



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO  
FACULTAD DE MEDICINA  
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO  
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

HOSPITAL GENERAL DE ZONA No. 49  
LOS MOCHIS, SINALOA.

**NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE AUTOCUIDADO EN  
PACIENTES CON TRATAMIENTO DE CÁNCER DE MAMA EN EL  
HOSPITAL GINECO-PEDIATRICO No. 02 DE LOS MOCHIS,  
SINALOA.**

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN  
MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

**DR. BENJAMIN ALFONSO BARRERAS RUIZ**



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.

**NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE AUTOCUIDADO EN  
PACIENTES CON TRATAMIENTO DE CÁNCER DE MAMA EN EL  
HOSPITAL GINECO-PEDIATRICO No. 02 DE LOS MOCHIS,  
SINALOA.**

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN  
MEDICINA FAMILIAR

**PRESENTA**

**DR. BENJAMIN ALFONSO BARRERAS RUIZ**

**AUTORIZACIONES**

**DR. FEDERICO ARTURO FELIX MENDEZ  
ASESOR**

PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA  
GENERAL FAMILIAR  
HOSPITAL GENERAL DE ZONA CON MEDICINA FAMILIAR No 49

**MC. PAULA FLORES FLORES  
DIRECTOR DE TESIS**

COORDINADOR DELEGACIONAL DE INVESTIGACION EN SALUD  
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

**DR. JOSE LUIS BAEZA BOTELLO  
ASESOR DE TEMA  
MEDICO GINECOOBSTETRA  
HOSPITAL GINECO-PEDIATRICO No 02**

**NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE AUTOCUIDADO EN  
PACIENTES CON TRATAMIENTO DE CÁNCER DE MAMA EN EL  
HOSPITAL GINECO-PEDIATRICO No. 02 DE LOS MOCHIS,  
SINALOA.**

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN  
MEDICINA FAMILIAR

**PRESENTA**

**DR. BENJAMIN ALFONSO BARRERAS RUIZ**

**AUTORIZACIONES**

**DR. FRANCISCO JAVIER FULVIO GOMEZ CLAVELINA  
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR  
FACULTAD DE MEDICINA, U.N.A.M.**

**DR. FELIPE DE JESUS GARCÍA PEDROZA  
COORDINADOR DE INVESTIGACIÓN DEL DEPARTAMENTO DE  
MEDICINA FAMILIAR  
FACULTAD DE MEDICINA, U.N.A.M.**

**DR. ISAIAS HERNANDEZ TORRES  
COORDINADOR DE DOCENCIA DEL DEPARTAMENTO DE  
MEDICINA FAMILIAR  
FACULTAD DE MEDICINA, U.N.A.M.**

## INDICE

	PAGINA
<b>I.- INTRODUCCIÓN</b>	<b>1</b>
<b>II. - MARCO TEÓRICO</b>	<b>2</b>
<b>III.- PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA</b>	<b>27</b>
<b>IV.- JUSTIFICACIÓN</b>	<b>30</b>
<b>V.- OBJETIVOS</b>	<b>32</b>
V: 1.- GENERAL	32
V: 2.- ESPECÍFICOS	32
<b>VI.- METODOLOGÍA</b>	<b>33</b>
VI: 1.- TIPO DE ESTUDIO	33
VI: 2.- POBLACIÓN, LUGAR Y TIEMPO DE ESTUDIO	33
VI: 3.- TIPO DE MUESTRA Y TAMAÑO DE LA MUESTRA	33
VI: 4.- CRITERIOS DE INCLUSIÓN, EXCLUSIÓN Y DE ELIMINACIÓN	33
VI: 5.- INFORMACION Y VARIABLES A RECOLECTAR	33
VI: 6.- OPERACIONALIZACION DE VARIABLES	34
VI: 7.- METODO O PROCEDIMIENTO PARA CAPTAR LA INFORMACION	35
VI: 8.- METODO ESTADISTICO	35
VI: 9.- PRESENTACION DE RESULTADOS	35
VI: 10.- PRESUPUESTO	35
VI: 11.- METODO DE GRAFFAR	36
VI: 12.- CONSIDERACIONES ÉTICAS	39
<b>VII.- RESULTADOS</b>	<b>40</b>
VII: 1.- DESCRIPCION DE LOS RESULTADOS	40
VII: 2.- TABLAS (CUADROS) Y GRAFICAS	42
<b>VIII.- DISCUSIÓN</b>	<b>51</b>
<b>IX.- CONCLUSIONES</b>	<b>53</b>
<b>X.- REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b>	<b>55</b>
<b>XI.- ANEXOS</b>	<b>57</b>
XI: 1.- CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES	57
XI: 2.- CUESTIONARIO PARA ENTREVISTA	58

## **Introducción**

La ciudad de los Mochis, se encuentra localizada en el Municipio de Ahome, al norte del estado de Sinaloa., fundada en el año de 1903 por Albert K Owen y Benjamín F. Johnston. El desarrollo económico de la ciudad se inició con la industria azucarera., sin embargo, en las últimas décadas su progreso descansa sobre la agricultura altamente tecnificada que se practica aquí.

Los Mochis significan lugar de tortugas terrestres en una de sus acepciones. Es una prospera y moderna ciudad del Noroeste de México y uno de los emporios agrícolas más grandes del país. Su población actual es de 400 000 habitantes.

En esta ciudad se encuentra el Hospital Ginecopediátrico No. 02 del IMSS, quien atiende a muchas pacientes con cáncer de mama, con diversos tratamientos y en diferentes estadios de su patología.

Es aquí donde se realizará el estudio mediante la aplicación de un cuestionario al universo de la población que acuden a recibir atención médica especializada y se buscará obtener los siguientes datos: Edad, Escolaridad, Estado civil, Nivel socioeconómico, Tiempo de evolución, Adicciones, Numero de hijos, Lactancia, Lugar de residencia, Estadio de la enfermedad, Inicio de vida sexual activa, Ocupación y Grado de conocimiento.

### **Marco Teórico**

El cáncer de mama es uno de los tumores más frecuentes y con mayores posibilidades de tratamiento médico. La incidencia de esta enfermedad es que por cada paciente diagnosticada con cáncer de mama, otras 5 a 10 mujeres son biopsiadas debido a sintomatología sospechosa, y por cada paciente biopsiada, docena de mujeres acuden al médico debido a sintomatología mamaria. En el tratamiento del cáncer de mama, la aplicación de procedimientos quirúrgicos radicales ha sido sustituida casi totalmente por formas más limitadas de cirugía, como la mastectomía radical modificada, y la mayoría de las pacientes con cáncer de mama tienen en la actualidad la opción de combinar procedimientos que permiten conservar la mama (por ejemplo, mastectomía parcial o nodulectomía) con radioterapia, como alternativa a la mastectomía completa.

Los datos epidemiológicos indican que diversos factores genéticos, endocrinos y ambientales pueden estar implicados en la iniciación y facilitación del crecimiento del cáncer de mama. En México la probabilidad de padecer un cáncer de mama durante toda la vida es del 12 %, y la probabilidad de fallecer debido a cáncer de mama es del 3.5 %. El mayor riesgo de padecer cáncer de mama aparece tras los 50 años de edad, y el riesgo más elevado lo presentan las pacientes con una edad superior a los 75 años de edad. Dentro de los factores genéticos, los familiares de pacientes con cáncer de mama presentan un riesgo aumentado de padecer un cáncer de este tipo, los familiares en primer grado (hermanas, madres, hijas) muestran un aumento doble ó triple del riesgo en comparación con la población general. Por lo tanto, la probabilidad de que una mujer de 30 años cuya hermana o madre hayan sido diagnosticadas de cáncer de mama presente un cáncer de mama hasta los 70 años de edad, se sitúa entre el 8 y el 18 %. Hasta un 5 % de todas las pacientes con cáncer de mama pueden haber heredado una anomalía genética específica que contribuye al desarrollo de su cáncer de mama.

Dentro de los factores endocrinos, la aparición precoz de la menarquía, la instauración tardía de la menopausia, la nuliparidad y la edad avanzada al presentar el primer embarazo parecen ser factores independientes que se asocian

con el aumento en la incidencia del cáncer de mama. El uso de estrógenos sin oposición aumenta el riesgo de cáncer endometrial también, pero este riesgo puede reducirse con el uso concomitante o secuencial de progestágenos en el tratamiento de sustitución con estrógenos. El uso de anticonceptivos orales durante periodos superiores a los 10 años puede incrementar las probabilidades de que una mujer padezca un cáncer antes de los 45 años de edad. En cuanto a los factores ambientales, las radiaciones químicas, la dieta rica en grasas, las distintas zonas geográficas del mundo (por ejemplo, los países occidentales), la obesidad y las mujeres postmenopausicas presentan un riesgo mayor de cáncer de mama, así como la ingesta moderada de alcohol se asocia con un incremento del 40 a 60 % en el riesgo.

El riesgo que presenta una mujer de padecer cáncer de mama después de que en una biopsia se demuestra la existencia de una mastopatía benigna está aumentando en relación con la población total de mujeres. El aumento en el riesgo de cáncer de mama en las mujeres con mastopatía benigna parece estar confinado por entero al grupo de mujeres que presentan signos histológicos de proliferación ductal o lobulillar en la biopsia (aproximadamente, el 30% de las pacientes con biopsia de características benignas), y sobre todo las que presentan hiperplasia atípica (cerca del 3% de las biopsias).

Existen dos variantes clínico-patológicas de carcinoma in situ (CIS): de los conductos o ductales y lobulillar. El CIS lobulillar no da origen a un tumor palpable, y suele ser un hallazgo en biopsias de mujeres premenopáusicas. La mayor parte de estos carcinomas aparecen tras un periodo de latencia de 5 a 20 años, y se producen con la misma frecuencia en la mama biopsiada y en la mama contralateral. El CIS de los conductos (o carcinoma intraductal) puede dar origen a un tumor palpable, aparece con una frecuencia casi igual en las mujeres premenopáusicas y en las postmenopáusicas, y a menudo se limita a una sola mama, e incluso a un solo cuadrante de una mama.

Se observó que las pacientes tratadas con tamoxifeno de tratamiento adyuvante tenían una incidencia significativamente menor de cáncer de mama contralateral en comparación con las de los grupos de control. El objetivo primario

es retrasar o evitar el inicio del cáncer de mama, pero son objetivos de mayor importancia la reducción de la mortalidad global, la mortalidad por cáncer de mama, la mortalidad por cardiopatías y las fracturas por osteoporosis.

El cáncer de mama es mucho menos frecuente antes de los 50 años de edad, los cánceres de mama de las mujeres de menos edad pueden crecer más rápidamente que los de las mujeres mayores. No obstante, existen las siguientes recomendaciones referentes a las mujeres que deben someterse a las pruebas de detección y a la frecuencia de dichas pruebas, como son:

- 1.- Las mujeres de 50 ó más años de edad deben someterse a un examen de detección anual o bianual, que conste de mamografía y exploración física.
- 2.- En términos generales, no se debe realizar la mamografía en mujeres menores de 40 años de edad.
- 3.- Las mujeres entre los 40 y 49 años de edad pueden elegir si se someten o no a un examen de detección periódicamente.
- 4.- Se supone generalmente que los beneficios de las pruebas de detección son proporcionales al riesgo de padecer un cáncer de mama, y que las pacientes con historia familiar de cáncer de mama, enfermedad mamaria benigna, o las que son nulíparas deben someterse a estas pruebas a una edad más temprana ó con más frecuencia (1).

Durante los últimos años, las enfermedades neoplásicas han constituido una parte muy importante en la investigación, debido al aumento en su frecuencia y mal pronóstico que se tiene de la mayoría de ellas. La incidencia y mortalidad por cáncer tiene marcada variación geográfica, esta enfermedad es responsable del 25% de los decesos del mundo occidental. De acuerdo a los avances científicos las alternativas terapéuticas del cáncer en base a los tratamientos, son la curación de la enfermedad, aumentar la supervivencia, mejorar la calidad de vida y aliviar los síntomas.

El método terapéutico que se utilizan en el tratamiento de las neoplasias son: la cirugía, la radioterapia, la terapia hormonal, la manipulación inmunológica, la quimioterapia y en forma reciente el trasplante de médula ósea. En esta conducta multidisciplinaria ha mostrado ser un gran beneficio en algunos casos de

un 30-40% de curación la cirugía, la radioterapia en combinación secuencial de cirugía-radioterapia-quimioterapia produce un poco más del 80% de curación (2).

La quimioterapia es utilizada principalmente en pacientes en los tumores malignos diseminados y en los casos de enfermedad temprana después del tratamiento radical inicial curativo (cirugía y/o radioterapia), con la intención de evitar la recidua y diseminación de las enfermedades neoplásicas. La quimioterapia ha contribuido sustancialmente en el tratamiento del cáncer, es una modalidad de tratamiento en oncología, por medio del cual se aplican diversos medicamentos, fármacos o compuestos químicos capaces de destruir (citotóxico) o frenar el desarrollo (cistostático) de las células cancerosas (3).

Los agentes empleados en las terapias oncológicas pueden dividirse en varias categorías en función de cómo funcionan y como afectan las células malignas al paciente con esta patología su actividad se concreta en bloquear o frenar la multiplicación de la actividad, los científicos pueden decidir que el fármaco actuara mejor sobre cada tipo de tumor, si deben combinarse varios de ellos para lograr una mayor eficacia, y lograr el efecto deseado, el primer compuesto citotóxico venenoso para ciertos tipos de células no se emplea con fines médicos. Fue el gas mostaza se utilizó como arma militar y estudiado después más a profundidad llevó a los científicos a pensar en la capacidad de este agente para matar células, por lo que comenzó su uso como medicamentos oncológicos en pacientes con linfomas y cáncer de mama, por ello estos agentes pueden emplearse solos o bien combinados como son: agentes alquilantes, nitrosureas, anti metabólicos, antibióticos, antitumorales, inhibidores mióticos e inmunoterapia (4).

La quimioterapia consiste en el uso de fármacos para destruir las células cancerosas. Existen más de 50 medicamentos diferentes para combatir la enfermedad y prevenir el crecimiento, multiplicación y diseminación de las células malignas. Cuando están sanas, estas crecen y se dividen de forma controlada; sin embargo, las células cancerosas se caracterizan precisamente por el crecimiento descontrolado. Por ello, estos agentes, que pueden emplearse solos o bien combinados, están dirigidos al bloquear esta multiplicación caótica.

El tratamiento, su duración, dosis, fármacos, etc. Dependen de factores tan diversos como el tipo de cáncer, su localización, el estado general del paciente. Los agentes quimioterapéuticos pueden administrarse por vía oral (en forma de pastilla, capsula o solución bebible), sin embargo el sistema digestivo no siempre los puede absorber, por lo que puede recurrirse también a inyecciones intramusculares o intravenosas. Esta última es la vía más frecuente, puede hacerse mediante una jeringa, en una vena en la mano de preferencia en el brazo, a través de la cual los medicamentos se introducen en el organismo del paciente. Otra opción es el catéter, un tubo flexible que se coloca en la vena de mayor tamaño, donde se mantiene durante el tiempo que dura el tratamiento. Cada fármaco funciona con mecanismos diferentes, de manera que unos son capaces de envenenar directamente a las células malignas dañando su ADN, mientras que otros desencadenan una reacción del sistema inmune para que este sea capaz de reconocerla como elementos extraños y ordene su ejecución. En otros casos, la actividad o reposo de las células enfermas depende de su reacción a las hormonas que produce el organismo humano naturalmente. En este caso, el fármaco se dirige a anular los efectos de las hormonas del paciente.

La dosis del fármaco varía según los tipos de cáncer y según la respuesta o situación general del paciente y puede administrarse diariamente o incluso cada semana o cada mes. Generalmente, se administra mediante ciclos que alternan los fármacos con periodos de descanso que permiten al organismo volver a fabricar células sanas y recuperarse del efecto de la medicación.

Los ciclos son fundamentalmente para el correcto funcionamiento de la quimio, por eso es muy importante respetar bien los horarios y el ritmo, siguiendo la indicación de los médicos. Aunque el tiempo que transcurre entre cada ciclo depende de la naturaleza del fármaco, lo más habitual es que sea entre tres o cuatro semanas. Algunos pacientes pueden tomar los fármacos en su propia casa, aunque otras siguen su tratamiento en el consultorio médico o bien en el hospital de día, unas camas que el paciente ocupa solo por la mañana mientras recibe el tratamiento para irse a su casa hasta la próxima sesión (5).

Los citotóxicos son agentes neoplásicos que destruyen de forma colectiva las células en división. Son capaces de producir una acción destructiva específica sobre determinadas células. Los efectos secundarios de los fármacos pueden ser locales o sistémicas, pueden presentarse de manera inmediata o a largo plazo (6).

Las reacciones provocadas por la quimioterapia se deben a los efectos que los fármacos tienen sobre las células sanas y, aunque son muy frecuentes, por lo que el paciente reacciona de manera diferente. Los efectos secundarios que la mayor parte de los pacientes suelen sentir es fatiga, náuseas y vómitos, pérdida de cabello, dolor, anemia, infecciones, problemas de coagulación, entre otros flebitis, extravasación, fiebre, diarrea, estreñimiento y problemas gastrointestinales, hipersensibilidad en piel, uñas, dificultad al deglutir, inflamación de los tejidos de boca y esófago, irritación intestinal, retención de líquidos, afectación de los órganos y las relaciones sexuales.

El tratamiento es complejo y sus resultados dependen, en gran medida, del nivel de comprensión, destreza y motivación con que el paciente afronte las exigencias terapéuticas. Una vez que al paciente se le diagnostica y se confirma su patología es responsabilidad del médico oncólogo informarle su padecimiento y explicarle los beneficios que se esperan del tratamiento y sus riesgos, por lo que le paciente una vez que conoce su diagnóstico tendrá la libertad de tomar la decisión que él crea conveniente para su salud. La enfermera debe proporcionar consejos prácticos al ingreso del paciente al hospital, es conveniente que algún familiar lo acompañe a las sesiones por si sale cansado o la medicación le produce algún tipo de reacción (náuseas, vómitos). Si trabaja debe organizarse de manera que el horario se adapte a sus sesiones, tomarse un día libre después de la terapia puede ayudarle a superar los contratiempos que la quimioterapia ocasiona, si tiene hijos pequeños, tal vez necesite una persona que le ayude con ellos, quedándose en casa mientras duran las sesiones o colaborar en las tareas de la casa (6).

La atención de enfermería es primordial antes, durante y después del tratamiento, debe informarse al paciente y familiar antes de iniciar el tratamiento, es necesario valorar, mediante un análisis de sangre y de orina, si los niveles de glóbulos rojos, leucocitos y plaquetas se encuentran dentro de los límites

normales, y cómo funcionan sus riñones ya que de esto dependerá que reciba el tratamiento, sobre los efectos secundarios que el medicamento le ocasionara, preparar psicológicamente al paciente, explicarle que la toxicidad por citostáticos puede ser inmediata (horas a días), precoz (días a semanas), retardada (semanas a meses), tardías (meses a años), el paciente debe ser advertido para que informe a la enfermera la aparición de cualquier dato de reacciones alérgicas o extravasación, comentarle a al paciente que su cabello volverá a salir algunas semanas después de concluir la quimioterapia, aunque la textura y color podrán ser distintos, muchos de los pacientes oncológicos presentan falta de apetito por la enfermedad o tratamiento lo cual trae como consecuencia pérdida de peso, desnutrición, anemia severa, si no es corregida a tiempo. Se aplicaran antieméticos antes de presentar náuseas y vómitos.

La enfermera debe motivar al paciente para que se alimente, preguntarle que alimentos son de su agrado y cuáles no tolera, avisarle que debe evitar comidas flatulentas, irritantes, embutidos, sea muy estricto con su higiene, realizando duchas diarias, evitando contacto con personas que puedan contagiarle resfriados u otras enfermedades, evite la exposición al sol, los tintes abrasivos en el cabello y mantenga la piel bien hidratada. Es muy importante la participación del familiar en este proceso de tratamiento, decirle sobre el manejo de las excretas ya que pueden tener un elevado contenido de estos medicamentos o sus metabolitos, se deben tomar medidas de precaución, proporcionar guantes y cubre bocas para su protección. Por eso es muy importante el cuidado y la educación e información que le sugieran tomar decisiones, que le permitan desarrollar habilidades para la toma de decisiones que influyan en la conducta, capacidad y responsabilidad ante su autocuidado diario (7).

El paciente oncológico necesita el apoyo tanto de su familia como del equipo multidisciplinario del hospital para poder satisfacer sus necesidades y poder realizar las actividades para su autocuidado. La educación para la salud es una función principal de enfermería es un factor clave de equilibrio, que ayuda a gestionar el estrés y la ansiedad, en este proceso la enfermera debe tener en cuenta la percepción del paciente antes de dar información cognitiva, esto le

permitirá trabajar en el mismo cuadro conceptual del paciente. La utilización rutinaria de listas de consejos raramente es útil para el cuidado del paciente. Este factor está ligado al desarrollo de ayuda y de confianza. El proceso de cuidado acerca de la transacción entre la enfermera y la persona, la relación es un proceso interpersonal y reciproco ambos pueden ser participes activos en el proceso enseñanza-aprendizaje, las percepciones y el rol de la otra persona son necesarias para aprender las siguientes etapas que son coherentes de este modelo enseñanza-aprendizaje (8).

La información que el médico y la enfermera debe ofrecer al paciente sobre su enfermedad constituye uno de los aspectos más importantes dentro de las múltiples interacciones que supone la relación médico-enfermera-paciente y en el caso de enfermedades de curso fatal, esta relación va a estar grandemente determinada por lo que el paciente sabe acerca de su enfermedad. Una buena relación enfermera-paciente, basada en la confianza, ayuda a que le paciente acepte la información sobre su enfermedad y a los tratamientos a los que será sometido.

La educación para la salud es la forma más frecuente del profesional de enfermería y profesional médico en la intervención con el paciente con cáncer de mama, pero no es la más efectiva para influir positivamente sobre su tratamiento. El supuesto que sustenta esta intervención es que si la persona conoce todo acerca de su enfermedad y como cuidarse, es capaz de seguir las indicaciones medicas y todo lo referente a los efectos secundarios que esto le ocasionara y así mantener una mejor calidad de vida, el bajo nivel educativo y la escasas de recursos económicos son dos factores relacionados con el tratamiento por parte del paciente así el enfrentamiento ante la enfermedad y el apoyo social, para llevar a cabo las acciones de autocuidado el paciente necesita desarrollar capacidades especializadas de tipo físico, mental, emocional, motivarlo y orientarlo, para llevar una mejor calidad de vida. El programa de quimioterapia se define como un programa que proporciona cuidados paliativos y de apoyo moral al paciente con cáncer y a su familia en forma directa, o bien indirectamente.

En el cual se le debe educar para el autocuidado en su domicilio así como la ayuda necesaria para sobreponerse a la aflicción, se requiere la necesidad de contar con un programa completo que contemple y satisfaga las necesidades de este tipo de pacientes y su familia (9).

El enfoque de una masa mamaria no diagnosticada en Estados Unidos, alrededor del 11 % de las mujeres desarrollará cáncer de mama. En las mujeres premenopáusicas, una masa mamaria tiene menos probabilidades de ser cancerosa que una masa mamaria en mujeres posmenopáusicas. En mujeres jóvenes, una masa debe observarse durante 1 mes para identificar cualquier cambio cíclico que sugiera enfermedad benigna. Cuando se encuentra una masa, debe llevarse a cabo una mamografía bilateral. La precisión de la mamografía para diagnosticar un cáncer en mujeres pre y posmenopáusicas es del alrededor del 90%. En todos los cánceres de mama de diagnóstico reciente, deben determinarse los niveles de los receptores estrogénico y de progesterona.

El tratamiento se centra en el control local y el riesgo de la disminución sistémica. El control local con tumorectomía (lumpectomía y disección de los ganglios linfáticos axilares) es tan eficaz como la mastectomía radical modificada.

Las mujeres premenopáusicas con afectación de los ganglios linfáticos axilares deben recibir 4-6 ciclos de quimioterapia adyuvante. En las mujeres posmenopáusicas, el tratamiento coadyuvante se administra de acuerdo con el estado del receptor estrogénico. El tamoxifeno aumenta la supervivencia libre de enfermedad en mujeres con ganglios linfáticos axilares tanto positivos como negativos y receptores de estrógenos positivos.

Las mujeres premenopáusicas son tratadas con ovariectomía bilateral o preparados hormonales; las mujeres posmenopáusicas son tratadas con preparados hormonales. El cáncer de mama inflamatorio se manifiesta como cambios del tipo "piel de naranja" o eritema que afectan más de un tercio de la pared torácica. Dada la elevada probabilidad de metástasis en el momento del diagnóstico, estas pacientes y las pacientes con cánceres de mama primitivos inoperables inicialmente se tratan con quimioterapia, más tarde se utilizan tratamiento quirúrgico y radioterapia para un control local máximo. La radioterapia

está indicada en pacientes tratadas con tiorotomía y en algunas pacientes con múltiples ganglios linfáticos axilares positivos. También se utiliza como tratamiento paliativo de las lesiones metastásicas dolorosas o que producen obstrucción (10).

Las bases para el diagnóstico son los datos tempranos de palpación de una masa de firme a dura, única, no dolorosa, con márgenes mal definidos, anomalías mamográficas y ausencia de tumor palpable. Los datos posteriores son retracción de la piel o del pezón, linfadenopatía axilar, crecimiento de la glándula mamaria, enrojecimiento, edema, dolor, fijación de la mama a la piel o incluso a la pared del tórax. Los datos tardíos son ulceración, linfadenopatía supraclavicular, edema del brazo, presencia de metástasis óseas, hepáticas, pulmonares, encefálicas y otras más distantes.

El cáncer mamario es el cáncer invasivo más común en mujeres entre los 15 y 54 años de edad. Es la segunda causa más común de muerte en el grupo de edad de 55 a 74 años de edad. La probabilidad de desarrollar la enfermedad aumenta durante la vida, la edad promedio de mujeres con carcinoma mamario es de 60 a 61 años.

Con la tasa actual de frecuencia, 1 de cada 9 mujeres estadounidenses presentará cáncer mamario en algún momento de su vida. Aquellas cuyas madres o hermanas tuvieron cáncer de mama, tienen una posibilidad mayor de padecerlo que otras mujeres, el riesgo es mayor cuando el cáncer se han presentado antes de la menopausia o ha sido bilateral. Sin embargo más del 90% de las pacientes con cáncer de mama no tienen antecedentes familiares del mismo. Las nulíparas y las que tuvieron su primer embarazo de término después de los 35 años de edad tienen una frecuencia ligeramente mayor de cáncer mamario que las multíparas. La menarquía tardía y la menopausia artificial se relacionan con una menor frecuencia de cáncer mamario, en tanto que la menarquía temprana (antes de los 12 años de edad) y la menopausia natural tardía (después de los 50 años de edad) se relacionan con un ligero aumento del riesgo de presentar cáncer mamario (11).

La palabra cáncer está asociada a una enfermedad irremediable, lamentablemente la mayoría de los casos avanzados no tendrán curación. Sin

embargo, los cánceres in situ, no invasores y los microinvasores si son curables. Desde la niñez toda persona debe recibir una buena educación con el ejemplo. Los adultos debemos llevar una vida sana, tener buenos hábitos alimenticios e higiénicos, saber trabajar, saber descansar, saber distraerse, evitar el tabaquismo, el alcoholismo, el cafeinismo, la obesidad, la ingestión frecuente y una dieta exagerada de grasas de origen animal, promover las relaciones humanas tranquilas, evitar el odio y la envidia, estar alegres, cumplir bien nuestras responsabilidades, evitar los padecimientos infecciosos, evadir la promiscuidad sexual. Las mujeres deben contraer matrimonio cuando ya estén preparadas para ganarse honestamente la vida y preferentemente después de los 20 años de edad.

Se deben procrear hijos con elevado sentido de responsabilidad para consigo mismo, con los hijos que deban procrear, con sus familias, con su comunidad, con su patria y con la humanidad. Aplicando los avances de la ciencia médica se debe promover la lactancia materna prolongada y toda persona debe acudir a una consulta médica periódica, anual, para detectar oportunamente el inicio de cualquier enfermedad.

El cáncer de mama en la mujer en su principio es asintomático, y solo se podrá descubrir a tiempo mediante la exploración física médica y los estudios de detección.

El médico que acepte la responsabilidad de atender pacientes con cáncer de mama, debe trabajar en un equipo médico integrado por un cirujano oncólogo, un oncólogo radioterapeuta, un oncólogo quimioterapeuta y un médico anatomopatólogo con experiencia en cáncer de mama (12).

Por su frecuencia cada vez mayor, el cáncer de mama es actualmente uno de los principales problemas de salud de la mujer mayor de 40 años de edad. El creciente aumento de la enfermedad se encuentra estrechamente relacionado con el envejecimiento y con una mayor prevalencia de los factores de riesgo en la población femenina.

En tan solo 15 años la tasa de mortalidad en el IMSS, se ha elevado de 7.8 en 1987 a 11.6 por 100 mil mujeres de 25 y más años en el año de 2002. Por otro lado, de acuerdo con el registro histopatológico de neoplasias, en 1998 se

diagnosticaron en nuestros hospitales 3,384 casos, cifra que ascendió a 4,004 en el año 2000, representando el 41.5% de todos los casos de cáncer de mama en el país.

Ante tal situación la Dirección de Prestaciones Medicas tomó la decisión de incorporar la mastografía de detección a las estrategias de autoexploración y exploración clínica de la mama, que actualmente se desarrollan como parte de los programas integrados de salud de la mujer y de la adulta mayor.

Un problema de salud en incremento y con alto impacto requiere de una respuesta de la sociedad en su conjunto, por lo que es necesario reforzar la educación y la participación de la mujer en el cuidado de su salud, para que se efectuara la autoexploración y acuda a su unidad a realizarse la detección. Los servicios de salud debemos responder proporcionando una atención oportuna y de calidad en la detección, el diagnóstico y el tratamiento. Lo anterior, involucra la participación de un equipo de salud multidisciplinario, la coordinación permanente de los tres niveles de atención y la uniformidad en los criterios de manejo médico, actualizados, y acordes con el desarrollo tecnológico. Con estas acciones lograremos disminuir la morbilidad asociada a los tratamientos sistémicos, evitar los daños psicológicos vinculados a terapias radicales, abatir los costos de tratamiento y disminuir la mortalidad.

Cada año en el mundo ocurren alrededor de un millón de casos nuevos de cáncer de mama. Esta enfermedad constituye de 20 a 25% de todos los casos de cáncer en la mujer, contribuye con un 15 a 20% de la mortalidad por cáncer y con un 2 a 5% de la mortalidad por cualquier causa en el mundo occidental.

Existen grandes diferencias en las tasas de incidencia y mortalidad por cáncer de mama desde el punto de vista geográfico. La mortalidad varía de 19.9 por 100 mil mujeres en la india, hasta 89.2 en mujeres blancas de EUA. Las tasas más altas de mortalidad se dan en las aéreas más desarrolladas (Europa, Norteamérica y Oceanía). El riesgo de padecer cáncer de mama se eleva con la edad y se ha triplicado para las mujeres nacidas después de 1950, comparadas con aquellas nacidas al inicio del siglo XX.

A nivel nacional, la tendencia tiene un comportamiento marcadamente ascendente con una tasa de 9.8 por 100 mil mujeres de 25 y más años en 1980 a 14.5 en el 2001. En este último año se registraron 3,565 defunciones, es decir, alrededor de 10 muertes por día de las cuales tres corresponden a población derechohabiente.

Las causas del cáncer de mama son multifactoriales. Los cambios neoplásicos son acompañados por varias alteraciones fenotípicas medibles a nivel celular y molecular. Se ha hipotetizado que en el cáncer de mama están implicados: la activación de oncogenes, inactivación de genes supresores de tumores, genes receptores de factores de crecimiento, genes asociados con la regulación del ciclo celular y genes involucrados en la apoptosis. Además de los factores biológicos, existen un gran número de investigaciones experimentales, epidemiológicas y clínicas que indican que las hormonas tienen un papel importante en la etiología del cáncer de mama, afectando la velocidad de la división celular que se manifiesta en una proliferación del tejido epitelial. Muchos de los factores de riesgo conocidos pueden ser entendidos como una medición de la exposición acumulada de la mama a los estrógenos y posiblemente a la progesterona.

Los factores ambientales y los estilos de vida juegan también un papel que hay que aclarar, los más relacionados incluyen: la dieta, el ejercicio, el sobrepeso y la obesidad, el nivel socioeconómico, la conducta reproductiva, el tabaquismo, el consumo de alcohol y la exposición ocupacional, a radiaciones y a organoclorados.

Los estudios en los años 80 que demostraron la efectividad y eficacia de la mastografía para reducir la mortalidad del cáncer de mama (con o sin examen clínico) en un 25 a 30%, llevaron a muchos países a adoptar guías para implementar la detección oportuna a escala poblacional. El interés por la mastografía fue mayor al notar que durante años no habían ocurrido cambios significativos en la mortalidad con la estrategia de autoexploración y exploración clínica.

Con base en lo anterior, la detección del cáncer de mama se convierte en un procedimiento predominantemente radiológico, de tal manera que en el radiólogo recae la responsabilidad primaria del tamizaje. La mastografía juega un papel central en la detección del cáncer de mama, porque puede mostrar cambios en el tejido mamario dos o más años antes que el médico o la paciente puedan identificarlos.

Las causas más frecuentes de consulta por patología mamaria son el dolor, tumores y la descarga por el pezón. Se ha estimado que cada año 30 de cada 1000 mujeres demandan atención por problemas de la mama que van del dolor moderado al carcinoma mamario. En países desarrollados del 6 al 10% de las mujeres con síntomas mamarios padecen cáncer, por lo que es fundamental una adecuada valoración referencial de la mujer con patología mamaria (13).

Aunque el diagnóstico del cáncer cae, sin duda, dentro de la categoría de enfermedad crónica o que amenaza la vida, al revisar la literatura médica se obtienen relativamente pocos datos respecto a la interface específica entre la dinámica familiar y el paciente con cáncer. Además, dada la enorme serie de cuestiones que el médico debe dirigir al trabajar con el enfermo canceroso (según se documenta en la tabla de contenidos de estos dos números de Atención Primaria), un médico atareado podría vacilar al expandir el foco de atención del paciente a toda la familia. Sin embargo, una serie creciente de experiencias clínicas indica que el cuidado de la familia puede tener beneficios significativos tanto para el paciente como para el médico. Para lograr este beneficio para los pacientes con cáncer, el médico de atención primaria debe poseer un conocimiento del funcionamiento de las familias en circunstancias "normales" así como en presencia de un estresante agudo y crónico como un cáncer. No obstante, este artículo comienza con una corta revisión de la teoría de sistemas de la familia. La segunda sección revisa la literatura de investigación sobre la dinámica de las familias con pacientes cancerosos. La tercera y última parte de este artículo integra estas ideas en una serie de estrategias prácticas para procurar un enfoque del cuidado del paciente canceroso orientado a la familia (14).

Durante la conferencia familiar, o poco después de ella, el médico puede sentirse exhausto, abrumado o airado con la familia. Estos sentimientos pueden reflejar la experiencia de uno o más miembros de la familia. Dichos “monitores internos” no deberían ignorarse sino que se deberían reconocer y utilizar para el trato de la familia. Como se comentó en la primera exposición sobre la función normal de la familia el médico forma parte del sistema familiar. Esta consecuencia se debe evitar siempre, y el médico debería esforzarse por mantener una postura neutral y de apoyo para ser eficaz. El hecho de que estén presentes otros miembros del equipo de asistencia al paciente, puede ayudar al médico a mantener una situación no alineada en la familia.

Una única conferencia familiar puede ser extraordinariamente útil para muchas, si no la mayoría, de las familias. La conferencia familiar corrige los conceptos erróneos y puede ayudar a la familia a expresar sus necesidades de forma que arruine la “conspiración del silencio”. Al convocar de forma rutinaria conferencias familiares en algunos momentos clave del cuidado de los pacientes cancerosos, el médico puede evitar los miedos, la desesperación y escasa adaptación que derriba del silencio familiar. La comprensión de la dinámica familiar y la consiguiente adopción de una estrategia de asistencia médica orientada a la familia pueden, por tanto, considerarse como los pasos fundamentales necesarios para proporcionar el mejor cuidado posible a los pacientes con cáncer (15).

No se puede proporcionar un cuidado médico óptimo a personas con enfermedades crónicas, como por ejemplo cáncer, a menos que el médico adopte para la atención del paciente un enfoque orientado a la familia. Dicho enfoque precisa un pequeño tiempo o esfuerzo adicionales, pero afecta profundamente a la capacidad del paciente y la familia para hacer frente al cáncer. Los médicos deberían reunir, de forma rutinaria, datos respecto al sistema familiar de sus pacientes con cáncer y utilizar estos datos para comprender los problemas particulares que el paciente afrontara para adaptarse a su enfermedad. El objetivo del médico debería ser anticipar cómo la enfermedad va a afectar a la familia y su estadio actual del ciclo vital y reconocer cómo la familia está afectando realmente a la experiencia de enfermedad del paciente. Es fundamental mantener una

comunicación clara y abierta entre paciente, familia y medico para el éxito de la adaptación (16).

Los factores de riesgo para desarrollar cáncer de mama son: antecedentes familiares, antecedentes de cáncer de mama in situ o invasor, mujeres con antecedentes de menarquía precoz, menopausia tardía o primer embarazo tardío., antecedentes de mastopatía fibroquística, uso prologando de anticonceptivos orales, tratamiento sustitutivo con estrógenos, factores ambientales como es la dieta rica en grasas y la exposición a radiaciones antes de los 30 años también eleva el riesgo de padecer cáncer de mama. Los síntomas o signos son: mastalgia con masa mamaria en cuadrante superior externo, aumento de tamaño mamario, engrosamiento mal definido de la mama, nódulo mamario en un 80% a la exploración física, engrosamiento firme que no se aprecia la mama contra lateral, linfedema (piel de naranja), salida de secreción por el pezón y pérdida de peso.

El diagnostico para el cáncer de mama comprende desde la historia clínica completa, exploración física general, exploración mamaria (inspección, posiciones habituales y palpación), mamografía de rutina, ecografía mamaria, termo grafía, diafanografía (tras iluminación) y biopsia mamaria, siendo esta ultima el método confirmatorio para el diagnostico definitivo.

El tratamiento del cáncer de mama se divide en tratamiento primario (para el cáncer invasivo, carcinoma in situ y carcinoma inflamatorio), tratamiento sistémico (quimioterapia adyuvante y tratamiento hormonal), y tratamiento de la enfermedad metastasica. Los cuidados terminales de la paciente seda llegada el momento en que el tratamiento agresivo no es apropiado, la asistencia es fundamental para orientar a mitigar el dolor y el sufrimiento (17).

Los objetivos para la detección de cáncer de mama en los programas integrados de salud en el Instituto Mexicano del Seguro Social son los siguientes:

- 1.- Alcanzar coberturas de detección del cáncer de mama por arriba del 15%.
- 2.- Identificar los tumores malignos de mama en etapas tempranas.
- 3.- Promover el diagnostico y tratamiento oportunos.
- 4.- Disminuir la mortalidad por cáncer mamario.

La detección del cáncer de mama se efectúa a través de:

- \_ La autoexploración de la mama, mensualmente a partir de los 20 años de edad.
- \_ La exploración clínica de la mama, cada año a partir de los 25 años, aun cuando este embarazada.
- \_ La mastografía, cada dos años de los 50 a los 69 años y de los 40 a 49 años en mujeres con antecedentes familiares directos de cáncer de mama (madre, hermanas o hijas).

La conducta a seguir de acuerdo al resultado de la mastografía, es que el médico familiar es el responsable de informar y explicar el resultado, como es el siguiente:

Estudio no concluyente (BIRADS 0): se requiere estudios adicionales de imagen para una interpretación adecuada, refiera a la paciente.

Mama normal (BIRADS 1): el resultado es normal, se programa cita para mastografía en 2 años.

Hallazgos benignos (BIRADS 2): el estudio muestra imágenes consideradas normales, mastografía en 2 años.

Probablemente benigno (BIRADS 3): la mastografía muestra anomalías que en la mayoría de los casos son benignas, se requiere valoración por el especialista.

Probablemente maligno (BIRADS 4): la mastografía es sospechosa de cáncer, más de la mitad de las mujeres con este resultado no tienen cáncer, requiere valoración por el especialista.

Hallazgos malignos (BIRADS 5): la mastografía muestra cambios malignos, ocho de cada diez mujeres con este resultado tienen cáncer, requiere valoración por el especialista (18).

La lucha contra el cáncer hoy se libra en los siguientes frentes:

- a) El estudio poblacional en la búsqueda del diagnóstico de lesiones tempranas o precoces, en realidad pequeñas.
- b) El tratamiento curativo multidisciplinario y la incorporación de los tratamientos sistémicos adyuvantes, a ciegas, en grupos de riesgo.
- c) Tratamiento sistémico curativo de tumores diseminados.

- d) Tratamiento sistémico paliativo específico de tumores diseminados.
- e) Tratamientos paliativos inespecíficos.

En términos de curaciones el tratamiento quirúrgico de lesiones diagnosticadas en estadios tempranos sigue siendo el elemento más importante, aun cuando los tratamientos adyuvantes sistémicos tanto en cáncer de mama como de colon tengan un impacto significativo.

A pesar de los logros del tratamiento multidisciplinario, entre un tercio y la mitad de las pacientes fallecerán por cáncer. En este panorama, el conocimiento más profundo de la biología tumoral ha abierto una nueva ventana en esta lucha: la quimioprevención. Esta es una modalidad especial de prevención: entendida como el conjunto de actividades destinadas a disminuir la tasa de mortalidad por cáncer al evitar la aparición de un tumor maligno.

Hoy sabemos que un número importante de tumores están relacionados con la exposición a agentes cancerígenos que inducen mutaciones inductoras o promotoras de la oncogénesis, estas llevan a que un conjunto de células adquiera las características genotípicas de un tumor maligno. Por eso las medidas preventivas más importantes son evítatelas (no fumar cigarrillos, beber alcohol con moderación) o consejos higienico-dietéticos: reducir el consumo de grasas, aumentar la cantidad de fibras a la dieta.

En este contexto la quimioprevención puede definirse como: la terapéutica farmacológica destinada a impedir la aparición de un tumor, bloqueando o inhibiendo los mecanismos de la oncogénesis. Esto se puede lograr mediante:

- a) Disminución de la carga mutagénica.
- b) Restauración o potenciación de los mecanismos reparativos.
- c) Inhibición de los mecanismos promotores. En este último punto se superponen los agentes quimiopreventivos con respecto a los quimiosupresivos.

El estudio de los agentes a ser utilizados en quimioprevención requiere mayor rigor aun que el desarrollo de los agentes quimioterápicos.

El cáncer de mama es responsable de 20% de todos los casos nuevos en mujeres; se estima que 1 de cada 9 a 12 mujeres pueden desarrollarlo a lo largo de la vida. La tasa de incidencia varía con la edad desde menos de 10/100.000 mujeres menores de 30 años a 300/100.000 en mayores de 85 años de edad.

Los dos agentes más utilizados en la quimioprevención del cáncer de mama han sido: un derivado de la vitamina A, el fenretinide, que demostró ser capaz de provocar inhibición del crecimiento e inducir diferenciación en células de cáncer de mama y el tamoxifeno. Se han diseñado también intervenciones modificando factores dietéticos y otra línea de investigación es el empleo de análogos de hormona luteinizante (19).

El cáncer de mama parece ser, en principio, la consecuencia de un fallo en el control normal de la diferenciación y multiplicación celular. Al final, la pérdida del control se debe, probablemente, a anomalías que se desarrollan en la doble hélice del ADN, que constituye la estructura de los genes celulares contenidos en los 23 pares de cromosomas humanos. Los cambios o mutaciones que afectan a uno o más genes están apareciendo como la causa directa del cáncer de mama.

Las alteraciones del ADN pueden deberse a factores externos, como los carcinógenos medioambientales o a la mutación espontánea. Si se afectan células somáticas que comenzaron su vida con ADN normal, la acumulación de alteraciones puede precisar décadas para aparecer, lo cual justifica el aumento de la incidencia de cánceres con la edad. Estos tumores acostumbran a estar aislados y pudieran explicar la mayoría de los cánceres que ocurren en las mujeres de mayor edad. Las alteraciones de las células germinales (ovulo y espermatozoide) son el sustrato de los cánceres de mama verdaderamente hereditarios. Como consecuencia de que los genes anómalos heredados se encuentran en todas las células del organismo, la posibilidad de desarrollar un cáncer a edad más temprana es mayor. Esto explicaría la mayoría de los cánceres que se desarrollan en las mujeres más jóvenes.

Se han considerado tres fases en el desarrollo del cáncer de mama. La iniciación es el estadio en que ocurren en la célula los cambios que hacen de ella ser cancerosa. Los carcinógenos son iniciadores. Un iniciador puede no solo

transformar una célula en una célula maligna, sino también hacer que ésta se duplique y crezca. Por el contrario, esa célula puede permanecer silente durante un periodo variable, quizás incluso de muchos años, hasta que por una razón su crecimiento y presentación se disparan, provocando una multiplicación incontrolada. La presentación puede deberse a algunas sustancias químicas. Pueden influir en gran medida sobre la multiplicación una vez que ha tenido lugar la iniciación, pero los presentadores pueden carecer de efecto si la célula aún no ha sido iniciada. En otras palabras, los promotores no originan el cáncer, pero pueden disparar o mantener su crecimiento. También el periodo de promoción es variable, pero, a menos que el cáncer sea eliminado, puede entrar en la tercera fase, llamada de progresión, en la cual se disemina a otras zonas del organismo (20).

La prevención es la solución ideal para el cáncer de mama, pero continua siendo un objetivo muy difícil. Sin conocer sus causas, la prevención es una posibilidad remota. Las medidas preventivas también pueden tener efectos secundarios que impedirán su aplicación a la mayoría de las mujeres, que nunca desarrollarán cáncer de mama. Desde la perspectiva de la salud pública sería preferible un remedio universal, ya que solo las mujeres enfermas necesitan ser tratadas. El remedio también permanece inalcanzable. Probablemente a corto plazo la detección precoz se mantendrá como la principal esperanza para reducir la mortalidad. Es necesario insistir en que se debe considerar que todas las mujeres corren el riesgo de desarrollar cáncer de mama.

Los factores de riesgo definen solo aquellas que pueden tener una incidencia basal por encima del 4 ó 6%. No se ha identificado ninguna población de mujeres sin riesgo para desarrollar cáncer de mama y los programas de screening deben tener esto en cuenta. Si estos programas se ofrecen solo a mujeres de los grupos alto riesgo, más del 65% de los cánceres se desarrollarán sin el beneficio de una detección precoz.

Posiblemente los primeros ensayos sobre la prevención del cáncer de mama abran un camino importante para reducir la mortalidad de estas omnipresentes neoplasias. El diagnóstico precoz continua siendo el único método

probado para reducir la mortalidad del cáncer de mama y el screening mamográfico en las mujeres asintomáticas el único eficaz para detectar un cáncer de mama en un estadio temprano clínicamente oculto. La imagen por resonancia magnética ofrece cierta esperanza para diagnosticar cánceres en las mamas densas que no son fácilmente diagnosticadas mediante mamografías, pero el coste del equipo y la necesidad de administrar agentes de contraste intravenosos limitan su utilización generalizada. La mamografía digital con doble energía de sustracción o realce con contraste también puede contribuir al diagnóstico y a determinar la extensión de la neoplasia. En un futuro cercano el screening mamográfico de alta calidad será el método más eficaz para reducir la tasa de mortalidad por cáncer de mama (21).

Los carcinomas ductales o lobulares de la mama tienen velocidades de crecimiento dependientes de la fracción de células en proliferación, relacionadas con alteraciones en la secuencia de varios genes, como los localizados en los cromosomas 13-gen Rb y 17-gen 53, responsables por el control del ciclo celular. Este crecimiento influenciado por factores hormonales y locales es acompañado de diferentes grados de neovascularización e invasión del tejido mamario, lo que caracteriza una enfermedad heterogénea, de evoluciones diferentes y, desde el inicio, sistémica.

Así, tanto la cirugía como la radioterapia, son insuficientes para curar a las pacientes, lo que se confirma por la detección de células malignas en la corriente sanguínea. Este hallazgo también caracteriza la existencia de diferentes riesgos para recidiva locorregional y a distancia, mensurables por los factores tumorales de pronóstico, permitiendo seleccionar a las pacientes que deberán ser tratadas.

La agresividad y la diseminación precoz de la neoplasia, aun antes de la infiltración histológica, también están relacionadas con alteraciones en la secuencia del gen nm 23, localizado en el cromosoma 17 5. Cuando son detectadas en pacientes con neoplasia estadio I o II, se asocian a tumores agresivos y con poca respuesta a la hormonoterapia, pero sensibles a la quimioterapia.

La preocupación por la completa erradicación de la enfermedad es antigua, habiendo sido demostrado que los antiblásticos podrían prevenir el desarrollo de metástasis, obteniéndose la curación si las drogas fuesen administradas después de la resección completa de la neoplasia. La eficacia del tratamiento depende del volumen de las células residuales, de las micro metástasis y de la fracción de células en proliferación, la cual es mayor cuanto menor el tumor. Así, la neoplasia residual mínima es más sensible a los agentes quimioterapéuticos.

Estudios experimentales demostraron también que la efectividad de la quimioterapia preventiva o adyuvante depende de la intensidad de la dosis aplicada, de la asociación de las drogas y de la sensibilidad de las células. Esta sensibilidad podrá ser evaluada por su indiferenciación y fracción de proliferación, las cuales representan la fase G 1 del ciclo celular. Para los carcinomas de la mama, la probabilidad media de eficacia de la quimioterapia adyuvante es superior a 50%.

Los factores que más significativamente se asocian al riesgo de recidivas son el tamaño del tumor consecuentemente, su volumen celular y el estado de los linfonodos axilares. Una vez comprometidos por la neoplasia, los linfonodos pasan a ser el factor que definirá su evolución, no teniendo más significado u otros marcadores de pronóstico (22).

La prevención real del cáncer mamario es el propósito final. Los futuros avances en la microbiología del cáncer y las manipulaciones genéticas celulares posiblemente suministren los recursos para lograr tan alta meta. La investigación clínica actual muestra que hasta 50% de los cánceres mamarios diagnosticables puede suprimirse, al menos, durante cinco años por tratamiento con tamoxifeno.

En estudios epidemiológicos se han identificado diversos factores de riesgo de la reproducción de cáncer mamario invasor, que aumentan o disminuyen la incidencia y el peligro relativo de dicho padecimiento, como la edad de la menarquía, la de la menopausia, el primer lactante nacido vivo después de los 30 años, la lactancia, la ooforectomía antes de los 40 años, el embarazo, la gestación antes de los 20 años y la nuliparidad. Casi todos los estudios requirieron correlaciones específicas relacionadas con la edad; por ejemplo, la comparación

de mujeres con menarquía a los 16 años de edad, con aquellas que la tuvieron dos a cinco años antes, para alcanzar importancia estadística. Sin embargo, los riesgos relativos son bajos, con “relación débil” desde el punto de vista epidemiológico, lo que puede indicar correlación por azar o falta de comprobación de casualidad. Así, esos factores de riesgo de la reproducción no son útiles en la práctica clínica. Sin embargo, aunados a la hiperplasia ductal atípica, la biopsia mamaria, la presencia de cáncer mamario en parientes de primer grado y la raza. La correlación de la incidencia en aumento de esta neoplasia con el avance de la edad, es la más constante y útil en la clínica como factor de riesgo.

Estudios epidemiológicos de factores del estilo de vida, como consumo de alcohol, fibra en la dieta, productos de soya en la dieta, exposición excesiva a radiaciones, dieta rica en grasas, exposición a campos electromagnéticos de baja frecuencia, obesidad posmenopáusica, ejercicio regular en la premenopausia, tabaquismo e ingestión de vitaminas A, C, D y E, han dado resultados poco constantes y, cuando mucho, cambios leves en el riesgo calculado. Los estudios de modificaciones del estilo de vida en un esfuerzo por cambiar la incidencia de cáncer mamario no han dado resultados clínicamente útiles (23).

Durante los últimos 10 años la tasa de incidencia de cáncer mamario (nuevos casos por 100 000 mujeres) ha permanecido sin tendencias aparentes, excepto por un posible decremento en las mujeres más jóvenes. Sin embargo, la tasa de mortalidad de mujeres con cáncer mamario (1990-1998) ha disminuido casi 1.8% por año. El número absoluto más alto de muertes por cáncer de mama femenino ocurrió en 1995, y fue de 43 844 mujeres con cáncer mamario.

De 1979 a 1982, la tasa de incidencia de cáncer mamario aumento 1% por año, pero después, de 1982 a 1987, aumento 4% por año. Durante 1987 a 1996 la tasa de incidencia permaneció estable. Durante los últimos 25 años ha habido cambios notorios en los conceptos, el conocimiento de la conducta biológica del cáncer mamario y la variedad de opciones terapéuticas. Tecnología y técnicas en evolución han hecho posible los cambios fundamentales en el diagnóstico y tratamiento del cáncer mamario.

La quimioterapia con fármacos múltiples se ha convertido en el principal tratamiento sistémico del cáncer mamario metastásico, en particular en la premenopausia. Se han logrado remisiones impresionantes y supervivencias algo prolongadas. Numerosos estudios de tratamiento con diversas combinaciones de fármacos quimioterapéuticos informan aumento de la supervivencia sin enfermedad y de la global, con respecto a pacientes no tratadas, pero en casi todos ellos el seguimiento es de corta duración. A pesar de que se han logrado mejores regresiones de algunos cánceres, el entusiasmo inicial por la quimioterapia de dosis alta con trasplante de células madre (originalmente trasplante autólogo de médula ósea) para tratar el cáncer mamario metastásico, se ha visto obstaculizado por estudios con seguimiento más prolongado que señalan una supervivencia específica ambigua de la enfermedad (24).

El cáncer de mama asociado con el embarazo a menudo se diagnostica en forma tardía, por lo que el pronóstico es adverso, particularmente en mujeres menores de 30 años, en cambio, el pronóstico de cáncer de mama con embarazo subsecuente es bueno debido a que el diagnóstico se realiza oportunamente en etapa temprana.

La tasa de embarazo posterior a la quimioterapia es baja (3-8%) esto se debe a la insuficiencia ovárica que ocurre después de la quimioterapia, sobre todo se da en las mujeres mayores de 40 años de edad, por eso existe mayor riesgo de pérdida de embarazos espontáneos (10-29%), que ocurren sobre todo en las primeras 20 semanas de gestación. La restauración de la menstruación (22-56%) no confirma la fertilidad, pero es más favorable en la mujer joven menor de 35 años de edad.

La mayoría de las mujeres tienen periodos menstruales normales y el riesgo de menopausia prematura está en función de la edad, del tipo de medicamento citostático y de la dosis total administrada. La amenorrea posquimioterapia depende primordialmente de la edad: las mujeres menores de 30 años a menudo no la padecen, en las menores de 40 años ocurre en 22-61% y en las mayores de 40 años aparece en 61-100%.

La amenorrea iatrogénica después de la quimioterapia depende de la edad y del medicamento citostático; aunque la tasa de embarazos es baja en los primeros dos años postratamiento, la paciente puede concebir después del tratamiento oncológico. El grupo con riesgo intermedio requiere una selección individual minuciosa para establecer un plan terapéutico de fertilidad futura que beneficie a la madre y al feto (25).

## **Planteamiento del Problema**

La incidencia de Cáncer de Mama es que por cada paciente diagnosticada, 5 a 10 mujeres son biopsiadas debido a sintomatología sospechosa, y por cada paciente biopsiada, docenas de mujeres acuden al médico debido al problema de mama.

La probabilidad de padecer Cáncer de Mama durante toda la vida es del 12 %, y la probabilidad de fallecer debido a Cáncer de Mama es del 3.5%.

El mayor riesgo de padecer Cáncer de Mama aparece tras los 50 años de edad, y el riesgo más elevado lo presentan las pacientes con una edad superior a los 75 años (1).

La quimioterapia es utilizada principalmente en pacientes en los tumores malignos diseminados y en los casos de enfermedad temprana después del tratamiento radical inicial curativo, con la intención de evitar la recidua y diseminación de las enfermedades neoplásicas (3).

Las reacciones provocadas por la quimioterapia se deben a los efectos que los fármacos tienen sobre las células sanas y, aunque son muy frecuentes, por lo que el paciente reacciona de manera diferente. Los efectos secundarios que la mayor parte de los pacientes suelen sentir es fatiga, náuseas y vómitos, pérdida de cabello, dolor, anemia, infecciones, problemas de coagulación, entre otros flebitis, extravasación, fiebre, diarrea, estreñimiento y problemas gastrointestinales, hipersensibilidad de la piel, uñas, dificultad al deglutir, inflamación de los tejidos de boca y esófago, irritación intestinal, retención de líquidos, afectación de los órganos y las relaciones sexuales (6).

Las bases para el diagnóstico son los datos tempranos de palpación de una masa de firme a dura, única, no dolorosa, con márgenes mal definidos, anomalías mamográficas y ausencia de tumor palpable. Los datos posteriores son retracción de la piel o del pezón, linfadenopatía axilar, crecimiento de la glándula mamaria, enrojecimiento, edema, dolor, fijación de la mama a la piel o incluso a la pared del tórax. Los datos tardíos son ulceración, linfadenopatía supraclavicular, edema del brazo, presencia de metástasis óseas, hepáticas, pulmonares, encefálicas y otras más distantes.

El cáncer mamario es el cáncer invasor más común en mujeres entre los 15 y 54 años de edad. Es la segunda causa más común de muerte en el grupo de edad de 55 a 74 años de edad. La probabilidad de desarrollar la enfermedad aumenta durante la vida, la edad promedio de mujeres con carcinoma mamario es de 60 a 61 años (11).

A nivel mundial, cada año ocurren alrededor de un millón de casos nuevos de cáncer de mama. Esta enfermedad constituye de 20 a 25% de todos los casos de cáncer en la mujer, contribuye con un 15 a 20% de la mortalidad por cáncer y con un 2 a 5% de la mortalidad por cualquier causa en el mundo occidental.

Existen grandes diferencias en las tasas de incidencia y mortalidad por cáncer de mama desde el punto de vista geográfico. La mortalidad varía de 19.9 por 100 mil mujeres en la india, hasta 89.2 en mujeres blancas de EUA. Las tasas más altas de mortalidad se dan en las áreas más desarrolladas (Europa, Norteamérica y Oceanía). El riesgo de padecer cáncer de mama se eleva con la edad y se ha triplicado para las mujeres nacidas después de 1950, comparadas con aquellas nacidas al inicio del siglo XX.

A nivel nacional, la tendencia tiene un comportamiento marcadamente ascendente con una tasa de 9.8 por 100 mil mujeres de 25 y más años de edad en el año 1980, a diferencia del año 2001 que fue la tasa de 14.5 por 100 mil mujeres. En este último año se registraron 3,565 defunciones, es decir, alrededor de 10 muertes por día de las cuales 3 corresponden a población derechohabiente.

En tan solo 15 años la tasa de mortalidad en el IMSS, se ha elevado de 7.8 en 1987 a 11.6 por 100 mil mujeres de 25 y más años en el año de 2002. Por otro lado, de acuerdo con el registro histopatológico de neoplasias, en 1998 se diagnosticaron en nuestros hospitales 3,384 casos, cifra que ascendió a 4,004 en el año 2000, representando el 41.5% de todos los casos de cáncer de mama en el país (13).

Actualmente, en esta unidad médica, se cuentan con un total de 45 pacientes con cáncer de mama, y quisimos determinar los conocimientos con que ellas cuentan para poder realizar su autocuidado.

La repercusión que tiene la falta de autocuidado en las pacientes con Cáncer de Mama tratadas con Quimioterapia, es que al no tener información adecuada de dicha patología y descuidarse las mujeres, están siendo más vulnerables a presentar factores de riesgo para desarrollar la enfermedad, por lo cual se pueden presentar síntomas y/o complicaciones propias del Cáncer de Mama y no estar lo suficientemente capacitadas o preparadas para recibir un problema de salud.

Debido a la alta prevalencia y morbilidad local, nacional e internacional de cáncer de mama, ha sido motivo de que instituciones como el Hospital Ginecopediátrico No. 02 de los Mochis, Sinaloa., cuenten con una área para el tratamiento ambulatorio de dichas pacientes, desafortunadamente el gran número de pacientes que acuden a recibir dicho manejo, presentan un aparente nivel de conocimientos muy bajo en cuanto al autocuidado, en cuanto a su enfermedad y en cuanto a los efectos secundarios de los fármacos que reciben.

Por lo cual, realice mi trabajo de investigación preguntándome ¿Cual es el conocimiento sobre el autocuidado en la paciente con cáncer de mama que ingresa a tratamientos de quimioterapia en el Hospital Ginecopediátrico No. 02 de los Mochis, Sinaloa?

### **Justificación**

Las enfermedades neoplásicas han adquirido, un aumento en su frecuencia y mal pronóstico que tienen la mayoría de ellas, en los últimos años ha aumentado un gran número de personas afectadas, ya que la incidencia de mortalidad por cáncer tiene marcada variación geográfica.

Las enfermedades neoplásicas como el cáncer de mama constituyen actualmente uno de los principales problemas de salud pública por lo que tienen un gran impacto económico, social y en instituciones de salud.

La participación del personal médico y de enfermería en la ejecución de la fase de quimioterapia es de notable importancia y propone un buen conocimiento tanto teórico como práctico de los medicamentos citostáticos y de los efectos secundarios que pueden provocar al paciente, el conocimiento que tienen los pacientes con cáncer, en el tratamiento de quimioterapia sobre su autocuidado, se pueden programar acciones de promoción a la salud lo que nos permite incluir favorablemente en la evolución y mejorar su calidad de vida.

El cáncer de mama es un problema de salud que ha causado un gran impacto en las instituciones de salud, es por ello la importancia de la investigación en la problemática para obtener resultados que nos guíen al desarrollar practicas encaminadas a mejorar la atención de estos pacientes con cáncer en tratamiento de quimioterapia, es por esto que se pretende realizar esta investigación en el Hospital Ginecopediatrico # 02 del Instituto Mexicano del Seguro Social, para identificar qué factores influyen en el desarrollo del autocuidado de pacientes oncológicos de cáncer de mama y de acuerdo a los resultados hacer propuestas que nos ayuden a mejorar la participación del equipo de salud en la calidad de atención de la paciente sometida a este tratamiento.

En este hospital se cuenta con el apoyo para realizar dicha investigación la cual se considera de gran utilidad.

El riesgo de desarrollar Cáncer de Mama en México es de 12.64% (1 de cada 8) a la edad de 95 años, y el riesgo de muerte por la enfermedad es de aproximadamente un 3.6%.

La incidencia de Cáncer de Mama es que por cada paciente diagnosticada, 5 a 10 mujeres son biopsiadas debido a sintomatología sospechosa, y por cada paciente biopsiada, docenas de mujeres acuden al médico debido al problema de Mama.

La probabilidad de padecer Cáncer de Mama durante toda la vida es del 12%. El mayor riesgo de padecer Cáncer de Mama aparece tras los 50 años de edad, elevándose a la edad superior a los 75 años.

El autocuidado en las pacientes con Cáncer de Mama que reciben tratamiento a base de Quimioterapia, es fundamental para tener información adecuada sobre la enfermedad, tratar de aceptarse a sí misma, identificar los factores de riesgo y conocer sobre los efectos secundarios de los medicamentos antineoplásicos, para así estar familiarizados sobre dicha patología.

**Objetivos:**

**General:**

1.- Describir el nivel de conocimiento sobre el autocuidado en la paciente con cáncer de mama que ingresa a tratamientos de quimioterapia, en el Hospital Ginecopediátrico número 02, de los Mochis, Sinaloa.

**Específicos:**

1.- Identificar los conocimientos en relación al tratamiento y los efectos secundarios del medicamento antineoplásico en las pacientes que reciben tratamiento de quimioterapia por cáncer de mama.

2.- Identificar que el personal del área de salud le otorgue la información adecuada al paciente en relación al auto cuidado.

3.- Determinar la edad de la paciente, escolaridad, nivel socioeconómico, ocupación, estado civil, adicciones, el estadio de la enfermedad, tiempo de evolución, número de hijos, lactancia, grado de conocimiento, inicio de vida sexual activa y lugar de residencia.

## **Metodología**

### **Tipo de Estudio:**

Prospectivo, Transversal, Descriptivo y Observacional.

### **Población, Lugar y Tiempo de Estudio:**

Será a todas las pacientes con cáncer de mama con tratamiento de quimioterapia que reciben atención médica especializada del Hospital Ginecopediatrico No. 02 del IMSS en la Ciudad de los Mochis, Sinaloa. En un periodo de tiempo de seis meses para desarrollar dicho estudio.

### **Tipo y Tamaño de la Muestra:**

El Tipo y Tamaño de la Muestra será el 100% del total de las pacientes que acudan a consulta médica especializada por el ginecólogo-oncólogo con cáncer de mama en tratamiento de quimioterapia.

### **Criterios de Selección:**

Criterios de Inclusión: Se incluyen a las pacientes y a los familiares que acudan a recibir atención médica especializada del Hospital Ginecopediatrico No. 02 de los Mochis, Sinaloa., y que están en tratamiento con quimioterapia y que desean participar en el estudio (mujeres de 20 a 60 años de edad), así como a las pacientes que no están en etapa terminal de la enfermedad.

### Criterios de Exclusión:

- A) Se excluirán aquellas personas que no deseen participar en el estudio de investigación.
- B) Se excluirán a mujeres menores de 20 años de edad y mayores de 60 años., así como a las pacientes en etapa final de la enfermedad.

Criterios de Eliminación: Familiares o pacientes que inicien el estudio y no puedan continuar con el estudio. Se eliminaran aquellos cuestionarios que no sean llenados correctamente o sus llenados no sean legibles.

### **Información y Variables a recolectar:**

**Operacionalización de Variables**

<b>NOMBRE DE LA VARIABLE</b>	<b>DEFINICIÓN OPERACIONAL</b>	<b>INDICADOR</b>	<b>ESCALA DE MEDICION</b>
<b>Edad</b>	<b>Número de años cumplidos en números enteros</b>	<b>Años</b>	<b>Numérica</b>
<b>Escolaridad</b>	<b>Número de años cursados</b>	<b>Primaria incompleta Primaria completa Secundaria incompleta Secundaria completa Preparatoria incompleta Preparatoria completa Profesional</b>	<b>Nominal</b>
<b>Estado civil</b>	<b>Situación jurídica de la familia</b>	<b>Unión libre Casada Soltera Divorciada Viuda Otro</b>	<b>Nominal</b>
<b>Ocupacion</b>	<b>Actividad laboral que desempeña o realiza</b>	<b>Hogar Obrera Profesionista Comerciante Trabajadora de campo</b>	<b>Nominal</b>
<b>Adicciones</b>	<b>Habito en que se deja dominar por alguna o algunas sustancias toxicas</b>	<b>Tabaquismo Alcoholismo Drogadiccion Otras</b>	<b>Nominal</b>
<b>Nivel socioeconómico</b>	<b>Se aplicara el metodo de graffar</b>	<b>Alto Medio alto Bajo Medio bajo Pobreza</b>	<b>Nominal</b>
<b>Tiempo de evolución de la enfermedad</b>	<b>Lapso de tiempo en que empezó a manifestarse la enfermedad</b>	<b>Años Meses Semanas Dias</b>	<b>Numerica</b>
<b>Grado de conocimiento</b>	<b>Accion y efecto de conocer su enfermedad</b>	<b>Alto: 14-11 respuestas afirmativas Medio:10-8 respuestas afirmativas Bajo: 7 o menos</b>	<b>Nominal</b>

		<b>respuestas afirmativas</b>	
<b>Numero de hijos</b>	<b>Cantidad de hijos que procrearon</b>	<b>Ninguno Uno Dos Tres Mas de tres</b>	<b>Numerica</b>
<b>Lactancia</b>	<b>Accion de amamantar a los hijos</b>	<b>Si No</b>	<b>Nominal</b>
<b>Lugar de residencia</b>	<b>Sitio donde vive y convive con la familia</b>	<b>Urbana Rural</b>	<b>Nominal</b>
<b>Inicio de vida sexual activa</b>	<b>Edad en años cumplidos de su primera relacion sexual</b>	<b>Años</b>	<b>Numerica</b>
<b>Estadio de la enfermedad</b>	<b>Situacion actual de la enfermedad de acuerdo a su gravedad</b>	<b>Estadio i Estadio ii Estadio iii Estadio iv</b>	<b>Nominal O Numerica Ordinal</b>

### **Método o Procedimiento para captar la Información:**

#### **Método Estadístico:**

\_ Se analizará la frecuencia y el porcentaje de cada variable nominal.

\_ En las variables numéricas se analizará las medidas de tendencia central y de dispersión, como son: las desviaciones estándares y el rango.

#### **Presentación de Resultados:**

El resultado que se obtenga será plasmado en cuadros y graficas.

- Cuadros
- Graficas

#### **Presupuesto:**

Los gastos generados en transporte, equipo de cómputo y materiales (lápices, hojas, tinta, plumas, cuadernos, copias, etc.) serán sufragados por el investigador.

El equipo humano no generará gastos, porque no interviene en el estudio, ya que la investigación será propia del investigador.

**Método de Graffar.**

En la parte superior del cuadro las letras señalan las cuatro variables en que se basa el método; el puntaje va de 1 a 5 y se indican los siguientes niveles en que se subdivide cada variable.

Para clasificar el estrato socioeconómico, se suman las cantidades señaladas en cada variable, según la siguiente tabla

	<b>A</b>	<b>B</b>	<b>C</b>	<b>D</b>
<b>04-06:</b>	1			
<b>Estrato alto</b>				
<b>07-09:</b>	2			
<b>Medio alto</b>				
<b>10-12:</b>	3			
<b>Medio baja</b>				
<b>13-16:</b>	4			
<b>Obrero</b>				
<b>17-20:</b>	5			
<b>Marginal</b>				

Las cuatro variables y su correspondiente puntaje son las siguientes:

Profesión del jefe de la familia

Nivel de instrucción de la madre

Principal fuente de ingresos

Condiciones de la vivienda

Profesión del jefe de familia:

1. Universitario, gran comerciante, gerente, ejecutivo de grandes empresas, etc.
2. Profesionista técnico, mediano comerciante o de pequeña industria, etc.
3. Empleado sin profesión técnica definida o universidad inconclusa

4. Obrero especializado: tractorista, taxista, etc.
5. Obrero no especializado, servicio doméstico, etc.

#### Nivel de instrucción de la madre

1. Universitaria o equivalente
2. Enseñanza técnica superior y/o secundaria completa
3. Secundaria incompleta o técnico inferior (cursos cortos)
4. Educación primaria completa
5. Primaria incompleta, analfabeta

#### Principal fuente de ingresos

1. Fortuna heredada o adquirida recientemente /grandes negocios, juegos de azahar).
2. Ingresos proveniente de una empresa privada, negocios, honorarios profesionales (médicos, abogados, etc.), deportistas profesionales.
3. Sueldo quincenal mensual.
4. salario diario o semanal
5. Ingresos de origen público o privado (subsidios).

#### Condiciones de la vivienda

1. Vivienda amplia, lujosa y con óptimas condiciones sanitarias
2. Vivienda amplia, sin lujos pero con excelentes condiciones sanitarias
3. Vivienda con espacios reducidos pero confortable y buenas condiciones sanitarias
4. vivienda con espacios amplios o reducidos pero con deficientes condiciones sanitarias

5. Vivienda improvisada, construida con materiales de desecho o de construcción relativamente sólida pero con deficientes condiciones sanitaria.

### **Consideraciones Éticas:**

El presente estudio guarda la información de manera confidencial, por lo tanto no interfiere en los principios básicos establecidos en el código internacional de ética médica, la asociación médica mundial y la declaración de Helsinki, por lo que considero puede ser elaborado.

## **Resultados**

De acuerdo a la población estudiada que forman un total de 80 encuestas de las derechohabientes del Instituto Mexicano del Seguro Social, del Hospital Ginecopediatrico No. 02 de los Mochis, Sinaloa., todas las pacientes pertenecieron al sexo femenino (100%).

**Edad:** el rango fue de 40-78 años con un promedio de edad de 58.97 años, siendo una Desviación Estándar de +- 10.8.

**Estado Civil:** 48 casadas (60%), 15 viudas (18.75%), 10 solteras (12.5%) y 7 divorciadas (8.75%). El 87.5% tuvieron una vida conyugal (matrimonial) y solamente el 12.5% son solteras. (Grafica # 1).

**Escolaridad:** 28 de primaria incompleta (35%), 13 de primaria completa (16.25%), 11 profesionales (13.75%), 8 analfabetas (10%). (Grafica # 2).

**Ocupación:** 66 (82.5%) se dedica al hogar, 5 (6.25%) se dedica al comercio, 5 (6.25%) desarrollaban una profesión y 4 (5%) son empleadas. (Grafica # 3).

**Adicciones:** 9 casos (11.25%) presentan algún tipo de adicción, el resto que corresponde a 71 casos (88.75%) no presento ningún tipo de adicción. (Grafica # 4).

**Nivel Socioeconómico:** de acuerdo al método de Graffar; 38 (47.5%) nivel socioeconómico Bajo, 19 (23.75%) en el nivel Medio Bajo, 15 (18.75%) nivel socioeconómico Medio Alto y Alto, y 8 (10%) se presentó en pobreza extrema. (Grafica # 5).

**Tiempo de Evolución:** el rango fue de 1-25 años, con un promedio de 9.86 y una Desviación Estándar de +- 5.5.

**Número de Hijos:** el rango fue de 1-10 hijos, con un promedio de 4.65 y una Desviación Estándar de +- 2.1.

**Lactancia:** 61 (76.25%) de las pacientes si amamantaron a sus hijos en alguna etapa de la vida y solamente 19 (23.75%) no llevaron acabo la lactancia materna. (Grafica # 6).

**Lugar de Residencia:** 50 (62.5%) provenían del área urbana, 30 (37.5%) corresponden a comunidades cercanas a esta ciudad. (Grafica # 7).

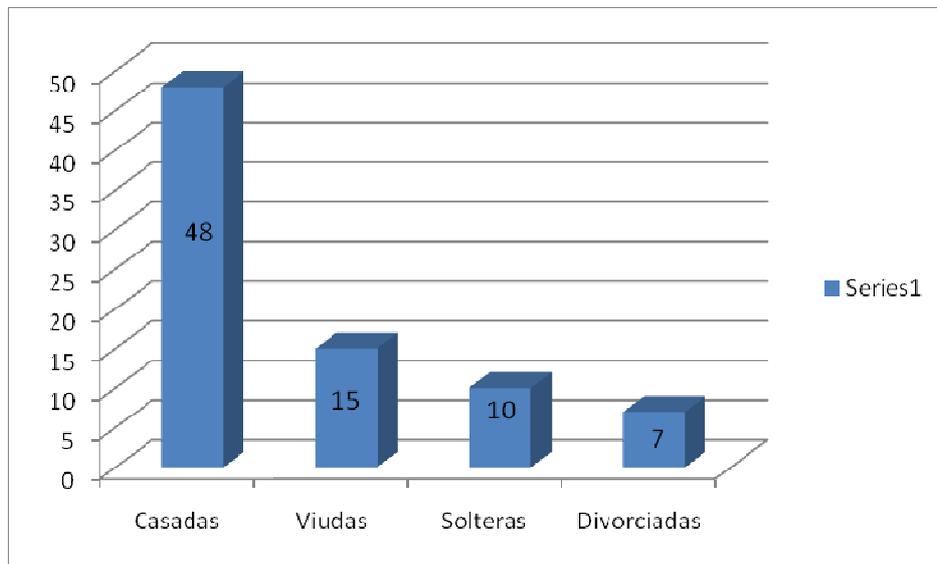
**Inicio de Vida Sexual Activa:** el rango fue de 14-25 años de edad, con un promedio de 18.91 y una Desviación Estándar de  $\pm 2.2$ .

**Estadio de la Enfermedad:** 33 (41.25%) se diagnosticó en el Estadio III, 32 (40%) se diagnosticó en el Estadio II, 8 (10%) fue diagnosticado en el Estadio I y 7 (8.75%) se diagnosticaron en el Estadio IV de la enfermedad. (Grafica # 8).

**Grado de Conocimiento:** 38 (47.5%) grado Bajo de conocimientos de la enfermedad, 26 (32.5%) grado Medio de conocimientos en relación a su enfermedad y 16 (20%) grado de conocimientos Alto en relación a su padecimiento. (Grafica # 9).

**Tablas (Cuadros) y Graficas:**

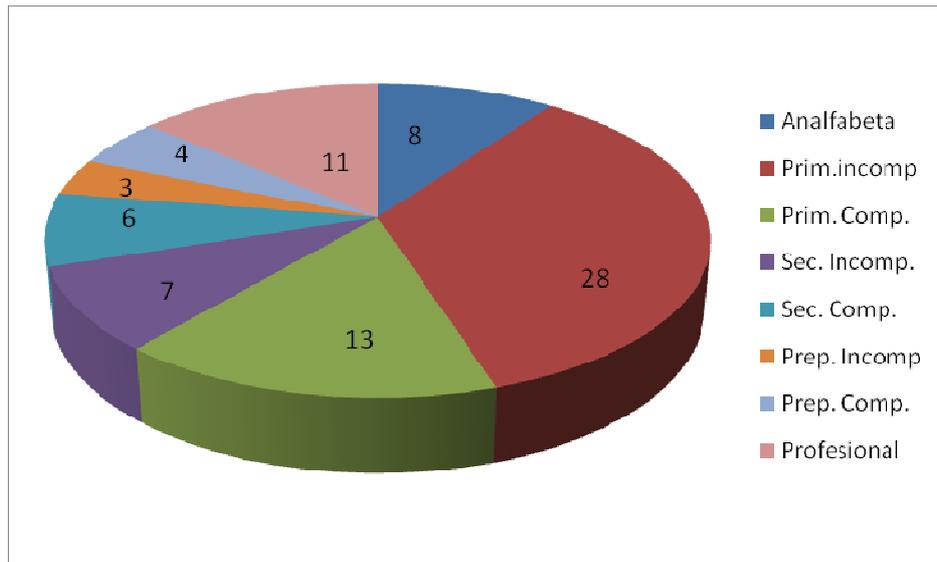
**Estado Civil**



**Grafica No. 1**

**Fuente:** La Encuesta.

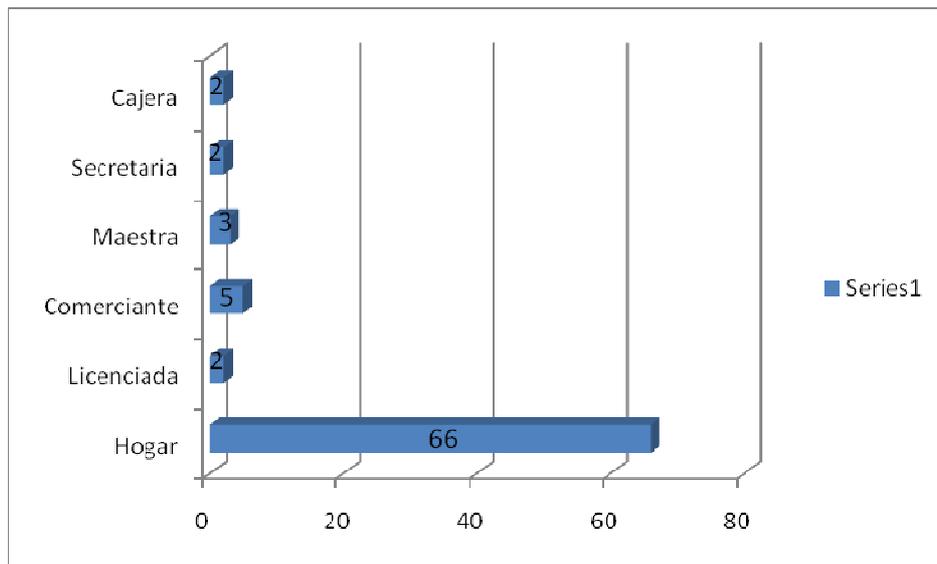
### Escolaridad



Grafica No. 2

Fuente: La Encuesta.

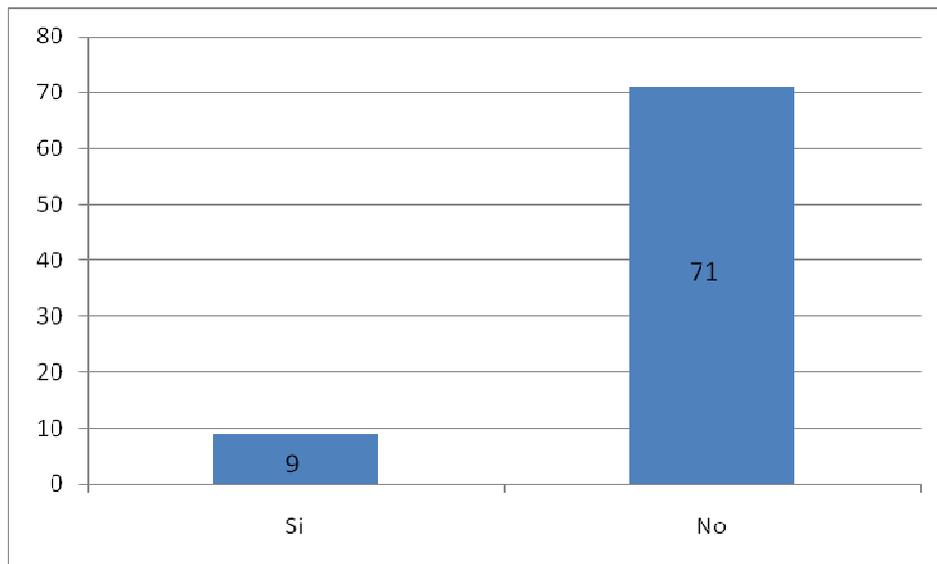
### Ocupación



Grafica No. 3

Fuente: La Encuesta.

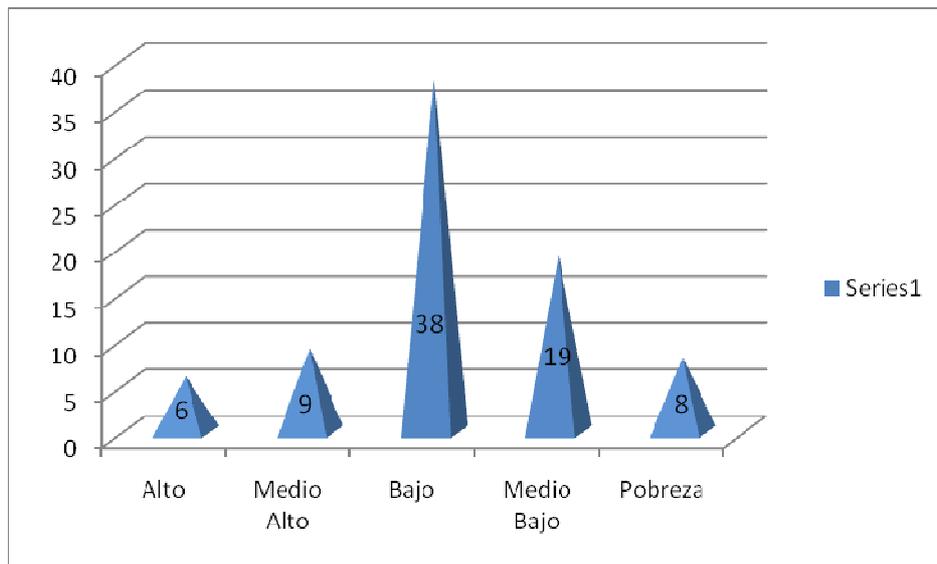
### Adicciones



**Grafica No. 4**

**Fuente:** La Encuesta.

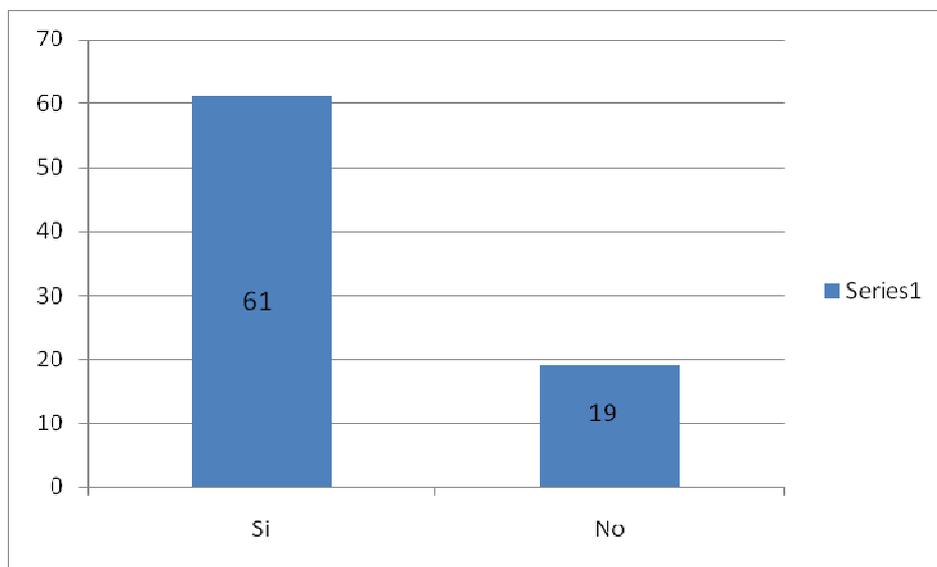
### Nivel Socioeconómico



**Grafica No. 5**

**Fuente:** La Encuesta.

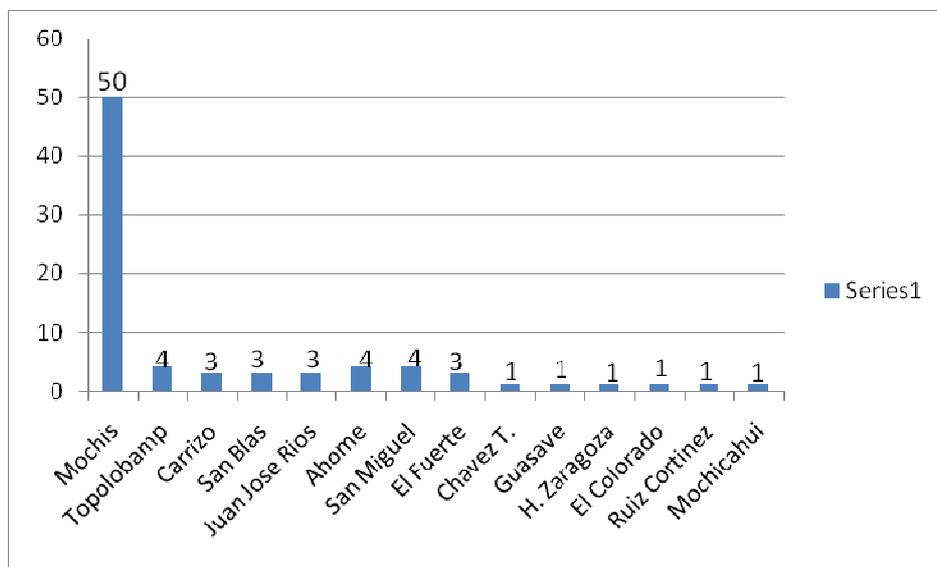
### Lactancia



**Grafica No. 6**

**Fuente:** La Encuesta.

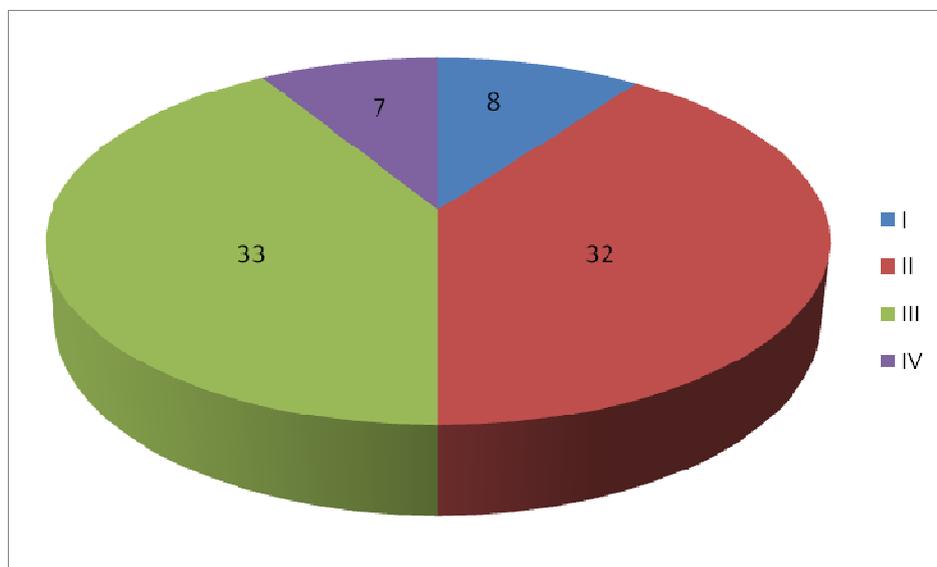
### Lugar de Residencia



Grafica No. 7

Fuente: La Encuesta.

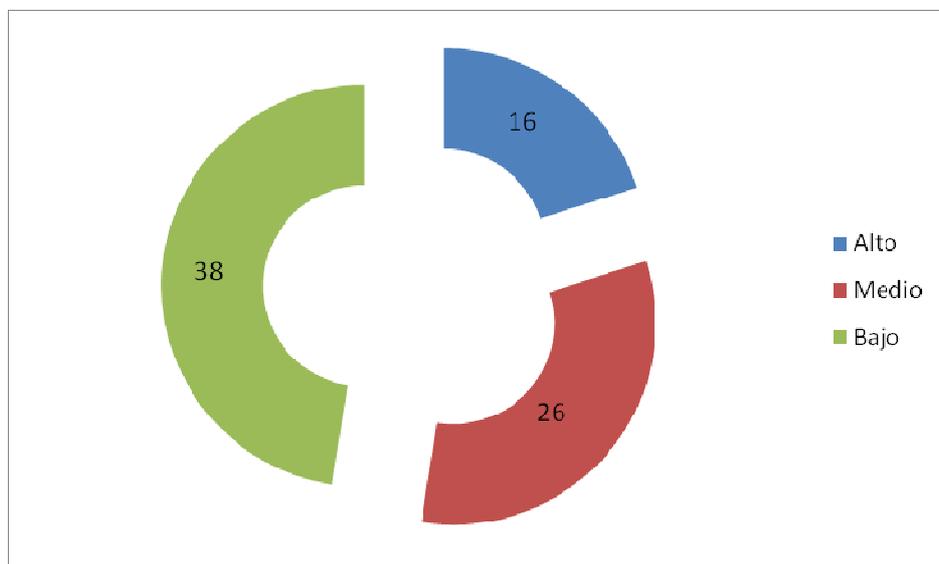
**Estadio de la Enfermedad**



**Grafica No. 8**

**Fuente:** La Encuesta.

### Grado de Conocimiento



Grafica No. 9

Fuente: La Encuesta.

## **Discusión**

Se realizó el presente estudio para determinar el grado de conocimiento en relación al auto cuidado en las pacientes con Cáncer de Mama que están recibiendo quimioterapia en el Hospital Gineco-pediatrico número 02 de los Mochis, Sinaloa., Evaluando el grado de conocimiento en las pacientes que pueden ser Alto, Medio ó Bajo; en donde se encontró que las pacientes cuentan con un Bajo grado de conocimiento siendo un total de 38 personas de 80 pacientes entrevistadas, que esto representa el 47.5%.

Mientras que la literatura médica menciona que el objetivo primordial del médico debería ser anticipar como la enfermedad va a afectar a la familia y su estadio actual del ciclo vital y reconocer como la familia está afectando realmente a la experiencia de la enfermedad de la paciente. Es fundamental mantener una comunicación clara, precisa y abierta entre la paciente, familia y medico para el éxito de la adaptación. (6).

Actualmente no hay una buena comunicación entre la paciente-médico-familia, para el auto cuidado en las pacientes con cáncer de mama que están recibiendo quimioterapia, lo cual implica un Bajo grado de conocimiento y no se esté llevando dicho objetivo, por desconocimiento o ignorancia del tema de la enfermedad. (9).

En relación a la edad se encontró que el promedio de edad de nuestra población fue de 58.9 años, mientras que la media nacional muestra un mayor incidencia a los 50 años de edad con aumento en sus incidencia a medida que la edad aumenta. Lo que corresponde a la prevalencia de enfermedad que se encuentra en nuestro medio ya que el mayor de número de casos en mujeres encuestadas la enfermedad se presento después de los 50 años de edad en 60 casos. (1).

El presente trabajo no muestra una diferencia entre la Nuliparidad y la paridad de nuestras pacientes encuestadas ya que todas ellas tuvieron hijos en número que varía de 1 hijo hasta 10 hijos. (1).

También se encontró que las adicciones se encontraron presente en 9 casos que corresponde al 11.25% de las encuestas realizadas y la literatura nacional nos reporta una relación de entre el 40 y el 60% de riesgo para cáncer de mama. (1).

En relación al grado de escolaridad se encontró que el bajo nivel escolar es un factor de riesgo importante como se refiere en la literatura nacional ya que en este estudio la enfermedad se presentó en el mayor número de los casos en las pacientes que tenían como grado máximo de estudios la educación primaria ya sea completa o incompleta, así como en el grupo de los que no tenían educación. Que correspondió al 61.25% de los casos encuestados. (1).

Este estudio reveló que la ocupación de las pacientes fue un factor de riesgo relevante ya que 66 de los casos que corresponde al 82.5% se presentó en pacientes dedicadas al hogar. Y el resto en aquellas que realizaban alguna actividad fuera de su hogar.

También se encontró que la pobreza continua siendo un factor de riesgo importante para la enfermedad ya que del nivel socioeconómico bajo al nivel de pobreza extremo se encontraron encontramos 65 casos que corresponde al 81.25%.

En relación a la lactancia se encontró que 61 de los casos que corresponde al 76.25% habían amamantado a sus hijos, y el 23.75 de los casos no lo habían realizado. Por lo que se corrobora lo que informa la literatura nacional donde se reporta que la lactancia es un factor de protección para el cáncer de mama. (12).

En relación al lugar de residencia llama la atención que el 62.5% de los casos se presentó en la zona urbana por lo que se hace énfasis en cuanto al nivel de promoción de la salud en esta área geográfica.

### **Conclusiones:**

El estudio nos reporta que aún nos falta mucho por hacer en el ámbito educativo ya que el nivel de conocimiento bajo predomina en las pacientes encuestadas, desconociendo en si cuales son los conocimientos en relación al tratamiento y los efectos secundarios del medicamento antineoplásico en las pacientes que reciben tratamiento de quimioterapia por cáncer de mama, esto tendría que mejorar en relación con la atención personalizada de las pacientes en edad de riesgo, ya que la relación medico paciente con una comunicación clara y directa mejoraría substancialmente este factor de riesgo.

También se encontró que la edad de presentación coincide con la referida en la literatura revisada y en la mayor de 50 años donde se presento la mayor frecuencia por lo que deberemos de trabajar en la búsqueda intencionada en este grupo de paciente con realización rutinaria de mamografías para detectar el padecimiento en estadios subclínicos. Ya que la gran mayoría de las pacientes encuestadas fueron diagnosticas en el estadio numero III, en este padecimiento como en la mayoría de todos el nivel de escolaridad y el nivel socioeconómico continua como un factor determinante de la aparición de esta enfermedad siendo más afecta la clase más desprotegida como son los de nivel escolar bajo, y nivel socioeconómico bajo por lo que se sugiere trabajar más en la promoción y facilitar el alcance de métodos diagnósticos a este tipo de población y poder evitar así la aparición de la enfermedad en etapas tardías.

En cuanto a la nuliparidad, encontramos que sigue siendo un factor de riesgo para la aparición de cáncer de mama.

Encontramos también que la lactancia no será un factor confiable de ausencia de enfermedad así como la nuliparidad por lo que los programas de educación deben de realizarse en toda la población sin excepción de casadas y solteras y de paciente que hayan amamantado o no, algo que llama poderosamente la atención es el hecho que la mitad de las paciente correspondían al medio rural y el resto al medio urbano porque no hay que descuidar ninguna área geográfica en la búsqueda de la enfermedad ya que no garantiza el vivir en tal o cual lugar su ausencia de presentación. En cuanto a la ocupación nosotros encontramos que era

más frecuencia en las personas que se dedican al hogar que las que realizaban una actividad fuera del mismo pero no es justificación para no promoverla en todos los grupos etarios dentro y fuera del hogar.

Aunque encontramos una relación baja en cuanto a la relación de la enfermedad con las adicciones si es significativo mencionar que por el tamaño de muestra la presencia de 9 casos es importante y si fomenta una vida sana las probabilidades de contar con un factor de protección aumentan.

Por último sugerimos que la educación continua en nuestros pacientes y el usar los recursos disponibles para la detección de la enfermedad son la mejor herramienta para un diagnóstico oportuno de la misma. Con esto podremos disminuir la incidencia de la enfermedad que día a día va en aumento principalmente por el desconocimiento de los métodos de diagnóstico que en muchas ocasiones no requieren de la inversión económica para poder realizar un diagnóstico oportuno.

## **Bibliografía**

- 1.- Isselbacher, Braunwald, Wilson, Martin, Fauci, Kasper; **Harrison Principios de Medicina Interna**. 13ra edición. Madrid, España., Editorial Interamericana McGraw-Hill, S.A de C.V. volumen II, págs.: 2120-2126., 1994.
- 2.- Díaz R. **Monografías Clínicas en Oncología**, Efectos secundarios de la Quimioterapia, Antineoplásica, Barcelona, Doyma, 1998.
- 3.- Backer T., **Quimioterapia del cáncer**, Barcelona, Editorial Salvat, 1985.
4. - American Society Of hospital Pharmacists A.S.H.P., “**Safe handling of citotocic drugs**”. 1986.
5. - Sharon Batt, Patient no more (Charlottetown, PEI, Canada, Synergy Books, 1994), pagina 86.
6. - John Cairns, “**The Treatment of Diseases and the War against Cancer**”, Scientific American, 253 (5), Noviembre 1985, paginas: 51-59.
- 7.- Modelos y Teorías., 4ta edición. Mosby-Doyna, Barcelona, España. 1998.
8. - Abstract, 10th Meeting of the Nurses Group Harrogate, U.K., Marzo, 1994.
9. - Abstract, 10<sup>th</sup> Meeting of the Nurses Group Inglaterra, U.K., Marzo, 1994.
10. - Ewald Gregory A. y McKenzie Clark R. **Manual de Therapeutic Medical Washington**. 9na edition, ST. Louis, Missouri, EE.UU. Masson- Little, Brown, S.A., 1996.
- 11.- Decherney Alan H. y Pernoll Martin L. **Diagnostico y Tratamiento Ginecoobstreticos**. 7ma edición, México, D.F., Manual Moderno S.A de C.V., 1997.
- 12.- Septien González José Manuel, Morfin Martin Julio Horacio y Clavello Fiorini Anita. **PAC GO-1 Ginecología y Obstetricia**. 1era Reimpresión 1999, México, D.F., Editorial Intersistemas S.A de C.V., 1998.
- 13.- Instituto Mexicano del Seguro Social. **Detección y Atención Integral del Cáncer de Mama**. Guía technical 2004., México, D.F., Paginas: 7, 8 y 21.
14. - Quinn WH, Herndon A: **The Family ecology of cancer**. Journal of Psychosocial Oncology. 4 (1/2): 45-59, 1986.

15. - **Welch D: Nursing Interventions for Family members of adults cancer patients. Cancer Nurse 4: 365-370, 1981.**
16. - **Zabora JR, Fetting JH, Shanley VB, et al: Predicting conflict with staff among families of cancer patients during prolonged hospitalizations. Jornal of Psychosocial Oncology 7 (3): Paginas 103-111, 1989.**
- 17.- Manual Merck., Enfermedades de la Mama (Cáncer de Mama). 10ma edición, edición del centenario, Ediciones Harcourt S.A de C.V., 1999.
- 18.- Instituto Mexicano del Seguro Social. "Guía Técnica 2004 para la Detección y Atención Integral del Cáncer de Mama". México, D.F., Delmo Comunicaciones S.A de C.V. paginas 64-71. 2008.
- 19.- Gerardo Hernández Muñoz, Edgardo T.L., Bernardello, José Aristodemo Pinotti. Cáncer de Mama. 3ra edición., Editorial McGraw-Hill. Interamericana de Venezuela S.A. de C.V., Impreso en Caracas, Venezuela. Págs.: 18-20. 1998.
- 20.- Daniel B. Kopans., La Mama en Imagen. 2da edición., Editorial Marban Joaquín María López, 72. 28015, Madrid, España., págs.: 34-36. 1999.
- 21.- Larry J. Copeland., Ginecología. 2da edición., Editorial Medica Panamericana Marcelo T. de Alvear 2145, Buenos Aires, Argentina., págs.: 52-53. 2002.
- 22.- Samuel Yen, Robert B. Jaffe, Robert L. Barbieri., Endocrinología de la Reproducción. 4ta edición., Editorial Medica Panamericana Marcelo T. de Alvear 2145, Buenos Aires, Argentina., págs.: 413-414. 2001.
- 23.- Alfonso Fernández-Cid, María Fernández-Cid., Enciclopedia de Mastología. Departamento de Ginecología y Obstetricia, Instituto Universitario Dexeus, Editorial Massón S.A de C.V., Ronda General Mitre, 149- Barcelona, España., págs.: 743. 1998.
- 24.- Steven G. Gabbe, James R. Scott., Clínicas Obstétricas y Ginecológicas. 3ra edición., Editorial McGraw-Hill Interamericana Editores S.A de C.V., Cedro numero 512, colonia Atlampa, Delegación Cuauhtémoc, c.p. 06450, México, D.F. págs.: 701-702. 2003.
- 25.- Nicolás Ramírez-Torres, Agustín Germán Robles-Robles. Ginecología y Obstetricia de México. Cáncer de Mama y Embarazo Subsiguiente., Federación Mexicana de Colegios de Obstetricia y Ginecología., A.C., volumen 78., Editorial Carlos Fernández de Castillo S., Index Medicus, Artemisa, Índice Medico Latinoamericano, Lilacs, Medline. Págs.: 83-91. Febrero 2010.



**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
DEPARTAMENTO DE EDUCACION E INVESTIGACION MÉDICA  
HOSPITAL GINECOPEDIATRICO # 02., LOS MOCHIS, SINALOA.**

**PROCOLO DE INVESTIGACION**

**NIVEL DE CONOCIMIENTOS EN RELACION AL AUTOCUIDADO EN LA  
PACIENTE CON CANCER DE MAMA QUE INGRESA A TRATAMIENTOS DE  
QUIMIOTERAPIA.**

**CUESTIONARIO PARA ENTREVISTA A LA PACIENTE CON CANCER DE MAMA  
CON TRATAMIENTO DE QUIMIOTERAPIA:**

- Edad: \_\_\_\_\_
- Estado civil: \_\_\_\_\_
- Escolaridad: \_\_\_\_\_
- Ocupación: \_\_\_\_\_
- Adicciones: \_\_\_\_\_
- Nivel socioeconómico: \_\_\_\_\_
- Tiempo de evolución de la enfermedad: \_\_\_\_\_
- Número de Hijos: \_\_\_\_\_
- Lactancia: \_\_\_\_\_
- Lugar de residencia: \_\_\_\_\_
- Inicio de Vida Sexual Activa: \_\_\_\_\_
- Estadio de la Enfermedad: \_\_\_\_\_
- Grado de Conocimiento: \_\_\_\_\_

**NOTA:** Lea cuidadosamente las preguntas del siguiente cuestionario y conteste correctamente sí o no.

- 1.- ¿Conoce usted sobre su padecimiento? SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_
- 2.- ¿Conoce usted acerca del tratamiento de Quimioterapia? SI \_\_\_\_\_  
NO \_\_\_\_\_ Que conoce:

El medicamento que se le aplica: SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_ Cual: \_\_\_\_\_

Los riesgos del tratamiento: SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_ Cual: \_\_\_\_\_

Inmunosupresión: SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_

Muerte súbita en el momento del tratamiento: SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_

Daño renal: SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_

Anemia: SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_

Alergias: SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_

- 3.- ¿Sabe usted los efectos secundarios que le puede causar el tratamiento de Quimioterapia?

SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_ Cuales: \_\_\_\_\_

Vómitos: SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_

Nauseas: SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_

Dolor: SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_

Perdida del cabello: SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_

Infecciones: SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_

- Problemas de coagulación: SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_
- Diarrea: SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_
- Irritación de intestinos: SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_
- Dificultad para deglutir: SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_
- Estreñimiento: SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_
- Hipersensibilidad de la piel: SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_
- Afectación de órganos: SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_
- Problemas sexuales: SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_
- 4.- ¿Conoce usted cuales son los beneficios de este tratamiento? SI \_\_\_\_\_  
NO \_\_\_\_\_
- 5.- ¿Sabe usted que es la Quimioterapia? SI \_\_\_\_\_  
NO \_\_\_\_\_
- 6.- ¿Sabe usted cuales son las causas por lo que en alguna ocasión usted no puede recibir su tratamiento de Quimioterapia?
- Anemia: SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_
- Bajo de plaquetas: SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_
- 7.- ¿Conoce usted el cuidado que debe tener con las excretas?
- Agua y jabón: SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_
- Desinfectantes: SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_
- Lavar su ropa por separado: SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_
- Baño diario: SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_
- 8.- ¿Sabe usted cual es la importancia que lleve un control sobre los líquidos?  
SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_
- 9.- ¿Sabe usted porque es tan importante, el cambiar de sitio de la punción momento de estar recibiendo la Quimioterapia?
- Irritación: SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_
- Inflamación: SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_
- Infiltración: SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_
- 10.- ¿Conoce usted las medidas higiénicas y de precaución que debe tener en su domicilio después de haber recibido la Quimioterapia? SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_
- 11.- ¿Conoce usted sobre su alimentación, que alimentos debe consumir y cuáles no?
- Frutas y verduras: SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_
- Carnes rojas, irritantes, grasas y embutidos: SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_
- 12.- ¿Sabe usted cual es la importancia de acudir a sus citas, puntual y no faltar?
- Perder la sesión: SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_
- Programar cita: SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_
- 13.- ¿Su familia la apoya durante este proceso de su vida? SI \_\_\_\_\_  
NO \_\_\_\_\_
- 14.- ¿Quien le proporciono toda esta información?
- Medico: SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_
- Enfermera: SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_
- Trabajo social: SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_
- Clínica de adscripción: SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_
- Otra unidad: SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_

<b>RESULTADOS DEL CUESTIONARIO</b>	
<b>14-11 RESPUESTAS AFIRMATIVAS</b>	<b>NIVEL ALTO DE CONOCIMIENTOS</b>
<b>10-8 RESPUESTAS AFIRMATIVAS</b>	<b>NIVEL MEDIO DE CONOCIMIENTOS</b>
<b>7 0 MENOS RESPUESTAS AFIRMATIVAS</b>	<b>NIVEL BAJO DE CONOCIMIENTOS</b>

