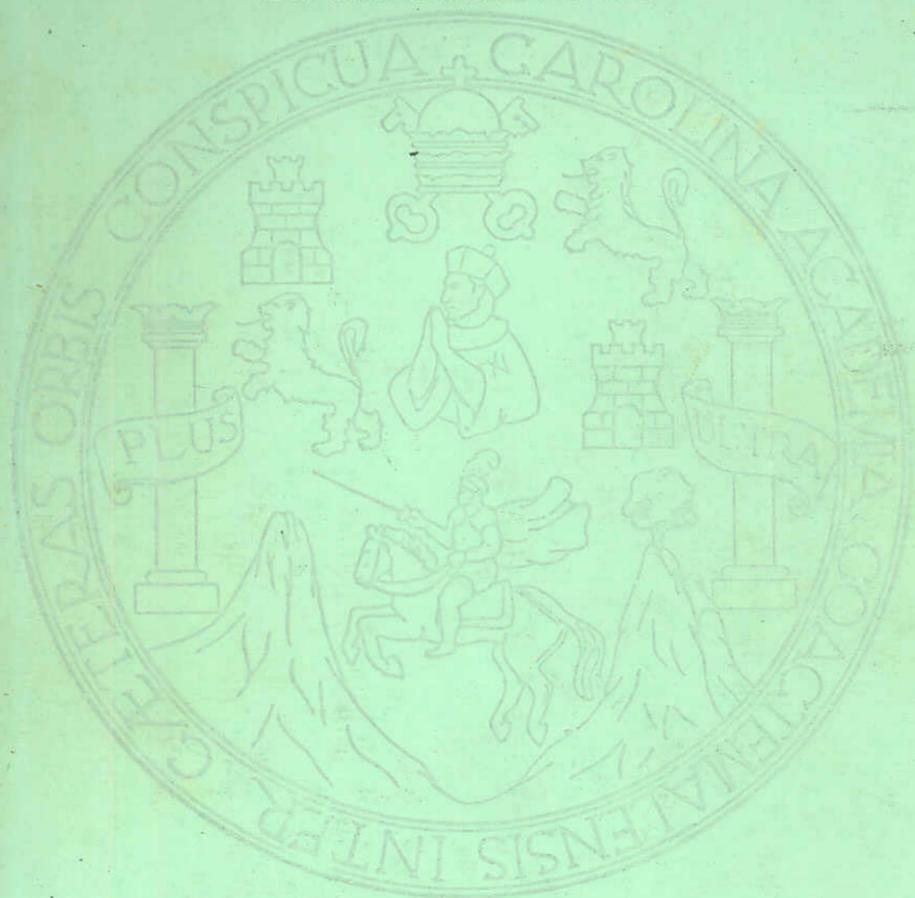


Universidad de San Carlos de Guatemala

Facultad de Ciencias Médicas

**CAUSAS RELACIONADAS CON EL DIAGNOSTICO TARDIO
DE CANCER DE MAMA**



CHRISTIAN MOISES DE LEON MOTTA

Médico y Cirujano

Guatemala, Septiembre de 1999

INDICE

I.	INTRODUCCION	1
II.	DEFINICION Y ANÁLISIS DEL PROBLEMA	3
III.	JUSTIFICACION	4
IV.	OBJETIVOS	5
V.	REVISION BIBLIOGRAFICA	6
VI.	MATERIAL Y METODOS	29
VII.	ANÁLISIS Y DISCUSION DE RESULTADOS	34
VIII.	CONCLUSIONES	41
IX.	RECOMENDACIONES	42
X.	RESUMEN	43
XI.	REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	44
XII.	ANEXOS	46

I. INTRODUCCION

El cáncer de mama, es la neoplasia maligna más frecuente en el sexo femenino, actualmente la incidencia y morbi-mortalidad han ido aumentando a nivel mundial. En Guatemala ocupa el segundo lugar de los cánceres de la mujer, precedido sólo por el cáncer del cuello uterino.

El presente trabajo es un estudio descriptivo de tipo transversal, realizado con pacientes con diagnóstico de cáncer de mama, en etapa avanzada, que asisten a la consulta externa de la Clínica de Mama del Departamento de Gineco-Oncología, del Hospital de Gineco-Obstetricia del Instituto Guatemalteco del Seguro Social, IGSS, Pamplona, en el periodo Junio-Agosto de 1999.

El objetivo principal fue determinar las causas más frecuentes de diagnóstico tardío de cáncer de mama.

Se incluyeron 50 pacientes con diagnóstico de cáncer de mama, en etapas avanzadas.

Entre los principales resultados, se obtuvo que el 84% de las pacientes tuvieron un promedio de tiempo entre la aparición de la masa y el diagnóstico médico de cáncer de mama de 10.7 meses. Dentro de los factores por los cuales las pacientes no asisten a examen rutinario de mama, fueron identificados la ignorancia con respecto al examen, falta de educación sobre el tema y la falta de tiempo para la realización del mismo. En cuanto a las creencias de las pacientes acerca del cáncer de mama, el 70% respondió que el cáncer de mama tiene curación, un 56% que es de carácter hereditario y un 8% que es contagioso.

Respecto a las actitudes tomadas por la paciente ante la aparición de una masa en la mama, la mayoría dejó pasar el tiempo, solo un consultó con el médico y buscó ayuda religiosa. Entre las conductas más frecuentes de las pacientes al ser informadas de padecer cáncer de mama, se encontraron: buscar ayuda divina, colaborar con el médico y no aceptación de la patología.

Se recomienda implementar un programa de concientización dirigido al personal médico y paramédico del Seguro Social para la educación permanente hacia las pacientes con el fin de fortalecer la práctica de la autopalpación de las mamas, examen clínico, estudios diagnósticos para la detección y tratamiento del cáncer de mama.

II. DEFINICION Y ANÁLISIS DEL PROBLEMA.

El cáncer de mama es el cáncer más común entre las mujeres. Su incidencia es muy alta en Norteamérica y Europa del Norte, intermedia en Europa del sur, América del sur y América Central y baja en Asia y Africa.

(1) *Delgado 99*
Las tasas de incidencia han ido aumentando en los últimos años en todo el mundo, si ésta tendencia se mantiene, se ha estimado que la incidencia mundial anual de cáncer de mama superará el millón de mujeres en el año 2,000. (1)

El cáncer de mama constituye una de las principales causas de muerte en los países desarrollados. En fecha reciente, ha rebasado al cáncer pulmonar como causa principal de muerte de origen canceroso en mujeres. En Guatemala, el cáncer de mama es la neoplasia maligna que ocupa el segundo lugar, precedida por el cáncer de cérvix o cuello uterino. (2,8,14).

Ha sido ampliamente documentado que para la mayor parte de los carcinomas mamarios existe una fase preclínica de 6 a 8 años. La molestia actual en casi el 70% de las pacientes es una masa casi siempre indolora en la glándula mamaria, siendo los signos menos frecuentes el dolor de la mama, secreción del pezón, erosión, retracción y crecimiento o encogimiento de la glándula mamaria. Alrededor del 90% de las masas mamarias las descubre la propia paciente, por medio de la autopalpación. Se ha observado que aunque las pacientes, identifiquen una masa o cualquier otro síntoma mamario, no acuden al médico tempranamente para un examen completo. Esto hace, que el diagnóstico se haga tardíamente provocando que la enfermedad avance hasta un estadio irreversible, donde el pronóstico es sombrío. (6,12)

El presente trabajo pretende determinar las causas, por las cuales las pacientes consultan tardíamente con el médico y que no permiten un diagnóstico precoz en mujeres que asisten a la consulta externa de la Clínica de Mama, del Departamento de Gineco-Oncología del Hospital de Gineco-Obstetricia del Instituto Guatemalteco del Seguro Social, IGSS, Pamplona.

III. JUSTIFICACION.

El cáncer de mama, es el cáncer más frecuente en el área ginecológica 1 de cada 5 mujeres muere por éste. En el medio nacional ocupa el segundo lugar de los cánceres en la mujer. (10,14)

Todavía no han podido establecerse principios definitivos en lo que se refiere a la prevención primaria del cáncer de mama, por ello es necesario estimular su prevención secundaria, consistente en la detección, el diagnóstico precoz y el tratamiento correspondiente.

La importancia del diagnóstico en la lucha contra el cáncer de mama es absoluta, ya que conseguir un diagnóstico precoz de la enfermedad, o cuando menos temprano, lleva por una parte a la curación, y por otra a conseguir dicha curación conservando la mama, evitando secuelas psicológicas por la mutilación quirúrgica del tratamiento radical.

Es sabido que cuanto más se retrase el diagnóstico, mayor tamaño tumoral se alcanzará, y con ello más posibilidades de que la enfermedad se extienda a ganglios regionales u órganos distantes, lo que sería un estado de enfermedad avanzada posiblemente incurable.

Los intentos para mejorar el diagnóstico han sido y siguen siendo muchos, desde la simple espera a que la mujer acuda a la clínica por haberse detectado accidentalmente una masa, de que toda mujer se autoexplora sus mamas mensualmente y se realice una exploración médica periódica, hasta llegar a los programas de detección mamográfica en la población femenina aparentemente sana.(5)

Por todo lo anterior, es importante conocer y determinar las causas por las cuales las pacientes consultan tardíamente al médico, para así poder modificarlas y reducir la incidencia de diagnósticos tardíos lo que le dará a la paciente mejor pronóstico y mayor sobrevida.

IV. OBJETIVOS.

• Objetivo General:

Determinar las causas más frecuentes del diagnóstico tardío de cáncer de mama, en pacientes con diagnóstico de cáncer de mama, en etapas avanzadas, que asisten a la consulta externa de la Clínica de Mama del Departamento de Gineco-Oncología, del Hospital de Gineco-Obstetricia del Instituto Guatemalteco del Seguro Social, IGSS, Pamplona. Junio-Agosto de 1999.

• Objetivos Específicos:

- Establecer el tiempo transcurrido entre la aparición de la masa, detectada por la paciente u otro medio y el momento del diagnóstico patológico.
- Analizar cuales son los factores por los cuales, la paciente no asiste con el médico, a examen rutinario de mama.
- Identificar las creencias de la paciente sobre el cáncer de mama.
- Conocer las actitudes de la paciente ante el apareamiento de una masa en la mama.
- Describir cuales son las conductas de las pacientes al ser informadas que tienen cáncer en la mama.

V. REVISION BIBLIOGRAFICA.

Embriología de la mama:

Las glándulas mamarias comienzan a desarrollarse durante la sexta semana como yemas primarias sólidas de epidermis hacia el mesénquima subyacente. Estos primordios primarios se presentan a lo largo de dos tiras engrosadas de ectodermo, *rebordes mamarios*. Cada yema mamaria primaria origina al poco tiempo varios primordios secundarios que se desarrollan en *conductos lactíferos*, cuyas ramificaciones constituyen la *glándula mamaria*. (9)(16)

Las glándulas mamarias son glándulas reproductoras secundarias, de origen ectodérmico, formadas a partir de glándulas sudoríparas modificadas. (12)

La epidermis ubicada en el origen de la glándula mamaria se deprime para formar una cúpula mamaria de poca profundidad. Aunque los pezones se encuentran deficientemente formados y deprimidos en los recién nacidos, después del nacimiento salen de las cúpulas mamarias debido a la proliferación de tejidos conectivos circundantes de la *aréola*, región circular pigmentada de la piel que rodea al pezón. (9)

Histología de la mama:

La mama de la mujer adulta contiene tejido glandular y de conductos, un estroma de tejido fibroso que mantiene juntos los lóbulos individuales y tejido adiposo dentro de los lóbulos y entre ellos. (12)

Cada mama está constituida por 12 a 20 lóbulos cónicos. La base de cada lóbulo está cerca de las costillas; el vértice, que contiene los conductos excretores principales del lóbulo, está situado cerca de la areola y del pezón.

Cada lóbulo está formado por un grupo de lobulillos, y los numerosos conductos galactóforos en cada lobulillo, se unen para formar un conducto principal que drena un lóbulo, conforme convergen hacia la areola. Cada

uno de los conductos principales se ensancha para formar una ampolla al alcanzar la areola, y luego se estrecha en su abertura individual en el pezón.

Los lobulillos están sostenidos para una formación reticular de tejido areolar adiposo. El tejido adiposo aumenta hacia la periferia del lobulillo y da a la mama su volumen y forma hemisférica. Cerca de 80 a 85% de la mama normal es grasa. Los tejidos mamarios están unidos a la piel que los recubre y al tejido subcutáneo mediante bandas fibrosas. (12,4,17)

Anatomía de la mama:

La mama femenina forma parte de los caracteres sexuales secundarios y se desarrolla a través de las glándulas apócrinas.

Las glándulas mamarias son tubuloalveolares ramificadas y se localizan sobre los músculos pectorales mayores, a los cuales están unidas por una capa de tejido conectivo. (17)

El pezón protuye 5 a 10mm por arriba de la piel areolar y contiene músculo liso. La areola es un anillo de pigmentación oscura del epitelio que rodea al pezón. Contiene muchas pequeñas aberturas de glándulas sebáceas llamadas de Montgomery. Los ligamentos suspensorios de la mama (los ligamentos de Cooper) representan un armazón de bandas de tejido conectivo fibroso dispuestas entre la piel y la fascia pectoral, y brindan sostén a los lobulillos. Sólo 10 a 15% del tejido mamario es epitelial y el resto corresponde a estroma. (13,16,17)

Más de la mitad del riego sanguíneo de la mama proviene de las ramas perforantes anteriores de la arteria mamaria interna. La arteria axilar, a través de la torácica lateral y la toracoacromial, es otra fuente importante del riego sanguíneo. Las venas superficiales de la mama drenan en primer lugar hacia la vena mamaria interna. Las venas profundas se corresponden principalmente con el árbol arterial. (13)

Las glándulas mamarias de hombres y mujeres no están desarrolladas en el momento del nacimiento, y tienen el aspecto de pequeñas prominencias de la parte anterior del tórax. Al llegar a la

pubertad comienza el desarrollo de las mamas femeninas, que incluye alargamiento de los conductos lactíferos, depósito de grasa abundante y crecimiento e hiperpigmentación de areola y pezón, cambios que se vinculan con el aumento en la secreción ovárica de estrógenos. La función primordial de las glándulas mamarias es la secreción de leche, fenómeno conocido como lactación. (7)

Epidemiología del cáncer mamario:

Puesto que cada vez más mujeres viven más tiempo, la amenaza de cáncer mamario está aumentando. Entre las comunidades estadounidenses se diagnostican más nuevos casos de cáncer mamario que de cualquier otro tipo invasor. El cáncer mamario es superado sólo por el pulmonar como causa de muerte oncológica. Para una mujer que vive en Estados Unidos, las posibilidades de toda su vida son de una en nueve, casi el doble del riesgo que en 1940. Sin embargo, esta cifra se basa en el periodo vital de una mujer que llega a los 85 años, sólo una en 50 presentará la enfermedad. (10)

En Guatemala, el cáncer de la mama (femenino), sigue ocupando el segundo lugar en frecuencia, siendo precedido por el cáncer del cuello uterino, y su incidencia va aumentando según los registros nacionales, lo cual es debido en gran parte al diagnóstico tardío de la enfermedad. (14)

Factores de riesgo para el cáncer de mama:

Aspectos demográficos:

Desde el punto de vista histórico, las tasas de incidencia de cáncer mamario han sido cuatro a siete veces mayores en Estados Unidos que en China o Japón. Cuando las chinas, japonesas o filipinas emigraron a la Unión Americana, el riesgo de cáncer de mama aumentó con el paso de algunas generaciones y se acercó al correspondiente a las mujeres blancas estadounidenses, lo cual confirma la importancia del estilo de vida y el entorno en la génesis del cáncer de mama. (8)

En países occidentales, la incidencia de cáncer mamario aumenta con la edad durante la vida, pero de manera más rápida antes de los 50 años que después, y más alta en blancas que en negras mayores de 45 años, similar en blancas y negras de 40 a 44 años y más altas en negras menores de 40 años.

Las afroestadounidenses tienen una mayor tasa de mortalidad en comparación con las blancas de edad similar. *El retraso del diagnóstico en las que tienen menos privilegios económicos pudiera explicar esto.* (10)

Antecedentes familiares de cáncer mamario:

Cualquier antecedente familiar de cáncer mamario aumenta el riesgo relativo global de cáncer de esta glándula en la mujer. (1,11)

Si la madre de una mujer tuvo cáncer, su riesgo aumenta a sólo 1.8 veces (80%), en lugar de 4 (300%) que se calculaba antes y en comparación con alguien sin el antecedente. Cuando la enfermedad ocurrió en la madre y una hermana de la paciente, el riesgo es de 2.5 veces mayor; si se presenta en la hermana es 2.3. Sin embargo, el riesgo no aumenta en grado importante en las mujeres cuyas madres o hermanas tuvieron cáncer mamario después de la menopausia, en tanto que las que lo experimentaron en el periodo premenopáusico bilateral tienen un riesgo de toda su vida de por los menos 40 a 50%, y si es premenopáusico unilateral su riesgo se aproximará a 30%. (10,11)

Antecedente de cáncer:

Las mujeres con antecedentes de cáncer de mama experimentan un riesgo de cerca del 50% de desarrollar cáncer mamario microscópico en la mama contralateral. Aquellas con antecedente de cáncer endometrial, ovárico o cáncer de colon, también se han relacionado con un mayor riesgo de padecer la enfermedad. (10,11)

Edad de la paciente:

Este es el factor de riesgo demográfico más importante para desarrollar cáncer de mama. (15) Menos de 1% de todos los cánceres mamarios se producen en mujeres menores de 25 años de edad, sin embargo después de los treinta se incrementa de manera aguda la incidencia de este tipo de cáncer, salvo por la meseta breve que ocurre entre los 45 y los 50 años de edad, esta incidencia se incrementa de manera sostenida con el paso de la edad. (10,11)

Antecedentes reproductivos:

Dos de las características epidemiológicas más reproducibles del cáncer de mama son la disminución del riesgo asociada con el aumento en el número de hijos y el aumento del riesgo en mujeres solteras. (1)

Las mujeres casadas que tienen un primer embarazo a término tardío, después de los 35 años, tienen de hecho un riesgo elevado de cáncer de mama en comparación con nulíparas. Una mujer que procrea antes de los 20 años tiene la mitad del riesgo de aquella cuyo embarazo es después de los 35 años. (1,10,11)

Según los estudios el riesgo de aparición de cáncer, disminuye en las mujeres que dan de lactar a sus hijos durante más de 15 meses en comparación con las que no amamantan a sus hijos.

Hormonas exógenas:

En varios estudios se ha observado que el uso crónico de anticonceptivos aumenta el riesgo de cáncer de mama diagnosticado antes de los 35 y posiblemente antes de los 45 años, edades en las cuales el cáncer de mama es relativamente poco común. El análisis de este estudio sugiere que la edad de inicio del uso de anticonceptivos y no su duración predice el riesgo de cáncer de mama, que es mayor entre las mujeres que empezaron a utilizar anticonceptivos orales antes de los 20 años. (1)

Actividad física:

Se ha demostrado a través de estudios epidemiológicos, que hay un menor riesgo de cáncer de mama entre las mujeres activas. El riesgo de cáncer mamario entre mujeres con un promedio de más de 4 horas de ejercicios semanales durante sus años fértiles fue casi un 60% menor que el de mujeres inactivas. (1)

Peso y altura:

El peso elevado aumenta el riesgo de cáncer de mama entre las mujeres posmenopáusicas, en contraste, el sobrepeso parece estar asociado con un ligera disminución del riesgo en las mujeres premenopáusicas. (1)

La talla no guarda relación alguna con el peligro de cáncer mamario en premenopáusicas y se detectó sólo una relación débil entre posmenopáusicas. (8)

Otros posibles factores de riesgo:

Dieta:

Estudios experimentales muestran un aumento del riesgo de tumores mamarios con una dieta rica en grasas. (1,8)

El consumo cotidiano de más de una ración de vegetales verdes o amarillos, como espinacas, zanahorias, calabaza amarilla, papas y otros vegetales ricos en vitamina A, ofrece una protección moderada contra el cáncer mamario, disminuyendo el riesgo en un 20%. Los de vitamina C o E no parecen ofrecer protección. (10)

Consumo de alcohol y cigarrillos:

La mayor parte de los estudios epidemiológicos, han mostrado una pequeña pero significativa asociación entre el consumo de alcohol y el aumento del riesgo de cáncer mamario. Los estudios no han encontrado

datos concluyentes del efecto del tabaquismo sobre, el riesgo de cáncer mamario. (1,10)

Factores intrauterinos:

La exposición intrauterina a concentraciones elevadas de estrógenos durante el embarazo podría ser importante en la etiología del cáncer de mama.

La preeclampsia, la eclampsia y un tamaño fetal pequeño, todas estas condiciones asociadas con bajos niveles de estrógenos, están también asociadas con un menor riesgo posterior de cáncer de mama. (1)

Irradiación:

En mujeres menores de 40 años, la exposición del pecho a una dosis moderada o alta de radiación está asociada con un mayor riesgo de padecer cáncer de mama; este efecto ha sido documentado después de las bombas atómicas lanzadas en Japón y como una complicación de la terapia con radiación. (1)

Exposición a pesticidas:

Según el National Cancer Institute, las mujeres con cifras sanguíneas altas de sustancias químicas halogenadas lipófilas y pesticidas tienen un mayor riesgo de cáncer de mama.(15)

Exposición a carcinógenos:

Se ha observado que la cobertura de poliuretano de algunos implantes mamarios de silicona puede fragmentarse y liberar pequeñas cantidades de 2-tolueno diamina, sustancia carcinógena en ratas, no se sabe todavía si constituye un riesgo para el ser humano. (15)

Diagnóstico:

La importancia del diagnóstico en la lucha contra el cáncer de mama es absoluta, ya que conseguir un diagnóstico precoz de la enfermedad, o cuando menos temprano, lleva, por una parte, a la curación, y, por otra, a conseguir dicha curación conservando la mama, con lo que ello significa para la mujer en todos los sentidos.(5)

Es sabido que cuanto más se retrase el diagnóstico, mayor tamaño tumoral se alcanzará, y, con ello, más posibilidades de que la enfermedad se extienda a los ganglios regionales e incluso a órganos distantes, lo que constituiría ya un estado de enfermedad avanzada (*metastásica*), posiblemente incurable. (5)

En todo el mundo se ha demostrado claramente que un diagnóstico precoz puede determinar una reducción de la mortalidad y permitir una mejor calidad de vida; esto se debe en parte a la difusión de las técnicas de cirugía conservadora. (6)

El cáncer de mama se origina más a menudo en el cuadrante superior externo, sitio en el que hay más tejido mamario. Es el paciente quien descubre con mayor frecuencia las tumoraciones de la mama, y lo hace en mayor grado el médico durante la exploración mamaria sistemática. El aumento del empleo de mamografía ha incrementado la identificación de masas no palpables. Suelen ser manifiestas piel en cáscara de naranja, retracción del pezón o erosión cutánea, pero estos son signos de enfermedad de etapa tardía.(11)

Pruebas diagnósticas:

Mamografía:

Los dos métodos en uso común para la obtención de mamogramas son la radiografía ordinaria en película y la xerorradiografía que desde el punto de vista del diagnóstico de carcinoma mamario, proporciona resultados comparables.(12)

Hoy en día es posible realizar mamogramas de alta calidad en tanto que la parte media de la mama se expone a menos de un rad. La mamografía constituye el único medio confiable para detectar carcinoma de la glándula mamaria antes de que pueda palpase alguna masa. (12)

Aunque en ocasiones se obtienen resultados positivos falsos y negativos falsos con la mamografía, un radiólogo experimentado puede interpretar mamogramas correctamente en cerca de 90% de los casos.(12)

Las indicaciones de mamografía son:

1. Para valorar cada mama cuando se ha hecho el diagnóstico de cáncer mamario potencialmente curable, y a partir de entonces cada año.
2. Para valorar una masa mamaria dudosa o mal definida, o cualquier otro cambio mamario sospechoso.
3. Para buscar un cáncer mamario oculto en una mujer con enfermedad metastásica de los ganglios linfáticos axilares o en cualquier otro punto, sin tumor primario evidente.
4. Para investigar a intervalos regulares a un grupo seleccionado de mujeres en riesgo alto de desarrollar cáncer mamario.

Todas las pacientes con antecedentes de neoplasia lobulillar o de carcinoma mamario, una historia familiar de cáncer de mama, papilomatosis intraductal o enfermedad quística evidente deben ser evaluadas periódicamente con mamografía. En las mujeres entre 35 y 39 años debe obtenerse un estudio basal; en mujeres mayores de 40 años debe llevarse a cabo cada 12 o 24 meses y en mujeres mayores de 50 años se recomienda una mamografía por año.(6,11,12)

Ultrasonido:

Desde la década de los cincuenta, se ha utilizado el ultrasonido, el cual es útil y certero para la evaluación y diferenciación entre una masa sólida o quística. Una de las ventajas del uso del ultrasonido es la ausencia

de radiaciones y dolor, aunque por otra parte, las masas menores de cinco a diez milímetros de diámetro, pueden no ser detectadas y pasar inadvertidas.(12)

Técnicas de biopsia:

El diagnóstico de carcinoma de la glándula mamaria depende finalmente del examen del tejido extirpado mediante biopsia.(12)

En las pacientes con una lesión maligna franca, es conveniente obtener una muestra de biopsia y someterlo a un examen microscópico de corte por congelación justo antes de la mastectomía u otras medidas terapéuticas definitivas.(11)

Alrededor de 30% de las lesiones que se sospecha que sean carcinoma resultan benignas al estudiarlas en la biopsia, y aproximadamente 15% de las lesiones que se piensa que sean benignas resultan malignas.(12)

En general, en el diagnóstico y tratamiento del cáncer mamario se prefiere el enfoque de dos pasos, esto es, biopsia ambulatoria seguida de operación definitiva en fecha posterior, porque permite que las pacientes se adapten al diagnóstico de cáncer y consideren en forma cuidadosa las posibilidades de tratamiento y si lo juzgan importante busquen una segunda opinión.(11,12)

Citología por aspiración con aguja fina:

La citología por aspiración con aguja fina (AAF) se efectúa con una aguja de Vim-Silverman o agujas de calibres 20 a 22.(11,12)

La técnica tiene un nivel elevado de precisión diagnóstica, con una tasa de resultados falsos negativos de 10 a 15% y resultados falsos positivos raros, pero persistentes. Los resultados negativos de este estudio no excluyen la presencia de lesión maligna, y a continuación suele efectuarse biopsia por resección. En una mujer joven, la confirmación de

un fibroadenoma clínicamente manifiesto con AAF puede servir como base para la vigilancia ulterior.(11)

Biopsia abierta:

El método preferido es la biopsia abierta bajo anestesia local como un procedimiento adicional antes de decidir el tratamiento definitivo.(12)

En pacientes en quienes se considera la mastectomía radical como tratamiento de elección basada en datos altamente sospechosos, una alternativa pudiera ser su ingreso al hospital para diagnóstico mediante biopsia abierta, bajo anestesia general, si el resultado es positivo, el cirujano puede entonces realizar la mastectomía de inmediato.(11,12)

Biopsia por localización mamográfica:

La biopsia de las lesiones no palpables es un procedimiento difícil en potencia que requiere colaboración estrecha entre el cirujano y el especialista en mamografía.

El especialista en mamografía coloca una aguja o un alambre especializado en el parénquima mamario, en el sitio en el que se sospecha la anomalía o cerca del mismo. Muchos especialistas inyectarán también un colorante biológico para ayudar más a la localización. El cirujano revisa a continuación las placas con el especialista en mamografía, y localiza la anomalía en relación con la punta del alambre o de la aguja. Se efectúa una incisión directamente sobre este sitio, y se reseca una pequeña porción del tejido mamario en el que se sospecha la anomalía.

Se obtiene una mamografía del ejemplar quirúrgico para garantizar que se ha resecado la anomalía. (11)

Biopsia nuclear estereotáctica:

Pueden emplearse unidades mamográficas con modificaciones estereotácticas computarizadas para localizar las anomalías y efectuar biopsia con aguja sin intervención quirúrgica.

Como esta biopsia es menos penetrante y menos costosa que la biopsia por localización mamográfica, se prefiere la biopsia nuclear para las lesiones accesibles.(11)

La autopalpación como diagnóstico temprano:

La mayor parte de los tumores de mama es reconocida hoy por las propias pacientes. La autopalpación es importante para anticipar el diagnóstico dado que aunque identifica solo 3 a 5% de los carcinomas mínimos, identifica el 55% de los carcinomas en estadio 1.(6)

Por esta razón es fundamental alentar a las mujeres a practicar el autoexamen, aunque no se ha demostrado que la autopalpación ofrezca ventajas en términos de reducción de la mortalidad. Es necesario modificar la actitud adversa al autoexamen de las pacientes temerosas que prefieren dejar la responsabilidad del diagnóstico precoz al médico.(6)

Se aconseja a todas las mujeres mayores de 20 años que examinen sus mamas mensualmente.(12)

El autoexamen de las mamas se puede realizar de la siguiente forma:

1. Se examinan inicialmente de pie frente al espejo, con los brazos levantados y las manos en la cintura, para observar cualquier irregularidad del contorno, color o textura de la piel así como el pezón y areola.
2. Palpación durante la ducha, para identificar, cualquier masa.
3. En posición supina, se palpa cada mama con cuidado con los dedos de la mano opuesta.(6,12)

Clasificación clínica del cáncer de mama:

Una vez que se ha establecido el diagnóstico de cáncer mamario por medios citológicos o histológicos, deberá determinarse la etapa clínica de

la enfermedad, para lo cual se utiliza el sistema TNM (tumor, ganglios y metástasis, que clasifica los tumores de acuerdo a su extensión anatómica.

Los estadios son numerados desde el estadio con mejor pronóstico al peor pronóstico así:

- Estadio 0: Carcinoma en situ.
- Estadio 1: Cáncer localizado.
- Estadio 2: Diseminación local o regional limitada.
- Estadio 3: Diseminación local o regional extensiva.
- Estadio 4: Metástasis a distancia.

TNM AJCC (American Joint Committee on Cancer). 1988.

Tumor primario

- Tx: no se tienen datos suficientes para clasificarlo.
- T0: sin evidencia de tumor primario.
- Tis: cáncer in situ (lobular in situ, Ca intraductal puro, Enf. de Paget del pezón sin tumor palpable.
- T1: Tumor menor de 2 cm en su mayor diámetro.
- T2: Tumor mayor de 2cm pero menor de 5cm en su > diametro.
- T3: Tumor mayor de 5 cm en su mayor diámetro.
- T4: Tumor de cualquier tamaño con extensión directa a la pared costal o piel.
- T4a: Fijación a la pared costal.
- T4b: Edema, incluida la piel de naranja, ulceración o nódulos satélites confinados a la piel de la mama.
- T4c: Fijación a la pared costal e infiltración de piel.
- T4d: Carcinoma inflamatorio.

Fuente: Novak, et al. Tratado de Ginecología. Pp.(1289)

Envolvimiento Ganglionar

- Nx: No se tienen datos clínicos sobre el estado de los ganglios.
- N0: Ganglios no palpables ó que se consideran sin tumor.
- N1: Ganglios palpables homolaterales, móviles y que se consideren que tienen tumor.
- N2: Ganglios homolaterales fijos entre si o con otras estructuras.
- N3: Ganglios infraclavícuales homolaterales o edema del brazo.

Metástasis a distancia

- Mx: No se tienen datos sobre la presencia de metástasis.
- M0: No metástasis conocidas.
- M1: Metástasis presentes, incluye ganglios supraclavicular.

ESTADIOS	TUMOR	GANGLIOS	METASTASIS
I	T1	N0	M0
IIA	T0 ó T1	N1	M0
IIB	T2	N1	M0
	T3	N0	M0
IIIA	T0 ó T1 ó T2	N2	M0
	T3	N1 ó N2	M0
IIIB	Cualquier T	N3	M0
	T4	Cualquier N	M0
IV	Cualquier T	Cualquier N	M1

Fuente: Novak, et al. Tratado de Ginecología. Pp.(1288).

Clasificación histopatológica del cáncer de mama:

1. Enfermedad de Paget del pezón.
2. Carcinoma de los conductos mamarios.
 - a) **No infiltrante**
 - a.1 Carcinoma Papilar.
 - a.2 Comedocarcinoma.
 - b) **Infiltrante**
 - b.1 Carcinoma Papilar.
 - b.2 Comedocarcinoma.
 - b.3 Carcinoma Escirroso.
 - b.4 Carcinoma Medular.
 - b.5 Carcinoma Coloide.
3. Carcinoma lóbular
 - a) No infiltrante.
 - b) Infiltrante.
4. Carcinomas relativamente raros
 - a) Los llamados carcinomas de las glándulas sudoríparas.
 - b) Carcinomas intraquísticos.
 - c) Carcinoma adenóideo quísticos.
 - d) Carcinoma escamoso.
 - e) Carcinoma fusocelular.
 - f) Carcinoma con metaplasia cartilaginosa y ósea.
 - g) Carcinoma tubular.
 - h) Carcinoma inflamatorio.
5. Cistosarcoma Phyllodes maligno.
6. Liposarcoma.
7. Angiosarcoma.

Fuente: Pernoll, Martín. Diagnósticos y Tratamientos Ginecoobstétricos. Pp(1034).

8. Sarcoma estromal.

9. Linfoma

- a) Linfoma folicular.
- b) Linfoma difuso.
- c) Linfoma histiocítico.

Tratamiento del cáncer mamario:

Para planear el tratamiento del carcinoma mamario, se debe enfocar en forma individual cada caso, así como el análisis realizado por un grupo de especialistas diestros en la materia.

El tratamiento del cáncer mamario puede ser curativo o paliativo. El tratamiento curativo es aconsejado para los estadios clínicos I a III, y el tratamiento paliativo para pacientes en etapa IV y en aquellas previamente tratadas que presentan metástasis a distancia o recidiva local no erradicable. (12).

De manera tradicional, el tratamiento del cáncer mamario ha sido quirúrgico, tanto el cirujano como la paciente ansían encontrar el tratamiento que sea menos deformante pero sin poner en peligro la posibilidad de curación.(11)

Mastectomía radical:

Durante casi tres cuartos de siglo, se consideró a la mastectomía radical como tratamiento estándar de esta enfermedad.

Implica la extirpación de la mama de los músculos pectorales y los ganglios axilares en bloque, y era el procedimiento curativo estándar para el cáncer mamario desde el inicio del siglo hasta hace aproximadamente 10 años.

Aunque la mastectomía radical es extremadamente eficaz en el control de un proceso local, tiene la desventaja de ser el más deformante

de todos los tratamientos primarios del cáncer mamario que se dispone.(11,12)

Mastectomía total (simple):

La mastectomía total es la remoción de mama, pezón y complejo areolar íntegros sin los músculos adyacentes ni los ganglios linfáticos axilares.

La mastectomía total tiene tasas de control local equivalentes a las de la mastectomía radical y la radical modificada. Ocurrirán recurrencias locales en por lo menos 15 a 20% de las pacientes tratadas con esta técnica.

Esta operación es por lo general menos conveniente que los procedimientos radicales. (11,12)

Mastectomía radical modificada:

Implica la extirpación en bloque de la mama junto con la aponeurosis del pectoral mayor subyacente(pero no el músculo) y todos los ganglios axilares.

Algunos cirujanos extirpan el músculo pectoral menor y otros retraen o seccionan el músculo para facilitar la extirpación de los ganglios axilares. La mastectomía radical modificada da resultados superiores desde el punto de vista cosmético y funcional en comparación con la mastectomía simple, y es el procedimiento efectuado más a menudo para tratar cáncer mamario.

No existe diferencias en las tasas de supervivencia entre la mastectomía radical y la mastectomía radical modificada.(11,12)

Radioterapia:

La radiación sola (sin cirugía) fracasa en la obtención del control del cáncer mamario primario, en aproximadamente 50% de los casos.(12)

McWhirter, ideó la combinación de mastectomía total con radioterapia. La mayor parte de las pruebas tanto de los estudios prospectivos al azar como de aquéllos con testigos históricos ponen de manifiesto que la radioterapia coadyuvante mejora el control local, pero no las tasas de supervivencia.(11)

Puede ser aconsejable la radioterapia paliativa en cánceres locales avanzados con metástasis distantes a fin de controlar ulceraciones, dolor y otras manifestaciones en las mamas y los ganglios regionales. La radiación paliativa también tiene valor en el tratamiento de ciertas metástasis óseas o de tejidos blandos para controlar el dolor o evitar fracturas. (12)

La finalidad del tratamiento general coadyuvante es eliminar las metástasis ocultas durante el periodo postoperatorio temprano en un momento en que, en teoría son vulnerables al máximo los agentes anticancerosos.(11)

Tratamiento hormonal:

El cáncer mamario puede reaccionar al tratamiento endocrinológico prolongado mediante administración de hormonas, extirpación de ovarios, suprarrenales o hipófisis y administración de fármacos que bloquean sitios receptores de hormonas o agentes que bloquean la síntesis de hormonas. En la actualidad rara vez se efectúa ooforectomía para tratar al cáncer mamario.(11,12)

Existe una reacción favorable al tratamiento hormonal en aproximadamente un tercio de las pacientes con cáncer mamario metastásico.(12)

De los tumores que contienen receptores de estrógenos, cerca del 60% reacciona, y quizá hasta 80% de las pacientes cuyos tumores también tienen receptores de progesterona. No debe darse tratamiento hormonal a pacientes cuyos tumores son negativos a los receptores de estrógenos, dichos pacientes deben recibir quimioterapia citotóxica.(11,12)

La elección del tratamiento endocrinológico depende del estado menopáusico de la paciente. El tratamiento hormonal generalmente tiene más éxito en mujeres posmenopáusicas.(12)

En premenopáusicas, el tratamiento con *tamoxifén* ha substituido a la ooforectomía bilateral como el método primario de manipulación hormonal, por la facilidad para administrarlo y su falta de morbilidad.(11)

Quimioterapia:

Hay que tomar en cuenta la administración de agentes citotóxicos para el tratamiento del cáncer mamario metastásico.(12)

Algunas de las indicaciones son las siguientes:

1. Si hay metástasis viscerales, en especial cerebrales o pulmonares linfáticas.
2. Si el tratamiento hormonal fracasa o la enfermedad ha progresado.
3. Si el tumor tiene receptores de estrógenos negativos.

La quimioterapia combinada utilizando varios agentes ha demostrado ser más eficaz, con reacciones favorables en 60 a 80% de las pacientes en etapa IV de la enfermedad. La quimioterapia combinada coadyuvante empleada más a menudo ha sido la denominada CMF: ciclofosfamida, metotrexato y 5-fluorouracilo (5-FU).(11,12)

Tratamiento conservador para el cáncer de mama:

Existen casos en las etapas tempranas (I y II) en que pueden efectuarse un tratamiento quirúrgico conservador con el mismo resultado terapéutico sin necesidad de mastectomía.

Las condiciones para el tratamiento conservador son:

1. Tumor no mayor de 3cms.
2. Sin fijación al pectoral.
3. Sin invasión cutánea.
4. Sin multifocalidad clínica o radiológica.
5. Sin enfermedad de Paget.
6. Márgenes libres.
7. Sin signos de crecimiento rápido.
8. Tamaño de la mama que permita un buen resultado estético.

Plan de tratamiento:

- a) Cirugía:
 1. Resección amplia o cuadrantectomía.
 2. Vaciamiento axilar radical, para evaluación de diseminación ganglionar.
- b) Radioterapia:
 1. Inicio inmediato a la cura de la herida.
 2. Tratamiento con ciclo mamario completo.
- c) Quimioterapia:
 1. Quimioterapia en todos los casos.
- d) Seguimiento:
 1. Control trimestral.
 2. Mamografía anual.
 3. Citología dirigida o biopsia en caso de sospecha.
- e) Tratamiento de la recidiva:
 1. Mastectomía.

Tratamientos por etapas:

ETAPA 0 Tis	Mastectomía simple. Tratamiento conservador.
ETAPA I T1 N0 M0	Mastectomía radical modificada (Patey) Quimioterapia adyuvante. Tratamiento conservador.
ETAPA IIA T0 N1 M0 T1 N1 M0 T2 N0 M0	Mastectomía radical modificada (Patey) Quimioterapia adyuvante. Tratamiento conservador.
ETAPA IIB T2 N1 M0 T3 N0 M0	Mastectomía radical modificada (Patey) Radioterapia post-operatoria. Ciclo mamario completo, quimioterapia adyuvante.
ETAPA IIIA T0 0 ó T1 ó T2 N2 M0 T3 N1 ó N2 M0	Quimioterapia pre-op simultánea con RTx. Ciclo mamario completo, luego mastectomía radical modificada.
ETAPA IIIB Cualquier T N3 M0 T4 Cualquier N M0	Quimioterapia pre-op simultánea con RTx. Ciclo mamario completo, seguido de mastectomía radical modificada. En tumores T4 ulcerados, sangrantes se iniciará con mastectomía de limpieza (Toilet).
ETAPA IV Cualquier T Cualquier N M1	El tratamiento deberá ser individualizado. En general se puede iniciar con QTx, RTx o cirugía dependiendo cada caso. Se empleará RTx a metástasis que produzcan síntomas.

Fuente: Manual de normas hospitalarias del hospital de Ginecoobstetricia, IGSS.
Pp(162)

Pronóstico:

Para un paciente individual la evolución es impredecible, algunas pacientes mueren de enfermedad metastásica en un año, mientras que otras sobreviven varias décadas. (6)

El factor de predicción de la supervivencia más digno de confianza es la etapa del cáncer mamario en el momento del diagnóstico. La supervivencia global a cinco años de las pacientes con cáncer mamario es del 70 al 75%. (11)

El número de ganglios linfáticos axilares afectados se relaciona de manera inversa con la tasa de supervivencia. (6,11)

La supervivencia según la etapa del cáncer mamario es la siguiente:

ETAPA AJCCS	SUPERVIVENCIA A 5 AÑOS
0	99%
I	82%
II	73%
III	55%
IV	23%

En general, el cáncer mamario parece ser un poco más maligno en las jóvenes que en las de mayor edad y esto puede deberse a que menos jóvenes tienen tumores con receptores de estrógenos. (12)

La mayoría de las que desarrollan cáncer mamario, a la larga morirán por éste. (11,12)

Valor de la mente en la paciente ginecológicamente afectada de cáncer.

En 1900, la esperanza de vida de un paciente canceroso era nula, en la actualidad se alcanzan cifras de supervivencia que sobrepasan el 50%.

Sin embargo la palabra **cáncer** continúa evocando la irremediabilidad del proceso y, por lo tanto, la idea de **muerte**. No debe sorprender, por lo tanto, que el diagnóstico de cáncer, represente un fuerte impacto emocional, e incluso serios problemas psicológicos.

Puede decirse que prácticamente una cuarta parte de las pacientes sometidas a cirugía por cáncer de mama desarrollan trastornos psiquiátricos que persisten dos años después del diagnóstico.

El tratamiento de la enfermedad cancerosa exige un planteamiento multidisciplinario; las unidades o comités de oncología están habitualmente formadas por patólogo, citopatólogo, especialista en imagen, oncólogo médico y radioterápico y los especialistas de diversas ramas "somáticas" de la medicina.

Debemos aceptar que aunque curemos las manifestaciones orgánicas del cáncer, en muchas ocasiones a pesar de un brillante resultado, éste queda enmascarado por el trastorno de la personalidad que todo el proceso canceroso ha representado para el paciente. (2)

VI. MATERIAL Y METODOS.

A. METODOLOGIA.

1. Tipo de estudio: Descriptivo de tipo transversal.

2. Material de Estudio:

Historias clínicas y pacientes diagnosticadas con cáncer de mama, en etapas avanzadas, que asisten a la clínica de mama para seguimiento de su caso, en el Departamento de Gineco-Oncología del Hospital de Gineco-obstetricia del Instituto Guatemalteco del Seguro Social, IGSS, Pamplona.

3. Tamaño de la Población:

Todas las pacientes con diagnóstico de cáncer de mama, en etapas avanzadas, que actualmente asisten a la consulta externa de la Clínica de mama, para seguimiento de su enfermedad, las cuales son aproximadamente setenta pacientes.

4. Criterios:

A. Criterios de Inclusión:

- Todas las pacientes diagnosticadas con cáncer de mama, en etapas avanzadas que asisten para seguimiento de su caso en la Consulta Externa de la clínica de mama del Hospital de Gineco-Obstetricia del Instituto Guatemalteco del Seguro Social, IGSS, Pamplona, y que quieran colaborar con el estudio.

B. Criterios de Exclusión:

- Pacientes a las cuales no es posible localizar para entrevista.

5. Variables:

Nombre de la variable:	Tiempo.
Definición Conceptual:	Época durante la cual vive alguna persona o sucede alguna cosa.
Definición Operacional:	Tiempo transcurrido en meses desde el apareamiento del fenómeno neoplásico, hasta su detección.
Escala de Medición:	Nominal continua.
Unidad de Medida:	Meses.
Nombre de la variable:	Actitud.
Definición Conceptual:	Suma de todos los procesos psíquicos previos relativos al suceso futuro, expectación de que algo determinado va a suceder.
Definición Operacional:	Disposición de la paciente ante el evento de apareamiento del cáncer.
Escala de Medición:	Nominal.
Unidad de Medida:	Fue al Médico. Dejó pasar el tiempo. Fue a la Iglesia. Fue donde el curandero. Otros.
Nombre de la variable:	Creencias.

Definición Conceptual:

Firme sentimiento y conformidad con alguna cosa, datos empíricos sobre el mundo externo y si mismo.

Definición Operacional:

Conocimiento no científico que la paciente tenía sobre su enfermedad.

Escala de Medición:

Nominal.

Unidad de Medida:

Cree que el cáncer de mama tiene cura.
Cree que el cáncer de mama es hereditario.
Cree que el cáncer de mama es contagioso.

Nombre de la variable:

Factores determinantes.

Definición Conceptual:

Condición necesaria, para la sucesión de un evento o conducta.

Definición Operacional:

Condición cultural, socioeconómica y geográfica que interactuaron negativamente para el beneficio de la salud, referidos por la paciente.

Escala de Medición:

Nominal.

Unidad de Medida:

Pregunta abierta.

Nombre de la variable:

Conducta.

Definición Conceptual:

Parte o manera con que los hombres gobiernan su vida y dirigen sus acciones.

Definición Operacional:

Disposición a la acción de la paciente cuando es informada que padece de su enfermedad neoplásica.

Escala de Medición: Nominal.

Unidad de medida: Pregunta abierta.

PLAN PARA LA RECOLECCION DE DATOS:

Para llevar a cabo esta etapa del protocolo de tesis se elaboró una encuesta dirigida con preguntas cerradas y abiertas.

La entrevista se hizo a pacientes con diagnóstico establecido de cáncer de mama, en etapas avanzadas, que asisten a la consulta externa de la clínica de mama para seguimiento de su enfermedad.

Los datos recolectados fueron sometidos a análisis estadístico, para lo cual se utilizó el método descriptivo.

ETICA DE LA INVESTIGACION:

Debido a la metodología de la investigación, se tuvo un contacto directo con las pacientes, respetando el deseo de participar o no en la presente investigación. La forma de recabar la información fue mediante entrevista directa, lo cual no tuvo ningún riesgo para la salud o integridad física del entrevistado.

Se explicó a las entrevistadas en qué consiste el estudio y porque se les realizó la entrevista.

Todos los datos recabados de cada paciente fueron confidenciales, guardando el secreto profesional.

B. RECURSOS:

• Humanos:

Médico y cirujano gineco-obstetra asesor.

Médico y cirujano gineco-obstetra revisor.

Personal encargado del departamento de archivo del Instituto Guatemalteco del Seguro Social, IGSS, Pamplona.

Médicos encargados del Registro Nacional Del Cáncer INCAN.

• Físicos:

Departamento de Archivo del Instituto Guatemalteco del Seguro Social, IGSS, Pamplona.

Historias clínicas de los pacientes en estudio.

Biblioteca de la Facultad de Ciencias Médicas, USAC.

Biblioteca del Instituto Nacional Contra el Cáncer, INCAN.

Biblioteca del Hospital Roosevelt.

Biblioteca INCAP.

Material de escritorio.

Fotocopias.

Procesador de palabras.

Boleta de recolección de datos.

• Económicos: Levantado del texto:
Impresión de tesis: Q 1,500.00.

CAUSAS RELACIONADAS CON EL DIAGNOSTICO TARDIO DE CANCER DE MAMA.

CUADRO 1

**TIEMPO TRANSCURRIDO ENTRE LA APARICION DE LA MASA
Y EL MOMENTO DEL DIAGNOSTICO PATOLOGICO.**

**IGSS, PAMPLONA
(Junio - agosto 1999)**

MESES	PACIENTES	%
1-5	10	20
6-10	21	42
11-15	11	22
16-20	3	6
21-25	0	0
26-30	5	10
TOTAL	50	100

Fuente: Boleta de recolección de datos.

Se observó en el estudio que el mayor porcentaje de pacientes tuvieron un lapso de 6 a 10 meses, entre la aparición y diagnóstico de cáncer de mama, representando el 42%. El promedio general fué de 10.7 meses. Lo anterior representa un tiempo prolongado, tomando en cuenta los efectos sistémicos de la enfermedad neoplásica cuando escapa al control terapéutico temprano.

La literatura mundial reporta que entre más precoz y temprano es el diagnóstico del cáncer de mama mejor será el pronóstico en cuanto a sobrevida y curación de la enfermedad.

CAUSAS RELACIONADAS CON EL DIAGNOSTICO TARDIO DE CANCER DE MAMA.

CUADRO 2

FACTORES DETERMINANTES POR LOS CUALES LAS PACIENTES NO ASISTIERON RUTINARIAMENTE AL EXAMEN DE MAMA.

IGSS PAMPLONA.
(junio - agosto 1999)

FACTORES	PACIENTES
DESCONOCIMIENTO DEL EXAMEN	22
NO CREERLO NECESARIO	16
FALTA DE TIEMPO	9
VERGÜENZA	4
NO APROBACION POR CONYUGE	1
FALTA DE DINERO	1
TOTAL	53

Fuente: Boleta de recolección de datos.

Nota: Algunas de las pacientes eligieron más de una respuesta.

La ignorancia y la falta de divulgación de la información siguen siendo factores que limitan la posibilidad de diagnóstico y tratamiento precoz en las pacientes femeninas con problemas mamarios. Los factores más importantes fueron: ignorancia, con respecto al examen, falta de educación sobre el tema y la carencia de tiempo, esto debido a divulgación ineficaz de la enfermedad, bajos niveles de escolaridad en la población y factores laborales ocupacionales.

CAUSAS RELACIONADAS CON EL DIAGNOSTICO DE CANCER DE MAMA.

CUADRO 3

CREENCIAS PRINCIPALES DE LAS PACIENTES SOBRE EL CANCER DE MAMA.

IGSS, PAMPLONA
(junio - agosto 1999)

CREENCIAS	SI	%	NO	%	TOTAL	%
ES HEREDITARIO	35	70	15	30	50	100
ES CONTAGIOSO	28	56	22	44	50	100
ES CONTAGIOSO	4	8	46	92	50	100
TOTAL	67	44.6	83	55.4	150	100

Fuente: Boleta de recolección de datos.

Nota: algunas de las pacientes eligieron más de una respuesta.

Se define creencias como firme sentimiento y conformidad con alguna cosa, datos empíricos sobre el mundo externo y si mismo. (3)

La mayoría de las pacientes se inclinaron a creer que el cáncer de mama tiene cura, por que al momento del estudio recibían tratamiento y se encontraban asintomáticas, que es hereditario ya que algunas de ellas tienen antecedentes familiares de cáncer y que no es contagioso, debido a algún grado de conocimiento empírico o documental acerca del cáncer.

**CAUSAS RELACIONADAS CON EL DIAGNOSTICO TARDIO DE
CANCER DE MAMA.**

CUADRO 4

**ACTITUDES TOMADAS POSTERIOR A LA AUTODETECCION
DE UNA MASA EN LA MAMA.**

**IGSS, PAMPLONA
(junio - agosto 1999)**

ACTITUD	PACIENTES	%
FUE AL MEDICO	14	28
DEJO PASAR EL TIEMPO	35	70
FUE A LA IGLESIA	1	2
FUE AL CURANDERO	0	0
OTROS	0	0
TOTAL	50	100

Fuente: Boleta de recolección de datos.

Una actitud se define como la suma de todos los procesos psíquicos previos con relación a una acción a tomar. Las actitudes más frecuentes fueron dejar pasar el tiempo por desconocer la complejidad y afección sistémica y desenlace mortal de la enfermedad. Acudir al médico debido a los signos y síntomas alarmantes más frecuentes como , dolor del pezón, secreción y retracción.

**CAUSAS RELACIONADAS CON EL DIAGNOSTICO DE
CANCER DE MAMA.**

CUADRO 5

**CONDUCTA MAS FRECUENTE DE LAS PACIENTES
POSTERIOR AL DIAGNOSTICO DE CANCER DE MAMA.**

**IGSS, PAMPLONA
(junio - agosto 1999)**

CONDUCTA	PACIENTES
BUSCAR AYUDA DIVINA	32
COLABORAR CON EL MEDICO	29
NO ACEPTAR LA ENFERMEDAD	15
BUSCAR SEGUNDA OPINION	13
SE INFORMARON ACERCA DE LA ENFERMEDAD	11
NO DESEABAN TRATAMIENTO	9
TEMOR	4
ACEPTACION	2
ABANDONO DEL TRATAMIENTO	1

Fuente: Boleta de recolección de datos.

La palabra cáncer según la literatura evoca la idea de muerte e irremediabilidad, causando fuerte impacto emocional.

Las actitudes referidas por las pacientes estudiadas, posterior al diagnóstico del cáncer de mama fueron en su mayoría, buscar ayuda divina, que podría explicar la magnitud del impacto de la enfermedad en la paciente, la colaboración con el médico, que demuestra la imposibilidad de alivio espontáneo y la curación de la enfermedad. No aceptar la enfermedad refleja la falta de instrucción y documentación en las pacientes al igual que el buscar una segunda opinión. Cabe mencionar que un pequeño grupo de pacientes buscaron documentarse acerca de la enfermedad.

VIII. CONCLUSIONES

1. El tiempo promedio entre la aparición de la masa y el diagnóstico de la enfermedad fué de 10.7 meses, lo que representó un lapso prolongado que no beneficia al tratamiento temprano ni al pronóstico de la enfermedad.
2. Los factores por los que las pacientes no asistieron al examen rutinario de mama fueron, la ignorancia con respecto al examen, la falta de educación sobre el tema y la carencia de tiempo para realizar el mismo.
3. Las creencias principales de las pacientes con cáncer de mama respecto al mismo fueron, tiene cura, 70%, carácter hereditario, 56% y que es contagioso 8%.
4. Se determinó que las actitudes más frecuente de las pacientes luego de la autodetección de una masa en la mama fueron, acudir al médico, 28%, dejar pasar el tiempo, 70%, acudir a la iglesia, 2%.
5. Posterior al diagnóstico de cáncer de mama las conductas adoptadas con mayor frecuencia por las pacientes fueron, buscar ayuda divina, colaborar con el médico, no aceptación de la enfermedad, buscar una segunda opinión e informarse sobre la enfermedad.

IX. RECOMENDACIONES

1. Implementar un programa de concientización dirigido al personal médico y paramédico del Seguro Social para la educación permanente hacia las pacientes con el fin de fortalecer la práctica de la autopalpación de las mamas, examen clínico, estudios diagnósticos para la detección y tratamiento del cáncer de mama.
2. Enfatizar en el médico clínico, sobre la necesidad de informar, orientar y motivar a los pacientes de la importancia del seguimiento de la enfermedad..
3. Buscar los mecanismos para agilizar la entrega de los resultados de patología. Para el tratamiento sin demora de la enfermedad.

X. RESUMEN

Se realizó un estudio de tipo descriptivo de tipo transversal, en pacientes con diagnóstico de cáncer de mama, en etapa avanzada, que asisten a la consulta externa de la Clínica de Mama del Departamento de Gineco-Oncología, del Hospital de Gineco-Obstetricia, del Instituto Guatemalteco del Seguro Social, IGSS, Pamplona, durante el periodo de Junio a Agosto de 1999. El objetivo fue determinar las causas más frecuentes del diagnóstico tardío de cáncer de mama.

El tamaño de la población fue de 50 pacientes. El tiempo promedio transcurrido entre la aparición de la masa y el momento diagnóstico se encontró en 10.7 meses. Entre los factores por los cuales las pacientes no asistieron a examen rutinario de mama fueron, la ignorancia, falta de educación y de tiempo. Entre las creencias acerca del cáncer de mama, 70% creía que tiene cura, un 56% que es de carácter hereditario y un 8% que es contagioso.

Las actitudes que las pacientes tomaron con respecto al apareamiento de una masa en la mama fueron, 70% dejaron pasar el tiempo, solo un 28% acudió a el médico y un 2% buscó ayuda religiosa. Las conductas más frecuentes de las pacientes al ser informadas sobre el padecimiento de la patología fueron: buscar ayuda divina, colaborar con el médico y no aceptación de la enfermedad.

Se recomienda informar a los pacientes y sugerir a las instituciones de salud la correcta divulgación de los programas existentes sobre la prevención del cáncer de mama, para poder detectar tempranamente la enfermedad y así reducir la morbi-mortalidad , que aumenta cada día.

XI. BIBLIOGRAFIA

1. Bernstein, Leslie. La epidemiología del cáncer de mama.
<http://www.users.interport.net/~icps/medico/MEDICO97/november/epidemiologia>
2. Dexeus, Santiago. Valor de la mente en la paciente ginecología afectada de cáncer.
<http://w.w.w.idexeus.es/confi 1998>
3. Diccionario de La Lengua Española. Vigésima edición. Madrid, Editorial Espasa-calpe. 1984. Tomo I, Tomo II.
4. Fawcett, D. M. Tratado de Histología. México. Editorial Interamericana. 1991. Décimo primera edición. Pp. (909-919).
5. Fernández C, Alfonso. Diagnostico del cáncer de mama.
<http://www.users.interport.net/~icps/medico/MEDICO97/november/Diagnostico>
6. Guedes , A. et al. Diagnostico precoz del cáncer de mama y factores pronósticos.
<http://www.chasque.apc.org/pfizer/mama.htm>
7. Guyton, Artwurc. Tratado de Fisiología Médica. Fisiología de la mama. México. Editorial interamericana. 1992. Octava edición. Pp. (957-970).
8. Marchant, Douglas. Clinicas de Ginecología y Obstetricia. Tratamiento actual de mastopatias. en su: Tratamiento actual del cáncer mamario. New York. Editorial Interamericana. 1994 volumen 4 Pp. (539-565).
9. Morre, K. L. et al. Embriología Básica. México. Editorial Interamericana. 1990. Tercera edición Pp. (307).

10. Nichols, David. **Clinicas de Ginecología y Obstetricia.** Tratamiento actual de mastopatias: en su: Características Epidemiológicas del cáncer mamario. New York. Editorial Interamericana. 1994. Volumen 4. Pp(857-863).
11. Novak, et al. **Tratado de Ginecología.** Cáncer mamario. México. Editorial Interamericana. 1997. Décimo segunda edición. Pp. (1283-1299).
12. Pernoll, Martín. **Diagnósticos y Tratamientos Ginecoobstetricos.** Glándula mamaria. México. Editorial Manual Moderno. 1989. Pp. (1029-1047).
13. Quiros Gutiérrez, Fernando. **Tratado de Anatomía Humana.** Vigésimo séptima edición. México. Editorial Porrua. 1987. Tomo III Pp. (338-341).
14. **Registro Nacional De Cáncer en Guatemala. INCAN .** Informe de años 1993-1994. Septiembre de 1997. Pp.(14-21-152).
15. Schottenfeld, David. et al. **Cancer Epidemiology and Prevention.** Philadelphia. Editorial W.B Sawnders company. 1982 Pp. (855-867).
16. Selfzer, Vicki. **Clinicas de Ginecología v Obstetricia.** Tratamiento actual de Mastopatias: en su: Papel del ginecoobstetra en el diagnostico y tratamiento de enfermedades mamarias. New York. Editorial Interamericana. 1994. Volumen 4. Pp.(811-814).
17. Tortora, Gerard J. **Principios de Anatomía y Fisiología.** México. Editorial Harper. 1984. Tercera edición. Pp. (932-937).

XII. ANEXOS

Universidad de San Carlos De Guatemala.
Facultad de Ciencias Médicas.
Unidad de Tesis.

**"CAUSAS RELACIONADAS CON EL DIAGNOSTICO TARDIO DE
CANCER DE MAMA"**

Boleta de recolección de datos.

Responsable: Br. Christian Moisés de León Motta.

Nombre: _____ No. Expediente: _____
Raza: _____ Antecedentes familiares /personales: _____
Edad: _____ Lacto? _____ Cuantos meses: _____ No. De hijos _____
Edad de menarquia: _____ Edad de menopausia: _____ Alfabeto _____
Analfabeta _____ Grado de escolaridad: _____
Uso de anticonceptivos orales? _____

1. Cuantos meses tardó en consultar al médico después de notarse la masa en la mama: _____.
2. A los cuantos meses después de consultar al médico, le hicieron el diagnóstico de cáncer de mama: _____.
3. Que hizo al notarse la masa en la mama:
 - a) fue al médico.
 - b) Dejó pasar el tiempo.
 - c) Fue a la iglesia.
 - d) Fue donde el curandero.
 - e) Otros
4. Cree que el cáncer de mama tiene cura: SI _____ NO _____.
5. Cree que el cáncer de mama es hereditario: SI _____ NO _____.
6. Cree que el cáncer de mama es contagioso: SI _____ NO _____.
7. Por que usted no consulto al médico a examen rutinario de mama:
8. Cual fue su conducta cuando el médico le informo que tenia cáncer en la mama?