con Cáncer mamario en su trabajo?



Fuente: Cuadro num. 26

Clave:

- a) Sí la he sabido manejar
- b) Sí pero no estaba enterada de su padecimiento
- c) No he tenido la experiencia con este tipo de pacientes.
- d) No contesto

Análisis No. 26

En el análisis del cuadro num. 26 sobre si el personal ha tenido la experiencia en atender a la paciente con Cáncer Mamario en su trabajo las respuestas son las siguientes: el 69% no ha tenido la experiencia de trabajar con este tipo de pacientes, el 26% menciona que sí la han sabido manejar, el 4% menciona que sí pero sin estar enterado de su padecimiento y el 1% no contesto la pregunta.

Podemos decir que tal vez la mayoría no ha tenido experiencia con estas pacientes ya que un gran porcentaje de los encuestados proviene de un Centro de Salud por lo que sólo en el nivel especializado se pueden observar estos casos ya que desafortunadamente en la mayoría de los casos la detección ya es en etapas avanzadas.

Además en el tercer nivel de atención es muy reducido el numero del personal que atiende en forma integral a estas pacientes, existiendo varios factores que permiten a la enfermera llevar a cabo procedimientos específicos así como los tratamientos de alta especialidad para con estas pacientes, sin embargo es importante que se aumente el numero de enfermeras que sean capacitadas y actualizadas sobre estas actividades llenando así también un perfil académico y profesional que debe de tener el personal que se encuentra en estas áreas con convicción para la atención de estas pacientes en las diferentes etapas de la enfermedad.

Por lo que limita el número de personas que puedan desempeñar dicho roles.

Cuadro No. 27

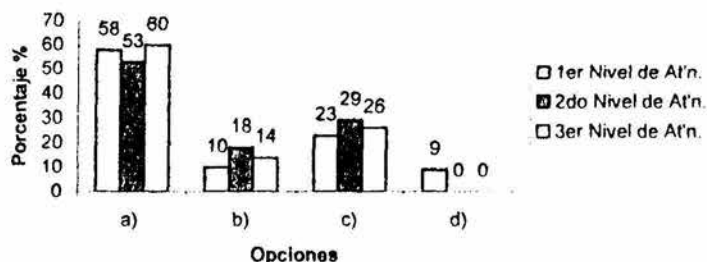
22.- ¿QUÉ MEDIDAS ADOPTARÍAS EN CASO DE ACCIDENTE CON MATERIAL QUE ESTÁ EN CONTACTO CON PACIENTE CON CÁNCER MAMARIO?

RESPUESTAS	1er Nivel		2º Nivel		3er Nivel		TOTAL	
	#	%	#	%	#	%	#	%
a) Lavado del área afectada, identificar el diagnóstico de la paciente.	79	58	47	53	142	60	268	59
b) Lavado del área y fomentar la hemorragia de la herida.	14	10	16	18	32	14	62	13
c) No tengo conocimiento de lo que debo hacer.	31	23	25	29	61	26	117	25
d) No contesto	12	9	0	0	0	0	12	3
TOTAL	136	30	88	19	235	51	459	100

Fuente: Investigación de "Conocimiento del personal de Enfermería en los diferentes niveles de atención acerca del cuidado de la mujer con Cáncer mamario" realizada durante el mes de Enero del 2005

Gráfica No. 27

¿Qué medidas adoptarías en caso de accidente con material que está en contacto con paciente con Cáncer mamario?



Fuente: Cuadro num. 27

Clave:

- Lavado del área afectada, identificar el diagnóstico de la paciente.
- Lavado del área y fomentar la hemorragia de la herida.
- No tengo conocimiento de lo que debo hacer.
- No contesto

Análisis No. 27

En el análisis del cuadro num. 27 referente a que medidas adoptaría el personal en caso de accidente con material que está en contacto con paciente con Cáncer Mamario el 59% de los encuestados refiere que el lavado del área afectada, identificar el diagnóstico de la paciente, el 25% menciona que no tiene conocimiento de lo que debe hacer, el 13% menciona que con el lavado del área y fomentar la hemorragia de la herida y el restante 3% no contesto la pregunta.

En base a lo anterior aunque la mayoría del personal conoce con precisión lo que debe hacer en un caso de estos un porcentaje importante (39%) no tiene conocimiento sobre que hacer por lo que se debe orientar a este personal para poder enfrentar una situación cómo esta.

Este análisis lo podemos correlacionar con el cuadro numero 14, el cual menciona sobre la forma de contagio del cáncer mamario. Haciendo mención que el cáncer mamario no es contagioso.

Por otro lado una de las medidas de prevención en caso de accidente y contacto con fluidos corporales en forma general, en cualquier padecimiento, esta normado que se debe de realizar lavado de la herida, verificar el diagnostico de la paciente y avisar a las autoridades correspondientes.

Cuadro No. 28

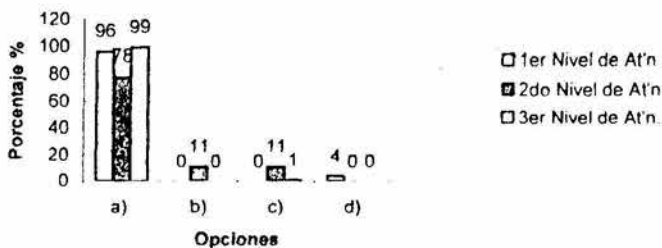
23.- ¿SABES QUÉ ES LA QUIMIOTERAPIA?

RESPUESTAS	1er Nivel		2º Nivel		3er Nivel		TOTAL	
	#	%	#	%	#	%	#	%
a) Es tratamiento oncológico a base de medicamentos citotóxicos.	131	96	68	78	234	99	433	94
b) Es tratamiento homeopático relajante.	0	0	10	11	0	0	10	2
c) Es tratamiento psicológico de apoyo.	0	0	10	11	1	1	11	3
d) No contesto	5	4	0	0	0	0	5	1
TOTAL	136	30	88	19	235	51	459	100

Fuente: Investigación de "Conocimiento del personal de Enfermería en los diferentes niveles de atención acerca del cuidado de la mujer con Cáncer mamario" realizada durante el mes de Enero del 2005

Gráfica No. 28

¿Sabes que es la Quimioterapia?



Fuente: Cuadro num. 28

Clave:

- Es tratamiento oncológico a base de medicamentos citotóxicos.
- Es tratamiento homeopático relajante.
- Es tratamiento psicológico de apoyo.
- No contesto

Análisis No. 28

En el análisis del cuadro num. 28 sobre si se sabe que es la Quimioterapia el 94% de la muestra considera que es el tratamiento oncológico a base de medicamentos citotóxicos, el 3% menciona que es tratamiento psicológico de apoyo, el 2% dice que es tratamiento homeopático relajante y el 1% no contesta la pregunta.

Podemos observar que el 94% conoce con certeza la definición de la quimioterapia y el restante 6% maneja definiciones equivocadas o simplemente no lo sabe.

La respuesta se relaciona con el cuadro numero 25 que hace mención sobre los tratamientos oncológicos para tratar el cáncer mamario, dando como resultado que la mayor parte del personal encuestado conoce estos tratamientos.

Esto generalmente se debe a que si tienen el conocimiento sobre la Quimioterapia pero que no lo manejan en el primero y segundo nivel, y solamente en el tercer nivel de atención lo preparan, aplican y vigilan este tratamiento lo cual esta normado para su manejo teniendo estrictamente conocimiento de sus complicaciones en caso de error en su preparación se compromete la integridad de la paciente.

La participación de la enfermera se vuelve cada vez mas amplia conforme se va desarrollando el campo de la Quimioterapia. Consiste en la administración de fármacos antineoplasicos que provocan la destrucción de las células tumorales al obstaculizar sus funciones, incluida la división tisular.

Cuadro No. 29

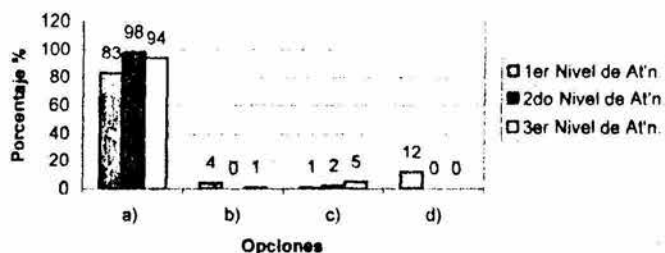
24.- ¿SABES EN QUE CONSISTE EL TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE MASTECTOMÍA RADICAL MODIFICADA?

RESPUESTAS	1er Nivel		2º Nivel		3er Nivel		TOTAL	
	#	%	#	%	#	%	#	%
a) Es la extracción de toda la mama y el recubrimiento de los músculos del tórax y de la pared torácica.	113	83	86	98	221	94	420	91
b) Es la aplicación hormonal, se aplica si las células cancerosas analizadas tienen receptores.	5	4	0	0	3	1	8	2
c) Es la aplicación de radioisótopos aplicados localmente.	2	1	2	2	11	5	15	3
d) No contesto	16	12	0	0	0	0	16	4
TOTAL	136	30	88	19	235	51	459	100

Fuente: Investigación de "Conocimiento del personal de Enfermería en los diferentes niveles de atención acerca del cuidado de la mujer con Cáncer mamario" realizada durante el mes de Enero del 2005

Gráfica No. 29

¿Sabes en que consiste el tratamiento quirúrgico de mastectomía radical modificada?



Fuente: Cuadro num. 29

Clave:

- Es la extracción de toda la mama y el recubrimiento de los músculos del tórax y de la pared torácica.
- Es la aplicación hormonal, se aplica si las células cancerosas analizadas tienen receptores.
- Es la aplicación de radioisótopos aplicados localmente.
- No contesto

Análisis No. 29

En el análisis del cuadro num. 29 que se refiere a que si sabe en que consiste el tratamiento quirúrgico de Mastectomía radical modificada el 91% dice que es la extracción de toda la mama y el recubrimiento de los músculos del tórax y de las pared torácica, el 4% no contestó la pregunta, el 3% que es la aplicación de radioisótopos aplicados localmente y el 2% indica que es la aplicación hormonal, se aplica a todas las células cancerosas analizadas que tienen receptores.

Este análisis se correlaciona con los cuadros 25 y 28 en el que la mayoría del personal sobre todo en el nivel uno y dos si tiene conocimiento de este procedimiento quirúrgico pero no participa directamente porque no lo realizan en sus unidades, sino únicamente se realizan en instituciones del tercer nivel de atención el cual requiere personal de enfermería capacitado para la atención a la paciente mastectomizada que requiere o que va requerir una atención integral tanto para ella como para su familia ya que la asimilación de la mutilación mamaria en el punto de vista psicológico es muy agresivo para la paciente, porque es parte de su anatomía y estética lo cual va afectar psicológicamente a la paciente.

Por lo que se requerirá ayuda profesional para apoyar a la asimilación de estos aspectos tanto a la paciente como a su familia teniendo la enfermera una participación fundamental en la rehabilitación y mejoría de la mujer.

La cirugía moderna ha sido un bendición para la mujer, con cáncer mamario. Los médicos y cirujanos concuerdan en que la cirugía constituye el principal tratamiento del cáncer de la mama y en que la mastectomía radical es la cirugía a elegir.

Cuadro No. 30

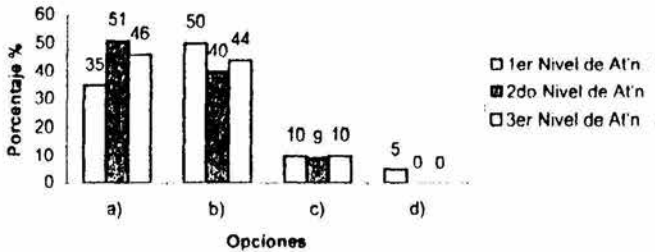
25.- ¿CÓMO DETECTAS LAS NECESIDADES DE ATENCIÓN PSICOLÓGICA EN PACIENTES CON CÁNCER MAMARIO?

RESPUESTAS	1er Nivel		2º Nivel		3er Nivel		TOTAL	
	#	%	#	%	#	%	#	%
a) Cuando de algún modo niega su padecimiento, por lo que manifiesta ansiedad, por lo que no coopera en su tratamiento y atención.	48	35	45	51	107	46	200	43
b) Cuando manifiesta ansiedad, depresión, sentimientos de culpa o agresión.	68	50	35	40	104	44	207	45
c) Desconozco cuales sean los principales síntomas de atención psicológica del paciente con cáncer mamario.	13	10	8	9	24	10	45	10
d) No contesto	7	5	0	0	0	0	7	2
TOTAL	136	30	88	19	235	51	459	100

Fuente: Investigación de "Conocimiento del personal de Enfermería en los diferentes niveles de atención acerca del cuidado de la mujer con Cáncer mamario" realizada durante el mes de Enero del 2005

Gráfica No. 30

¿Cómo detectas las necesidades de atención psicológica en pacientes con Cáncer mamario?



Fuente: Cuadro num. 30

Clave:

- a) Cuando de algún modo niega su padecimiento, por lo que manifiesta ansiedad, por lo que no coopera en su tratamiento y atención.
- b) Cuando manifiesta ansiedad, depresión, sentimientos de culpa o agresión.
- c) Desconozco cuales sean los principales síntomas de atención psicológica del paciente con cáncer mamario.
- d) No contesto

Análisis No. 30

En el análisis del cuadro num. 30 en que se pregunta la forma en cómo se detectan las necesidades de atención psicológica en las pacientes con Cáncer Mamario el 45% indica que cuando manifiesta ansiedad, depresión, sentimientos de culpa o agresión, el 43% que cuando de algún modo niega su padecimiento por lo que manifiesta ansiedad por lo que no coopera con su tratamiento y atención, el 10% menciona que desconoce cuales sean los principales síntomas de atención psicológica de la paciente con Cáncer Mamario y sólo el 2% no contestó la pregunta.

En general el personal encuestado contesto en forma correcta ya que en los incisos "a" y "b" conforman las necesidades psicológicas de la paciente con cáncer mamario.

Por lo que es necesario apoyarse con el personal profesional y tanatológico para mejorar el trato a la mujer con cáncer mamario desde el punto de vista psicológico aceptando su enfermedad y cooperando en sus tratamientos y su atención integral que se le brindara.

Estas pacientes tienen necesidades bio-psico-sociales por lo que manifestaran ansiedad, depresión, sentimiento de culpa, agresividad y el personal de enfermería que las atiende tendrá que ser muy cautelosas y estar capacitadas para saber manejar estos estados anímicos que son muy cambiantes en todo lo largo de los tratamiento oncológicos que va a manejar la paciente para mejorar su calidad de vida.

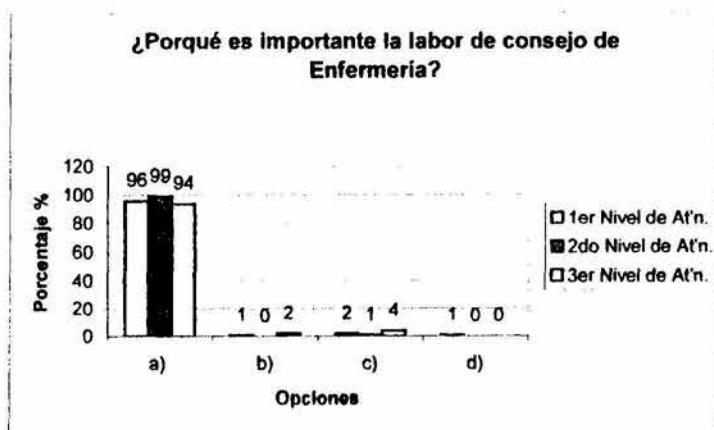
Cuadro No. 31

26.- ¿PORQUÉ ES IMPORTANTE LA LABOR DE CONSEJO DE ENFERMERÍA?

RESPUESTAS	1er Nivel		2º Nivel		3er Nivel		TOTAL	
	#	%	#	%	#	%	#	%
a) Porque permite el dialogo e interacción entre al enfermera y la paciente tendiente en dar apoyo en momento de crisis.	130	96	87	99	220	94	437	95
b) No les beneficia en nada a las pacientes la ayuda psicológica que pueda proporcionarles el personal de enfermería por no estar capacitado.	2	1	0	0	6	2	8	2
c) No tengo conocimiento al respecto.	3	2	1	1	9	4	13	3
d) No contesto	1	1	0	0	0	0	1	0
TOTAL	136	30	88	19	235	51	459	100

Fuente: Investigación de "Conocimiento del personal de Enfermería en los diferentes niveles de atención acerca del cuidado de la mujer con Cáncer mamario" realizada durante el mes de Enero del 2005

Gráfica No. 31



Fuente: Cuadro num. 31

Clave:

- a) Porque permite el dialogo e interacción entre al enfermera y la paciente tendiente en dar apoyo en momento de crisis.
- b) No les beneficia en nada a las pacientes la ayuda psicológica que pueda proporcionarles el personal de enfermería por no estar capacitado.
- c) No tengo conocimiento al respecto.
- d) No contesto

Análisis No. 31

En el análisis del cuadro num. 31 referente a porqué es importante la labor de consejo de enfermería el 95% menciona que permite el dialogo e interacción entre la enfermera y la paciente tendiente a dar apoyo en momento de crisis, el 3% no tiene conocimiento al respecto, el 2% dice que no les beneficia en nada a las pacientes la ayuda psicológica que pueda proporcionarles el personal de enfermería por no estar capacitado.

Por la formación del personal de enfermería la cual es humanística y tomando en cuenta que el primer contacto de la paciente en los tres niveles de atención es con el personal de enfermería por lo que es imprescindible que conozca primero todos los aspectos de la enfermedad desde la forma de prevenir, detectar, diagnosticar sobre los tratamientos y la rehabilitación para que pueda brindar la labor de consejería adecuada y que permite el dialogo y la interacción entre la enfermera y la paciente tiende a dar apoyo en momento de crisis.

Porque de esto dependerá en gran medida la detección oportuna, diagnostico y tratamiento adecuado para con los familiares que requieran dicha atención.

La experiencia clínica prueba los beneficios de contar con asistencia psicoterapeutica desde este momento, ya que el paciente es ayudado a superar la situación de estrés agudo, pudiendo entonces tomar decisiones con relación la tratamiento a sus relaciones vinculares y a sus actividades sociales.

Cuadro No. 32

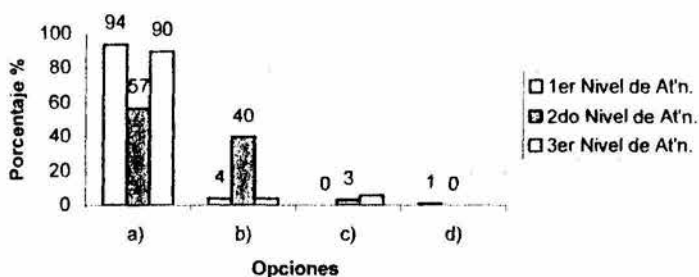
27.- ¿A QUIÉN ES IMPORTANTE DAR PRIORIDAD EN LA LABOR DE APOYO DE CONSEJO DE ENFERMERÍA?

RESPUESTAS	1er Nivel		2º Nivel		3er Nivel		TOTAL	
	#	%	#	%	#	%	#	%
a) A la persona que se le ha diagnosticado cáncer de mama así como a sus familiares.	128	94	50	57	211	90	389	85
b) A las personas que están en protocolo de estudio para determinar el diagnóstico.	6	4	35	40	10	4	51	12
c) No tengo información al respecto.	0	0	3	3	14	6	17	4
d) No contesto	2	1	0	0	0	0	2	0
TOTAL	136	30	88	19	235	51	459	100

Fuente: Investigación de 'Conocimiento del personal de Enfermería en los diferentes niveles de atención acerca del cuidado de la mujer con Cáncer mamario' realizada durante el mes de Enero del 2005

Gráfica No. 32

¿A quién es importante dar prioridad en la labor de apoyo de consejo de Enfermería?



Fuente: Cuadro num. 32

Clave:

- a) A la persona que se le ha diagnosticado cáncer de mama así como a sus familiares.
- b) A las personas que están en protocolo de estudio para determinar el diagnóstico.
- c) No tengo información al respecto.
- d) No contesto

Análisis No. 32

En el análisis del cuadro num. 32 referente a quién es importante dar prioridad en la labor de apoyo de consejo de Enfermería el 85% del personal encuestado menciona que a la persona que se le ha diagnosticado la enfermedad así cómo a sus familiares, el 12% menciona que a las personas que están en protocolo de estudio para determinar el diagnóstico y el 4% manifestó no tener información al respecto.

En base a lo anterior se puede observar que la mayoría de los encuestados considera importante que se de tanto a la persona que se le ha diagnosticado cómo a sus familiares lo cual refleja la importancia de brindar el cuidado de enfermería a la paciente en conjunto con su núcleo familiar.

La consejería es fundamental en el manejo de este padecimiento, desde la detección hasta su confirmación de diagnóstico, tratamiento y rehabilitación tomando en cuenta que el saberse con un diagnóstico de cáncer es deprimente, angustiante por lo que se debe reforzar cada momento la labor de consejería que brinda el personal de enfermería a la paciente y su familia de la cual dependerá el apoyo constante que sentirá la paciente en los momentos de crisis y en la toma de decisiones en cuanto a sus tratamientos oncológicos que se le brindaran.

CONCLUSIONES:

El cáncer mamario en el Siglo XXI empieza a ser considerado un problema de Salud Pública en nuestro país el cual afecta a las mujeres, presentándose día con día un incremento en la mortalidad femenina por este padecimiento, se ha visto que a pesar que ha habido mucha difusión sobre la prevención y la forma de detectar oportunamente este padecimiento, por una parte la población que en general le ha dado poca importancia a estos aspectos, además presentándose diversos factores culturales que dificultan la realización de exploraciones mamarias por parte del equipo de salud, para su detección oportuna y por otra parte la falta de sensibilización del mismo, para realizar acciones específicas de prevención.

Con esto se ve reflejado el aumento considerable de esta enfermedad en personas que acuden a un segundo y tercer nivel de atención, en estadios avanzados los que requieren de tratamientos oncológicos específicos.

Considerándose a la enfermera una pieza fundamental en cada uno de los eslabones de atención integral por lo que es importante que dicho personal que se encuentra en unidades de 1º, 2º y 3º nivel este capacitado en esta atención, ya que este tipo de padecimientos provoca fractura de diversa índole en el núcleo familiar de estas pacientes, afectándose el ámbito bio – psico- social.

Además, la enfermera como mujer debe de saber estos aspectos ya que no esta exenta de formar parte de estadísticas en cuanto a este padecimiento.

De acuerdo a la investigación que realizamos acerca de los Conocimientos del personal de enfermería en los diferentes niveles de atención acerca del cuidado a la mujer con cáncer mamario y su relación en la atención integral.

Concluimos que de acuerdo a los porcentajes reflejados en los cuadros de concentración hacen notar lo siguiente:

Concluimos que el personal con el que cuentan las Unidades de Atención que entran en la Investigación tiene un nivel académico de carrera técnica, por lo que tienen con un conocimiento general de la enfermedad, también se puede ver que en general hay un desarrollo educativo ya que hay variedad con estudios de niveles académicos más avanzados como la licenciatura, especialidad etc..

De acuerdo al Primer nivel de Atención, el personal de enfermería que labora en las Unidades de Salud de la Jurisdicción Sanitaria Ecatepec, solo seis de ellas cuentan con un nivel académico de licenciatura, teniendo que la mayor parte del personal encuestado tiene una preparación técnica.

En el Segundo nivel de Atención el Hospital General de Tenancingo se presenta el mismo fenómeno en relación a el nivel académico que tiene el personal de enfermería contando la mayoría con preparación técnica y solo diez cuentan con la licenciatura.

En el Tercer Nivel de Atención en el Hospital de la Mujer el personal de enfermería encuestado tienen un grado académico aceptable teniendo dieciséis con licenciatura y las demás tienen un nivel técnico.

Consideramos que personal se encuentra en proceso de actualización porque ha cursando diversos diplomados, cursos monográficos, y pos técnicos en relación al nivel de atención donde laboran.

En general se muestra que el personal de enfermería se continúa superando en las diferentes áreas, teniendo cada vez mas el interés por la preparación personal y profesional, por lo que todo esto redundara en mejora de la calidad de la atención a la población que demanda los servicios de salud.

En cuanto a la segunda parte del cuestionario donde se tocan aspectos básicos de conocimiento sobre el cáncer mamario que tiene el personal de enfermería, concluimos que en forma general se conocen algunos

conceptos de este padecimiento, teniendo grandes deficiencias en el conocimiento de la Norma Oficial Mexicana sobre el cáncer mamario, ya que casi la mitad del personal encuestado desconoce la existencia de dicho documento en los tres niveles de atención lo que es preocupante ya que esta Norma es la que rige los criterios para el manejo de la paciente con cáncer mamario, siendo de carácter obligatorio el uso de la misma, esto es debido a dos causas primordiales: Una de ellas es de que no hay suficiente interés por parte del personal de enfermería en conocer y analizar los apartados de la norma en cuanto al esquema operativo integrado por cinco componentes esenciales los cuales son: Promoción, Detección, Diagnostico, Tratamiento y Seguimiento del Cáncer mamario. La segunda es porque por parte de las autoridades no se realiza difusión de la misma.

De acuerdo a los resultados obtenidos en los tres niveles de atención, el 21% del personal encuestado, no tiene la idea clara sobre el concepto de cáncer de mama, además la mitad del personal desconoce que es un factor de riesgo para el cáncer mamario, por lo que la información que se brinda a la población que acude a las unidades de salud genera confusión en la misma en relación a las medidas de detección de esta patología.

En relación a la autoexploración mamaria la cuarta parte del personal encuestado no cuenta con los conocimientos necesarios sobre esta técnica.

Siendo esto una amenaza para el autocuidado no solo de la población sino también del mismo personal.

Es indispensable que el personal de enfermería sepa su responsabilidad en cuanto a su propio autocuidado como mujeres y como personal de salud ya que se observa el porcentaje del personal que no sabe cuando debe realizarse una autoexploración mamaria es significativo, además que la mayoría se encuentran en áreas preventivas, por lo que se deben tomar medidas en cuanto a la capacitación del personal en la técnica de este procedimiento.

Es necesario destacar que tanto la exploración como la autoexploración mamaria son métodos esenciales y sencillos e importantes para la detección oportuna de cáncer mamario, por lo que el personal de enfermería debe dominar los conocimientos acerca de estos procedimientos, porque realizando en forma correcta esta técnica se podrá detectar oportunamente y así mismo realizar el seguimiento y

tratamiento adecuado en caso de detectar cáncer y con ello la enfermera podrá influir en la disminución de la incidencia del cáncer mamario o a su vez en la participación de los tratamientos oncológicos ya establecidos para la mejora de la atención integral a la paciente.

De acuerdo a lo anterior consideramos que se debe de contar, con los conocimientos esenciales sobre: factores de riesgo, signos de sospecha, medidas de prevención, técnica de exploración y autoexploración mamaria, y las encuestas nos arrojaron que los conocimientos del personal de enfermería no son los adecuados, por lo tanto la orientación consejería que se brinda a la población en general, en cuanto a la detección del cáncer mamario no es la adecuada y esto repercute en la no detección oportuna de esta enfermedad.

En cuanto al Diagnostico, tratamiento específico y cuidados especiales que requiere la paciente con cáncer mamario los conocimientos que tiene el personal de enfermería en los tres niveles de atención también son deficientes por lo que creemos necesario reforzar y/o actualizar los conocimientos es estos apartados.

En forma general se puede decir que el personal de enfermería no se ha dado a la tarea de ampliar los conocimientos en cursos o seminarios o en buscar información bibliográfica acerca de el cáncer mamario quizás debido al poco interés por parte del mismo, sabiendo que existe diversas fuentes de información en la actualidad, tanto en las unidades de salud donde labora como fuera de ellas.

Por lo que concluimos que la Hipótesis que planteamos en esta investigación es verdadera la cual dice que: Los conocimientos del personal de enfermería de los tres niveles de atención, acerca del cuidado a la mujer con cáncer mamario, influye en la atención integral de la mujer y por lo tanto en la incidencia del cáncer mamario.

SUGERENCIAS:

Cabe destacar que la única conducta de riesgo es la de pensar que uno nunca va a influir en la morbi mortalidad del cáncer mamario.

Con base a lo anterior recomendamos lo siguiente:

- ❖ Se sugiere que se brinde información sobre aspectos básicos sobre el cáncer mamario al personal de enfermería.
- ❖ Se sugiere talleres de capacitación en forma continua, así como la enseñanza incidental en servicio en torno al cáncer de mama.
- ❖ Se sugiere que se le oriente al personal de enfermería, sobre factores de riesgo del cáncer mamario, para que a su vez ella pueda dar una adecuada orientación consejería para con ello incidir en la detección oportuna de mujeres con cáncer mamario.
- ❖ Se sugiere que se siga impulsando a la enfermera para mejorar la profesionalización del gremio y con ello despertar la visión analítica en cada una de las enfermeras
- ❖ Se sugiere que hayan más factores de motivación para el auto cuidado del personal de enfermería.
- ❖ Se sugiere formar grupos de apoyo para la población en riesgo, donde se externen inquietudes y temores sobre el cáncer de mama.
- ❖ Se sugiere que se elabore un Plan de Atención de Enfermería en cada uno de los niveles de atención en relación al cuidado integral de la mujer con cáncer mamario.

- ❖ Realización de un Plan de Alta en el 2º y 3º. Nivel de atención para la mujer con cáncer mamario.

- ❖ Que se establezca Coordinación Interinstitucional para la difusión, promoción, detección del cáncer mamario.

- ❖ Sugerimos que las unidades de los tres niveles de atención establezcan vínculos con otras Instituciones de Salud encargadas de Atender a mujeres con cáncer mamario, con la finalidad de realizar referencia oportuna de pacientes cuando sea necesario.

- ❖ Se sugiere tener Coordinación Con las Instituciones para poder brindar el apoyo psicológico y tanatológico a la paciente que cursa con el cáncer mamario así como a sus familiares.

- ❖ Se sugiere que el personal de enfermería conozca las diferentes asociaciones de apoyo a este padecimiento que existen a nivel local y/o Nacional para así poder brindar información y alternativas de solución sobre el Diagnostico, Tratamiento y Rehabilitación del cáncer mamario.

- ❖ Se sugiere que se elabore un Manual sobre el Protocolo que se debe de seguir para la Atención Especifica sobre el Cáncer Mamario.

- ❖ Sugerimos que cada rama del equipo de salud elabore su propio Programa, para conjuntar acciones y con ello mejorar la calidad de la atención proporcionada a las mujeres con cáncer de mama.

- ❖ Tomando en cuenta que la Salud Publica es el eje primordial para disminuir la incidencia del cáncer mamario por medio de la detección oportuna de esta patología, se sugiere que se mejore el Presupuesto Federal en las Unidades de Primer Nivel de Atención para poder reforzar estas acciones y con ello disminuir el costo que

genera el tratamiento y la rehabilitación de estas pacientes tanto a nivel familiar como a nivel Nacional.

ANEXOS:

ANEXO 1

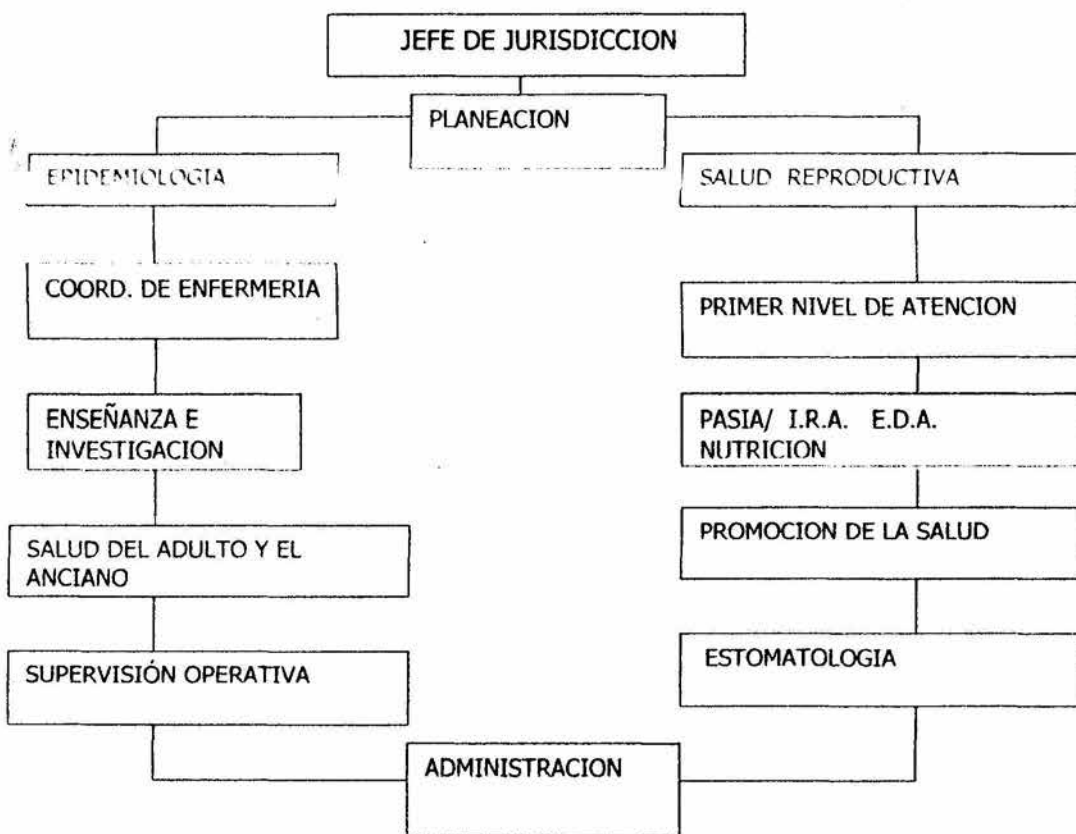
DIRECTORIO DE LA JURISDICCIÓN SANITARIA ECATEPEC

JEFE DE JURISDICCIÓN DR. ROBERTO SERRANO AGÜEROS
ADMINISTRADOR JURISD. LIC. ANGEL HERNÁNDEZ JIMENEZ
JEFE DE RECURSOS HUMANOS LIC. JOSE MANUEL DE LA CRUZ
FIGUEROA

DEPARTAMENTO	FUNCION	NOMBRE
EPIDEMIOLOGIA	EPIDEMIOLOGO	DR. ARTURO RIOS VAZQUEZ
JEFE DE PLANEACION	NORMATIVO	DR. JESÚS HENRRIQUEZ LUZ Y VALDEZ
PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN SALUD REPRODUCTIVA	NORMATIVO	DR. OCTAVIO PATRACA GARCIA
	NORMATIVO	DR. JUAN LUIS TRUJILLO MARTINEZ
	SUPERVISORA DEL PROGRAMA DE S. R.	ENF. MARIA CRISTINA MEJIA GARCIA
	SUPERVISORA DEL PROGRAMA DE S. R	ENF. ADELA LIMON FRAGOSO
ENSEÑANZA INVESTIGACION	NORMATIVO	LEO. EUSEBIA GUADALUPE PEREZ HERNÁNDEZ
P. A. S. I. A.	NORMATIVO	DR. LINO A. OCAMPO CORTE
PROMOCION A LA SALUD	NORMATIVO	DR. HECTOR MARTÍN GUTIERREZ ZÚÑIGA
PROGRAMA DEL ADULTO Y EL ANCIANO	NORMATIVO	DRA. ISABEL PADILLA
JEFE DE ENFERMERAS JURISDICCIONAL	NORMATIVO	ENF. GUADALUPE CHAVEZ HERBERT
SUPERVISIÓN OPERATIVA	NORMATIVO	DR. FRANCISCO RODRÍGUEZ CHAVEZ
	SUPERVISORES	ENF. EFRÉN ARTURO GARCIA ENF. LUCILA SÁNCHEZ N. ENF. LUZ MA QUEZADA ENF. MA. DE LA LUZ VELAZQUEZ O.

ANEXO 2

**ORGANIGRAMA DE LA JURISDICCION SANITARIA ECATEPEC
ESTADO DE MEXICO**



ANEXO 3**POBLACIÓN JURISDICCIONAL DE ECATEPEC 1992 - 2004**

AÑO	POBLACIÓN C/SEGURIDAD S.	POBLACIÓN S/SEGURIDAD S.	M E F R E	POBLACIÓN TOTAL
1992	908488	601729	173899	1510217
1993	895352	685221	183824	1580573
1994	929165	711098	189868	1640263
1995	833098	867100	231515	1700198
1996	864244	895927	258922	1760171
1997	895419	924537	267491	1819956
1998	903752	900143	260141	1803895
1999	1141640	1132542	327304	2,274.182
2000	1435341	935164	270262	2370505
2001	879433	988919	285797	1868353
2002	894428	1005668	290638	1900096
2003	909745	1021235	316294	1930980
2004	1037478	923531	319645	1961009

Fuente: Población Proyectada, INEGI, Estado de México, Municipio de Ecatepec y Coacalco.

ANEXO 4

**MORBILIDAD DE GLANDULAS MAMARIAS
PERIODO ENERO – SEPTIEMBRE DE 2004.**

PATOLOGIA	CONSULTA 1° VEZ	CONSULTA SUBSECUENTE	TOTAL DE CONSULTAS
Tumor benigno de mama	30	19	49
Displasia mamaria benigna	249	124	373
Trastorno inflamatorio de mama	512	158	670
Hipertrofia de la mama	15	7	22
Masa no especifica de la mama	89	28	117
Otros trastornos de la mama	224	72	296
Total	1119	408	1527

Fuente: Informe Jurisdiccional Causas
De Demanda Concentrado enero
Septiembre 2004.

ANEXO 5

**MORTALIDAD POR CANCER MAMARIO
 JURISDICCION SANITARIA ECATEPEC
 PERIODO 2002 – JULIO DE 2004.**

CENTRO DE SALUD	AÑO 2002	AÑO 2003	AÑO 2004
SAN RAFAEL	4	2	3
COACALCO	2	1	4
CHAMIZAL	3	3	4
EMILIANO ZAPATA	-	1	-
HANK GONZALEZ	1	1	2
NUEVA ARAGON	1	2	1
RUIZ CORTINEZ	3	7	5
SAN AGUSTIN	6	6	2
SAN GABRIEL	6	4	1
SAN JUAN IXHUATEPEC	1	1	1
SAN PEDRO XALOSTOC	1	-	-
STA CLARA	1	3	2
STA. MA CHICONAUTLA	1	3	1
STA MA TULPETLAC			1
AMPLIACION TULPETLAC	1	2	1
JOSE MA MORELOS	-	1	1
HEROES DE GRANADITAS	1	2	-
CD. CUAUHEMOC	4	2	-
MIGUEL HIDALGO	-	-	
JARDINES DE MORELOS	4	-	3
TOTAL	40	41	32

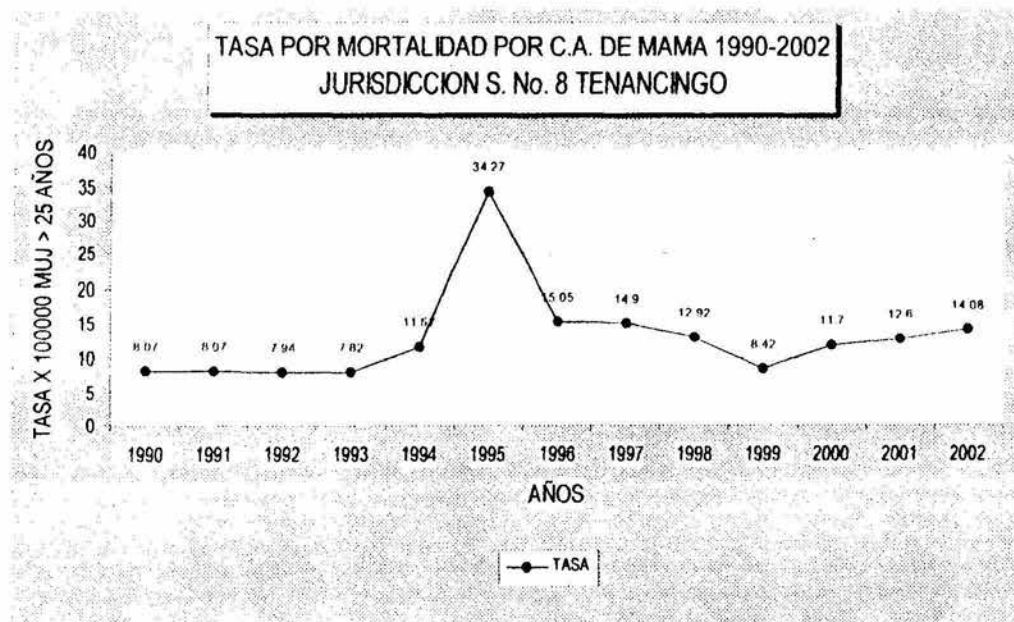
Fuente: Certificados de Defunción Oficialia de Registro Civil
 Municipio de Ecatepec Edo. De Mexico.

ANEXO 6

MORTALIDAD POR C. A. DE MAMA EN LA JURISDICCIÓN NO. 8 TENANCINGO.

Año	Def.	Tasa 2/
1990	4	8.07
1991	4	8.07
1992	4	7.94
1993	4	7.82
1994	6	11.57
1995	18	34.27
1996	8	15.05
1997	8	14.90
1998	7	12.92
1999	6	8.42
2000	9	11.70
2001	10	11.02
2002	11	12.06
*2003	7	8.34

Fuente: Sistema Epidemiológico y Estadístico de defunciones 1990-2003



¹2/ Tasa por 10000 mujeres de 25 años y mas de población INEGI CONAPO 2002
^{*}información preliminar

ANEXO 7

CUADRO DE MORBILIDAD Y FRECUENCIA DE PADECIMIENTOS DE LA GLANDULA MAMARIA QUE SE PRESENTAN EN PACIENTES QUE ACUDIERON PARA SU ATENCIÓN EN EL HOSPITAL DE LA MUJER EN EL AÑO 2003

Patología	Consulta Externa		Tratamiento de Quimioterapia		Tratamiento de Radioterapia		Cirugía	
	1 ^{ra} vez	Subsecuente	1 ^{ra} vez	Subsecuente	1 ^{ra} vez	Subsecuente	Menor	Mayor
Ca de Mama	61	451	58	277	178	773		39
F.A.M.	224	441	4		26	43	1	
Tumor Phyloides	13	31			10	58		
Adenosis Mamaria	34	35				3		
Probable Ca de Mama							2	2
Biopsia de Mama	27	17					28	7
Biopsia con Marcaje		4					16	
Absceso de Mama	14	26			1	2		
Tejido Mamario Aberrante	22	105			3			
Lesión Sospechosa	1	1						
Nódulo Mamario	40	43						
Ectacia Ductal	12	40			3	4	13	
Mastectomia Radical								26
Lipoma de Mama	13	35			1			

CUADRO DE MORBILIDAD Y FRECUENCIA DE PADECIMIENTOS DE LA GLANDULA MAMARIA QUE SE PRESENTAN EN PACIENTES QUE ACUDIERON PARA SU ATENCIÓN EN EL HOSPITAL DE LA MUJER EN EL AÑO 2004

Patología	Consulta Externa		Tratamiento de Quimioterapia		Tratamiento de Radioterapia		Cirugía	
	1 ^{ra} vez	Subsecuente	1 ^{ra} vez	Subsecuente	1 ^{ra} vez	Subsecuente	Menor	Mayor
Ca de Mama	36	408	24	140	9	149		
F.A.M.	72	272			2	1		
Tumor Phylloides	3	8			1			
Adenosis Mamaria	11	18						
Probable Ca de Mama	10	22						
Biopsia de Mama							143	26
Biopsia con Marcaje								18
Absceso de Mama	4	17						1
Tejido Mamario Aberrante	5	24						4
Lesión Sospechosa	1	6						
Nódulo Mamario	7	28			1	1		
Ectacia Ductal	8	26						3
Mastectomia Radical								22
Lipoma de Mama	7	14						

ANEXO 8

Diferentes Técnicas para la autoexploración mamaria.

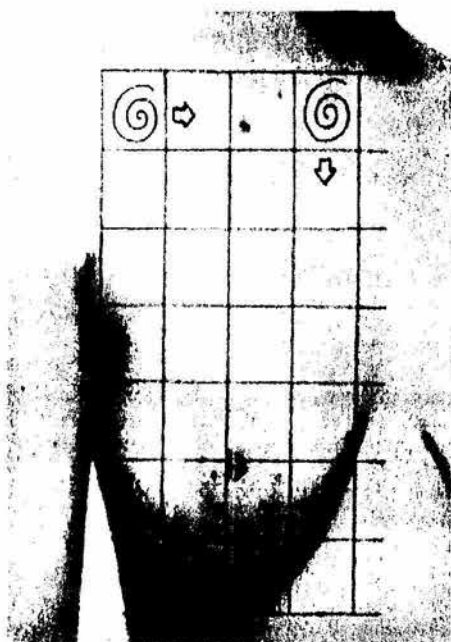
Existen varios métodos para realizar la Técnica de Autoexploración Mamaria, y con todos, el resultado es el mismo.

Método de espiral



En la presente imagen se observa una de las técnicas para realizar una autoexploración, la cual se inicia en la axila y se continúa hacia la clavícula, posteriormente se desciende a la parte media del tórax y se continúa en forma de espiral abarcando todo el seno para terminar en el pezón.

Método de rejilla

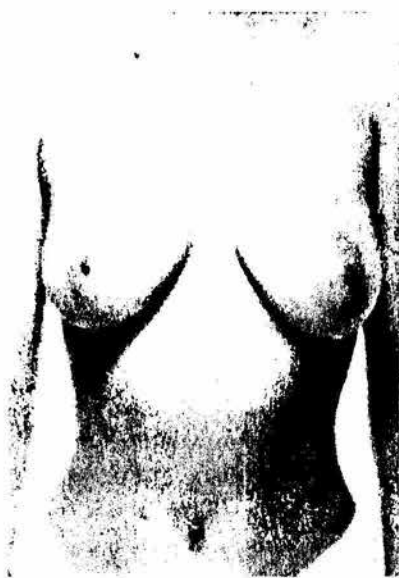


Otra de las técnicas para realizar la autoexploración es dividir en pequeños cuadrantes (en forma imaginaria) la parte media del tórax que se va a explorar, y realizar en cada cuadrante la exploración en espiral.

Técnica de autoexploración a dos manos



Esta técnica consiste en realizar la exploración con ambas manos usando de apoyo una contra la otra, y con movimientos circulares, abarcando el total de la mama.



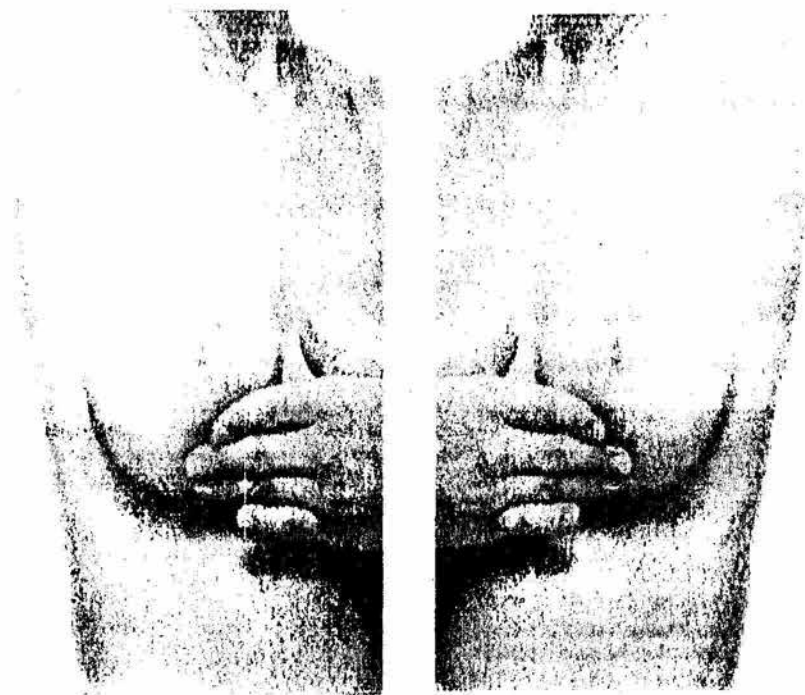
Con el torso descubierto se deberá poner de pie frente a un espejo frente a una persona con los brazos caídos a los lados.

Vea la forma y tamaño de su seno, color y textura de la piel, desviaciones hundimientos del pezón, si tiene deformaciones en algún seno, cambios de coloración alrededor del pezón, lesiones en la piel, secreción por el pezón alguna anomalía en los senos.

Observe lo mismo con los brazos levantados.

Con la mano derecha en la nuca. Con la mano izquierda explórela el sentido de los dedos extendidos.

Realice lo mismo con el sentido izquierdo.



La exploración se debe de realizar presionando **suavemente** sin provocar molestia. Busque si tiene alguna(s) "bolita(s)" o "endurecimientos".





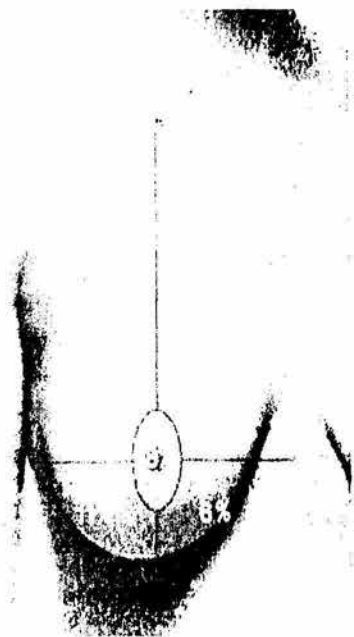
Al llegar al pezón se debe de presionar suavemente con el dedo pulgar y el dedo índice, para observar si hay o no salida de secreción.



El siguiente paso es acostarse y colocar una almohada bajo su hombro, como se observa en la imagen y realicé los movimientos que realizó estando de pie.

Cuando se está bañando y aprovechando la facilidad que da el jabón para deslizar los dedos se puede realizar la autoexploración con cualquiera de los métodos descritos en las imágenes anteriores.



ANEXO 9**TECNICA DE LA EXPLORACION MAMARIA**

El cáncer de mama ocurre principalmente en el cuadrante superior externo, seguido en frecuencia a nivel de areola y pezón.



Localización de las cadenas
ganglionares de la glándulas
mamarias



Para poder realizar una buena autoexploración de mama es necesario que se lleve a cabo con la yema de los tres dedos, como se observa en la imagen, ya que es donde se tiene una mejor sensibilidad.

TECNICA DE LA EXPLORACION MAMARIA



Con la paciente de pie sentada y con sus extremidades tórnicas cingantes, observe la forma, el volumen, la simetría y el estado de la superficie cutánea de las mamas.



Al elevar los miembros torácicos se contraen los músculos pectorales lo cual permite observar signos cutáneos retráctiles.



Explore toda la glándula siguiendo líneas imaginarias paralelas hasta terminar en el pezón. Utilice la superficie palmar de la segunda y tercera falange de los tres dedos medios de la mano.



La palpación se inicia con la paciente sentada y con sus brazos cingantes. La maniobra comienza en el cuadrante superior externo y debe incluir toda la glándula.



La palpación se continúa en los huecos axilares, haciendo presión firme contra las costillas para poder identificar los ganglios existentes.



Palpe los huecos supraclaviculares e investigue la presencia de ganglios. Identifique: número, tamaño, consistencia, sensibilidad y movilidad.



Con la paciente en decúbito dorsal y con su mano sobre el abdomen, coloque una pequeña almohada bajo las regiones escapulares. Palpe la mitad externa de la mama, desde la clavícula hasta el surco submamario, inicie en el cuadrante superior externo.



Con los músculos pectorales contraídos (lo cual se logra colocando el brazo de la paciente detrás de su cabeza), explore la mitad interna de la glándula, inicie la maniobra en el cuadrante superior interno. Termine la exploración con una compresión gentil de la mama para verificar la salida de secreción anormal por el pezón.

ANEXO 10

DISTRIBUCION DEL PERSONAL DE ENFERMERIA POR UNIDAD
APLICATIVA JURISDICCION SANITARIA ECATEPEC

UNIDAD DE SALUD	GENERAL	AUXILIAR	J. DE SERV.	SUP. DE ENF.	T A P S*	TOTAL
COACALCO	4	2	1		12	19
SAN RAFAEL COACALCO	7	1	1	1	12	22
AMPLIACIÓN TULPETLAC	1	2	1		12	16
CD. CUAUHTEMOC	1	2	1		12	16
EL CHAMIZAL	1	3	1		10	15
MATERNIDAD CHICONAUTLAN 3000	6		1		3	10
MIGUEL HIDALGO		2	1		4	7
EMILIANO ZAPATA	3	1	1		12	17
HANK GONZALEZ	3	2	1		10	16
HEROES DE GRANADITAS		2	1		12	15
J. DE SAN GABRIEL	4	1	1		12	18
JARDINES DE MORELOS	1	4	1		11	17
NUEVA ARAGON	3	3	1		12	19
SAN AGUSTIN	4	3	1		12	20
RUIZ CORTINEZ	3	3	1		12	19
SAGITARIO X	2	4	1		12	19
SAN PEDRO XALOSTOC	2	3	1		7	13
STA. CLARA	5	1	1		12	19
STA MA CHICC NAUTLA	2	3	1		12	18
URBANA IXHUATEPEC	3	3	1		12	19
EJIDO TULPETLAC	2	1	1		12	16
TABLAS DEL POZO		1			1	2
TEXALPA		1			1	2
UNIDAD MOVIL	1					1
JEFATURA JURSD.			1	8		9
TOTAL	58	48	22	9	227	364

Fuente: Plantilla de Personal 2004.

* Técnico en Atención Primaria a la Salud.

ANEXO 11

TOTAL DEL PERSONAL DE ENFERMERIA POR TURNO, SERVICIO Y CATEGORÍA DEL HOSPITAL DE LA MUJER.

ONCOLOGÍA						
Categoría	T. M.	T. V.	Velada "A"	Velada "B"	Velada "C"	Mixto
E. E. J. S.	1	0	0	0	0	0
Lic. Enfría	0	0	0	0	0	0
E. G. P.	0	0	0	0	0	0
E. G.	2	2	1	2	1	0
A. E.	0	0	0	0	0	1
TOTAL	3	2	1	2	1	1

TOTAL = 10

URGENCIAS						
Categoría	T. M.	T. V.	Velada "A"	Velada "B"	Velada "C"	Mixto
E. E. J. S.	1	0	0	0	0	0
Lic. Enfría	1	0	0	0	0	0
E. G. P.	3	0	0	1	0	0
E. G.	0	2	2	0	2	3
A. E.	0	2	0	1	0	0
TOTAL	5	4	2	2	2	3

TOTAL = 18

CIRUGÍA						
Categoría	T. M.	T. V.	Velada " A "	Velada " B "	Velada " C "	Mixto
E. E. J. S.	1	0	0	0	0	0
E. E.	0	0	0	0	1	0
Lic. Enfria	0	0	0	0	0	1
E. G. P.	3	0	0	0	0	1
E. G.	0	2	5	3	1	1
A. E.	0	1	0	0	1	0
TOTAL	4	3	5	3	3	3

TOTAL = 21

TERAPIA INTENSIVA						
Categoría	T. M.	T. V.	Velada " A "	Velada " B "	Velada " C "	Mixto
E. E. J. S.	1	1	0	0	0	0
E. E.	0	1	1	2	3	1
Lic. Enfria	1	0	0	0	0	0
E. G. P.	0	0	0	0	0	1
E. G.	4	1	2	2	1	2
A. E.	0	1	1	0	0	1
TOTAL	6	4	4	4	4	5

TOTAL = 27

TOTAL DEL PERSONAL DE ENFERMERIA POR TURNO, SERVICIO Y CATEGORÍA DEL HOSPITAL DE LA MUJER.

<i>Categoría</i>	T. M.	T. V.	Velada " A "	Velada " B "	Velada " C "	Mixto
E. E. J. S.	4	1	0	0	0	0
E. E.	0	1	1	2	4	1
Lic. Enfría	2	0	0	0	0	1
E. G. P.	6	0	0	1	0	2
E. G.	6	7	10	7	5	6
A. E.	0	4	1	1	1	2
<i>TOTAL</i>	18	13	12	11	10	12

TOTAL = 76

ANEXO 12

7.- CROMOGRAMA

ACTIVIDADES	MESES						
	Octubre	Noviembre	Diciembre	Enero	Febrero	Marzo	Abril
Revisión de Literatura	XXX	XXX	XXX	XXX	XXX		
Asesoría de Encuadre	XXX	XXX	XXX	XXX	XXX		
Estructura de Título	XXX						
Justificación del Problema	XXX						
Planteamiento de Objetivos	XXX						
Marco Teórico	XXX	XXX					
Planeación de la Hipótesis	XXX						
Selección de Muestra	XXX						
Realización del Instrumento para la recolección de datos		XXX					
Recogida de Datos		XXX					
Plan Estratégico		XXX	XXX				
Presentación de Resultados				XXX			
Análisis e interpretación de datos			XXX	XXX			
discusión				XXX			
Sugerencias				XXX			
Bibliografía y Anexos				XXX	XXX		
Tramites Administrativos en ENEO - UNAM para registro de Tesis					XXX	XXX	
Fecha de Examen Profesional							XXX

GLOSARIO

Alopecia: Pérdida del cabello causada por tratamiento antineoplásico.

Anorexia: Pérdida de apetito a los alimentos ocasionado por la enfermedad o tratamiento antineoplásico.

Biopsia con aguja fina: Procedimiento mediante el cual se obtiene material proveniente de lesiones tumorales palpables no profundas.

Biopsia por marcaje: Técnica que requiere un equipo especial que se realiza mediante guía radiológica y esta indicada en lesiones sospechosas no palpables.

Biopsia incisional: En caso de lesiones mas extensas que no permitan una biopsia por escisión, se encuentra indicada una incisional, el procedimiento también puede efectuarse con anestesia local.

Biopsia excisional: Es sinónimo de lumpectomía y en algunas veces se combina con muestras de ganglios linfáticos axilares.

Biopsia por escisión: Extirpación de todo indicio, microscópico de enfermedad, por lo general por la incorporación de un borde de tejido mamario normal. Es importante la programación cuidadosa de todas las incisiones en caso de que el hallazgo de una lesión maligna que obligue a un procedimiento quirúrgico ulterior. Por lo general es preferible una incisión circunareolar o curvilínea.

Cáncer: Crecimiento tisular patológico originado por una proliferación continua de células anormales que produce una enfermedad, por su capacidad para elaborar sustancias con actividad biológica nociva, por su capacidad de expansión local o por su potencial de invasión y destrucción de los tejidos adyacentes o a distancia. Puede originarse a partir de cualquier tipo de célula de los diferentes tejidos del organismo.

Cáncer mamario: Enfermedad en la cual se desarrollan células cancerosas en el tejido mamario.

Carcinogénesis: Procesos que conducen a la formación del cáncer o cancerización. Confluyen una serie de circunstancias entre las que se suman factores congénitos y adquiridos para causar la degeneración maligna.

Citotóxico: Sustancia que con la finalidad terapéutica o no, es tóxica para la célula y produce su muerte.

Conocimiento: Noción, idea, saber sobre algo.

Cuidado: Actividades que se llevan a cabo con el fin de proporcionar un bienestar físico y emocional.

Cuidado paliativo: se nombran así a los cuidados que se le brindan a una paciente con el fin de disminuir los síntomas físicos intensos y proporcionar confort para disminuir el sufrimiento.

Drenovac: Equipo de aspiración cerrada que favorece el drenaje de la herida después de una Mastectomía.

Epigenética: Doctrina según la cual los rasgos que caracterizan a un ser vivo se configuran en el curso del desarrollo, sin estar preformados en el huevo fecundado.

Estadio: Fase o etapa de una enfermedad de acuerdo al grado de avance de la misma.

Factor de riesgo: Hecho que se encuentra relacionado al posible origen de una patología.

Fibrosis: Endurecimiento del endotelio venoso causado por el paso frecuente de fármacos antineoplásicos.

Flebitis: Inflamación de las venas.

Genética: Parte de la biología que trata de la herencia y lo relacionado con ella.

Mastectomía: Extirpación quirúrgica de toda la mama con masa tumoral.

Mamografía: Imagen radiológica de la mama que ayuda al médico a detectar y valorar la presencia de anomalías en esta glándula. La

mamografía se realiza de forma habitual en mujeres que carecen de síntomas de cáncer mamario. Esta técnica permite descubrir el cáncer en fases tempranas, cuando el tratamiento es más eficaz. La mastografía puede detectar anomalías de la mama de dimensiones tan reducidas como 0.5 cm., un tamaño demasiado pequeño para que una mujer a su médico sean capaces de percibir un bulto.

Metástasis: Propagación de un foco canceroso en un órgano distinto de aquel en que se inició.

Neoplasia: Multiplicación o crecimiento anormal de células en un tejido del organismo.

Oncología: Rama de la medicina que se dedica al estudio y tratamiento de tumores malignos.

Quimioterapia: Tratamiento a base de aplicación de radiaciones ionizantes que se utilizan para detener la proliferación celular.

Tanatología: Disciplina que estudia el afrontamiento del enfermo terminal y su familia a la muerte. "ayuda al buen morir".

Toxicidad cutánea: Coloración marrón en la piel y trayecto venoso.

Ultrasonido: Estudio de imagenología auxiliar el cual consiste en un procedimiento que mediante ecos sonoros proporciona información en tiempo real sobre la glándula mamaria.

BIBLIOGRAFIA

1. Academia Nacional de Medicina, "tratado de Medicina Interna" 2º Edición. Volumen I Editorial Manual Moderno 1994
2. Álvarez Alba, "Salud Publica y Medicina Preventiva" Editorial Manual Moderno, 1991
3. Arenas, Maria Elena. "Manual de Procedimientos de Quimioterapia Antineoplásica". México, Baja California Sur. Hospital ISSTE "Fray Junipero Serra" 1999 – 2001
4. Dorlan (1991). "Diccionario Medico de Bolsillo". Editorial Interamericana. 23ª Edición. México D. F.
5. Durham Jerry y Come Felisa Op. Cit.
6. Gianni Bonadonna y Gioacchino Robustelli Della 1983 Ed. Masson 1º Edición.
7. González Barón, "Fundamentos de Oncológica Medica". ED. Interamericana 1994
8. Griffiths Margaret, "Oncológica Básica", ED. Interamericana, 1996
9. Hernández Sampieri R., Fuentes Collado C., Baptista Lucio P Metodología de la Investigación, ., Editorial Mc Graw Hill, Tercera Edición
10. Herrera Gómez Ángel. "Manual de Ontología; procedimiento medico – quirúrgico". Ed. Mc. Graw – Hill. 2000

11. Holloway Nancy, "Planes de Cuidados en Enfermería", ED. Lye:ly 1999, 9º Edición.
12. Kahl Martín Coliman, "Fundamentos de Epidemiología" Ediciones Díaz Santos, S.A., 1990
13. Kumar Vinay, "patología Humana", ED. Mosby- Doyma, 1997, Doceava Edición
14. Meneses García Abelardo y Mohor Betancourt Alejandro, "principales Neoplasias Malignas en Mexico, ED. Manual Moderno 1999
15. Oste RT, Karnell LH, Brest cancer. En Stel GD Jr Winchester DP, Menck HR, Murphy GP, AJCC, American Joint Comité on Cancer Editorial. National Data Base Annual Review of Patient Care, Atlanta : American Cancer Society, 1993
16. Picazo de Cortina Alicia, Logoterapeuta "Tratado de Tanatologia" 1995, XIII Asamblea Nacional de Enfermeras
17. Polit – Hungler, "Investigación Científica en Ciencias de la Salud", Ed. Mc. Graw-Hill, Sexta Ed. 2003
18. Ronquillo Martínez Laura E.E.I. y Lic. en Enfría. Navarrete Guzmán Cristina (Curso de Enfermería Oncológica) año 1999
19. S. Berek Jonathan Ginecología de Novak Décima Segunda Edición, Editor, MD. MMSC.
20. Shirley E Otto. MSN. CRNI. AOCN, Clinical Nurse Specialist, San Francisco Campus Wichita Kansas Enfermería Oncológica, Tercera Edición Volumen I
21. Thomson Jorce y Thomson Henry (1992). ÉTICA EN ENFERMERÍA. Ed. El Manual Moderno, 2^{da} reimpresión. México

MANUALES

Biblioteca de Consulta Microsoft Encarta. 2004.

"Compendio de Anatomía Patológica de la Glándula Mamaria", Secretaria de Salud, 1º Edición, 2002

Colección Porrúa Op. Cit. p. p. 1 – 29.

LEY DE PROFESIONES (legislación en materia de educación y profesiones). Editorial PAC, S.A. de C.V. 1995 1ª reimpresión. México, D.F.

LEY GENERAL DE SALUD Colección Porrúa (1998). Ed. Porrúa. 14ª edición. Tomo I México, D.F.

Manual Merk Ck., Décima Edición, Ediciones Har Court España S.A., Página 1988

Norma Oficial Mexicana para la Prevención, Diagnóstico, Tratamiento Y Seguimiento del Cáncer Mamario 1994

Programa de Acción: Prevención y control del cáncer mamario.-SSA.- Programa Vac. De Salud 2001-2006.

Programa de Salud Reproductiva Jurisdicción Sanitaria Ecatepec 2004. Juan Luis Trujil Martínez

CORREO ELECTRONICO

www.edomexico.gob.mx.

www.saludreproductiva.gob.mx.

www.salud.edomexico.gob.mx

www.psicooncologia.org./foro.mx.