

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA  
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

"CONOCIMIENTOS, CREENCIAS, ACTITUDES Y PRACTICAS  
SOBRE CANCER DE MAMA"

(ESTUDIO REALIZADO EN MUJERES GUATEMALTECAS DE 35  
AÑOS O MÁS QUE CONSULTARON A LA CLINICA DE MAMO-  
GRAFIA DE INSTITUTO DE CANCERLOGIA, DR. BERNARDO  
DEL VALLE, DE JUNIO A JULIO DE 1994, GUATEMALA).

PRESENTADA A LA HONORABLE JUNTA DIRECTIVA DE LA  
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS DE LA  
UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA.

POR

SERGIO RICARDO MEDICANO FRANCO

EN EL ACTO DE SU INVESTITURA DE:

MEDICO Y CIRUJANO

GUATEMALA, SEPTIEMBRE DE 1994.

PROPIEDAD DE LA UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA  
Biblioteca Central



6a. Av. 6-58, Zona 11 01011 - Guatemala, C. A.  
Tels. 710332-736389-736390-723841-DIRECCION 713136

DL  
05  
TL(7258)

GUATEMALA 30 de AGOSTO DE 1994

Doctor  
Edgar de León Barillas  
Coordinador Administrativo-Docente  
de Tesis  
Facultad de Ciencias Médicas  
USAC

Dr. De León:

Por este medio estoy informando a usted, que en calidad de Director del Hospital Nacional de Cancerología (HNC), he tenido a la vista el informe final de tesis del Sr. Sergio Ricardo Mejicano Franco, Carnet 8716032, titulado "Conocimientos y Creencias, actitudes y practicas acerca del Cancer de la mama en mujeres de 35 años o mas" el cual ha sido autorizado para la divulgación de su trabajo de tesis

Sin otro particular quedo de usted

ATENTAMENTE:



*[Handwritten Signature]*  
Dr. Jorge Torres Velasco  
Director Hospital Nacional  
de Cancerología



7a. Calle 3-39, Zona 1 Guatemala, C. A. Tels. 514253-533805



FORMA C

FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS  
GUATEMALA, CENTRO AMERICA


Guatemala, 31 agosto de 1994

Director Unidad de Tesis  
Centro de Investigaciones de las Ciencias  
de la Salud - Unidad de Tesis

Se informa que el: BACHILLER MEJICANO FRANCO SERGIO RICARDO.-  
Título o diploma de diversificado, Nombres y apellidos  
Carnet No. 8716032  
completos


Ha presentado el Informe Final del trabajo de tesis titulado:  
"CONOCIMIENTOS, CREENCIAS, ACTITUDES Y PRACTICAS SOBRE CANCER DE MAMA".-

y cuyo autor, asesor(es) y revisor nos responsabilizamos de los conceptos metodología, confiabilidad y validez de los resultados, pertinencia de las conclusiones y recomendaciones, así como la calidad técnica y científica del mismo, por lo que firmamos conformes:

  
Firma del estudiante



  
Asesor  
Firma y sello personal

  
Revisor  
Firma y sello  
Registro Personal 9011

Dra. Carmen Lezana de de León  
MEDICO Y CIRUJANO  
Colegiado 2721

EL DECANO DE LA FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS  
DE LA  
UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA

H A C E   C O N S T A R   Q U E :

El (La) Bachiller: SERGIO RICARDO MEJICANO FRANCO.-

Carnet Universitario No. 8716032

Ha presentado para su Examen General Público, previo a optar al  
Titulo de Médico y Cirujano, el trabajo de Tesis titulado:

"CONOCIMIENTOS, CREENCIAS, ACTITUDES Y PRACTICAS SOBRE CANCER DE MAMA".

Trabajo asesorado por: DR. MARCO ARMANDO DE LEON CANO.-

y revisado por: DRA. CARMEN LEZANA DE DE LEON.-  
quienes lo avalan y han firmado conformes, por lo que se emite,  
firma y sella la presente.

O R D E N   D E   I M P R E S I O N :

Guatemala, 31 de Agosto de 1994

DR. EDGAR R. DE LEON BARRILLAS  
Por Unidad de Tesis

DR. RAUL CASTILLO RODAS,  
DIRECTOR  
CENTRO DE INVESTIGACIONES  
DE LAS CIENCIAS DE LA SALUD

I M P R I M A S E :

Dr. Edgar Axel Oliva Gonzalez  
D E C A N O





## INDICE

I. INTRODUCCION.....	1
II. PLANTEAMIENTO Y DELIMITACION DEL PROBLEMA.....	2
III. JUSTIFICACION.....	3
IV. OBJETIVOS.....	4
V. REVISION BIBLIOGRAFICA.....	5
VI. METODOLOGIA.....	24
VII. PRESENTACION DE RESULTADOS.....	30
VIII. ANALISIS Y DISCUSION DE RESULTADOS.....	44
IX. CONCLUSIONES.....	47
X. RECOMENDACIONES.....	48
XI. RESUMEN.....	49
XII. BIBLIOGRAFIA.....	50
XIII. ANEXOS.....	52

## I. INTRODUCCION

El cancer de la mama es la neoplasia maligna más frecuente en mujeres, y comparte con el carcinoma del pulmón la tasa mas alta de mortalidad de todos los cánceres que afectan a las mujeres a nivel mundial.

Este estudio se realizó con el proposito de determinar que conocimientos o creencias tenían las mujeres que estan en edad de riesgo de padecer esta enfermedad, así como que actitudes y practicas adoptan dichas pacientes. Además de proporcionar a cada paciente un plan educacional sobre las características propias de la enfermedad y la prevención de la misma.

Este estudio se realizó en departamento de Mamografía del Hospital Nacional de Cancerología, Dr. Bernardo del Valle, durante los meses de junio y julio de 1994, encuestando a 162 mujeres que consultaron por primera vez a dicho departamento, a cerca de diversos aspectos concernientes al cancer de la mama.

Dentro de los resultados obtenidos tenemos que la escolaridad es un factor determinante en la adquisición de conocimientos acerca del cáncer de la mama, además que el 100 % de las pacientes analfabetas presentó una actitud negativa y el 52 % de las pacientes con algún grado de escolaridad presentaron una actitud positiva con respecto a esta patología; se pudo comprobar que la consulta al médico fue la acción más frecuentemente puesta en practica por las pacientes para la detección de esta enfermedad y que el 30 % de las pacientes encuestadas conocen la tecnica del autoexamen de la mama, pero solamente el 15 % lo ponen en práctica.

Entre las creencias que las pacientes poseen con respecto a factores de riesgo para padecer cáncer de la mama tenemos: Multiparidad, Dar o no Dar lactancia materna, cesárea y abortos previos, trauma de la mama y complicaciones del parto; entre los síntomas relacionados estan: Ronquera, fiebre, cefalea, mareos, disfagia y nauseas, los cuales no estan reportados por la literatura mundial como factores de riesgo, ni como síntomas de cáncer de la mama.

Con respecto a la fuente de información, tenemos que un alto porcentaje de las pacientes, adquirieron los conocimientos de periodicos y revistas, un considerable grupo de pacientes escucharon acerca de la enfermedad por familiares y amigos, y un pequeño número lo recibieron de Médicos.

## II. PLANTEAMIENTO Y DELIMITACION DEL PROBLEMA

El cáncer de mama es la neoplasia maligna más frecuente en mujeres, y comparte con el carcinoma del pulmón la tasa más alta de mortalidad de todos los cánceres que afectan a las mujeres a nivel mundial. (1) (3)

Hoy día es alarmante el aumento de la frecuencia en mujeres jóvenes. En estados Unidos una de cada treinta mujeres entre las edades de 39 a 44 años fallece de cáncer de mama, causa principal de muerte en mujeres de este grupo de edad. (1) (3)

En Guatemala ocupa el 2do. lugar precedido por el cancer del cuello uterino (3)

Los autores concuerdan que factores como edad, una historia menstrual de inicio temprano y finalización tardía, historia obstetrica, exposición a radiaciones, tratamiento con estrógenos, hábito nutricional, son importantes así como historia familiar de cancer mamario. (2) (6) (12) (13)

El presente trabajo pretende determinar que conocimientos o creencias, actitudes y practicas tienen con respecto al cáncer de mama las mujeres guatemaltecas de 35 años o mas, que asisten a la clínica de mamografía del Instituto Nacional de Cancerología Dr. Bernardo del Valle en Guatemala, durante los meses de junio y julio de 1994.

### III. JUSTIFICACION

En los últimos años el cáncer de la glándula mamaria ha ocupado una posición importante entre todas las neoplasias.

No existe mujer con tan bajo riesgo de padecer cáncer de mama que pueda quedar excluida de los programas de educación adecuados para su edad, incluso hoy en día está claro que sólo el hecho de ser mujer constituye el factor de riesgo más importante. (3)

Mientras más profundo sea el conocimiento del cáncer de mama, mejor será la forma de tratarla y prevenirla.

Hoy en día no se cuenta con estudios de tesis referentes a este tema, por lo que el presente trabajo pretende determinar que conocimientos o creencias, actitudes y las practicas que la mujer Guatemalteca tenga con respecto al cáncer de mama, lo que servirá para diseñar programas y actividades educativos con el fin de modificar y disminuir su frecuencia en Guatemala.



#### IV. OBJETIVOS

##### OBJETIVO GENERAL:

Determinar el grado de conocimiento o creencias actitudes y prácticas de la mujer guatemalteca de 35 años o más, acerca del cáncer de mama.

##### OBJETIVOS ESPECIFICOS

1. Determinar el grado de conocimiento que la población en estudio tiene sobre el cáncer de la mama de acuerdo a su escolaridad.
2. Determinar las actitudes que presenta la población en estudio, con respecto al cáncer de la mama
3. Identificar las acciones que ponen en práctica la población en estudio para la detección del cáncer de mama.
4. Determinar los factores de riesgo que la población en estudio relaciona con el cáncer de mama.
5. Identificar los síntomas que la paciente relaciona con el cáncer de la mama.
6. Proporcionar a cada sujeto de estudio un plan educacional sobre las características propias de la enfermedad y la prevención de la misma.

Definición de terminos

1. CONOCIMIENTO:

Unión de la potencia cognoscitiva con la cognoscible, para conocer su naturaleza nos será obligado distinguir el conocimiento sensitivo, o sea, el que tiene por causa los sentidos y representa las cosas concretas e individuales, y el intelectual, o sea, el que tiene por causa el entendimiento.

Todo hombre sabe de sí que posee entendimiento por lo que lleva dentro de sí, por introspección, y de los demás lo sabe por el testimonio de los mismos y por razones de toda evidencia. (9)

2. CREENCIAS:

Son conocimientos elementales propios de los animales, que poseen una información cierta sobre determinadas propiedades de las cosas y sobre sus relaciones más simples, lo cual constituye la condición necesaria para que se orienten adecuadamente en el mundo que lo rodea. Así también datos empíricos sobre el mundo exterior y sobre sí mismo. (4) (5)

3. ACTITUD

Es la suma de todos los procesos psíquicos previos relativos al suceso futuro. Es la expectación de que algo determinado va a suceder, estando interiormente preparado para ello. Es un estado que tiene cierta afinidad, aunque no igualdad, al de querer que suceda, en el hecho de su relación con el futuro.

Hay una disposición o actitud positiva y otra negativa es decir: se puede estar en actitud de que suceda o de que no suceda el acontecimiento. (17) (18)

4. PRACTICA

El separar la teoría de la práctica y la vida a la primera da un carácter abstracto, lo que en resumen la priva de su importancia científica y social, haciéndola perderse en los laberintos de la escolástica. La ciencia no sólo sigue a la práctica, sino que se anticipa a ello.

Entonces diremos para resumir que la práctica sirve de criterio a la veracidad del conocimiento científico. (4) (18)

## CREENCIAS, ACTITUDES Y PRACTICAS

El hombre siempre se ha visto en la necesidad de buscar formas que le ayuden a subsistir y a mejorar sus condiciones de vida, este proceso evolutivo ha traído grandes adelantos, pero también ha provocado que el ser humano desarrolle hábitos que lo exponen a padecer de grandes males, siendo una de las más afectadas la salud, lo cual ha generado que el proceso salud enfermedad sea interpretado de diferentes formas: mágica, religiosa, humana, cósmica.

El cáncer de mama es la neoplasia maligna más frecuente en mujeres y tiene la tasa de mortalidad más alta de todos los cánceres que afectan a las mujeres a nivel mundial; de ahí parte que muchas mujeres tengan dudas acerca del cáncer de mama, y depende de su cultura, el que quieran saber o no de su enfermedad.

La educación es el arma más afectiva para la prevención de esta enfermedad, al detectar y describir las creencias, actitudes y prácticas (CAPS) de un grupo, se pueden comprender mejor las relaciones entre el comportamiento humano y la salud, así como los factores biológicos, culturales, económicos que influyen en el mismo. (17) (18)

### ANATOMIA DE LA MAMA

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

Está formada por piel que tiene normalmente un grosor de 2 mm. El parénquima glandular lo integran de 15 a 20 lóbulos glandulares; cada uno contiene pequeños lobulillos donde se encuentran los acinos glandulares. Los lobulillos son las unidades estructurales de la glándula. Cada lobulillo está formado por varios acinos, túbulos, tejido conjuntivo, tejido fibroglandular y adiposo.

La mamila se eleva en el seno de la areola mamaria. En el pezón desembocan los conductos galactóforos. (16)

El tejido conjuntivo da forma y consistencia a la mama, que está rodeada por una plegadura de la fascia pectoral superficial. La hoja rodeada por una plegadura de la fascia pectoral superficial. La hoja posterior se adhiere al músculo pectoral y la anterior a la piel. Entre las hojas a septos conjuntivos, los ligamentos de Cooper, que dan consistencia a la mama. (16)

La grasa rodea el parénquima glandular. El tejido graso y el parénquima mamario varían con la edad. En la mama joven

hay abundante tejido glandular mientras que en la mama anciana aparece reemplazamiento del tejido fibroglandular por tejido graso. (16)

La irrigación de la mama es através de la arteria mamaria en sus cuadrantes internos y por la segunda, tercera y cuarta ramas de las intercostales. Los cuadrantes externos se irrigan a través de las arterias toracodorsal, lateral y acromial. (16)

Las venas forman un sistema superficial en tejido adiposo, además de un sistema profundo que acompaña a las arterias y se reúnen detrás de la mamila formando el plexo venoso areolar. Este plexo drena en la vena mamaria interna. (16)

El drenaje linfático es hacia la axila, ganglios intercostales y retroesternales (cadena de la mamaria interna. (16)

### CONDICIONES BENIGNAS DE LA MAMA

Las condiciones benignas de la mama pueden presentarse acompañadas de dolor, molestias del pezón, o masas. A pesar de que existen muchos diagnósticos en este grupo, hay muchos que son más comunes y más importantes. (1) (6) (13) (15)

#### A. FIBROADENOMA:

Ocurre en mujeres jóvenes usualmente menores de 35 años y pueden ser múltiples en el 10 a 15 % de los pacientes. Usualmente es una masa discreta de 1 a 4 cm. que no está adherida al tejido circundante. El tratamiento es una biopsia excisional. Se observan muchas mujeres de 17 a 19 años con fibroadenomas. (1) (6) (13) (15)

#### B. CISTOSARCOMA PILOIDE:

Es un fibroadenoma gigante que contiene muchos más componentes celulares que el fibroadenoma usual. Raras veces el tumor se transforma en un sarcoma maligno. El tratamiento es excisión local amplia. Si la excisión no se hace adecuadamente el tumor tiende a recurrir localmente. (1) (6) (13) (15)

#### C. MASTITIS QUÍSTICA CRÓNICA O ENFERMEDAD FIBROQUÍSTICA DE LA MAMA:

Es una enfermedad muy común caracterizada por masas quísticas múltiples bilaterales y dolorosas que cambian durante el ciclo



menstrual. (1), (6), (13), (15).

1. El diagnostico se hace por aspiración del quiste y analisis citológico del fluido.
  - a. Si la masa desaparece completamente se recomienda seguir en observación.
  - b. La biopsia incisional está indicada cuando:
    - 1) Si la masa recurre o no desaparece completamente.
    - 2) El fluido aspirado contiene sangre o células sospechosas
2. El riesgo del carcinoma es de 3 a 6 veces más alto en personas con esta enfermedad (cuando hay células atípicas), que en la población general. Es de 5 a 15 veces mas alta si hay historia familiar de cancer de mama. Estan indicados exámenes frecuentes de la mama. (1), (6), (13), (15).
3. Si se han realizado multiples biopsias o está presente la enfermedad de fibrósis densa o atípica o hay historia familias de cancer de Mama, puede justificarse una mastectomia profilactica simple. (1), (6), (13), (15).

#### D. PAPILOMA INTRADUCTAL:

Es la causa numero uno del desprendimiento patológico del pezón, el cual es espontaneo, serosanguinolento, unilateral, y usualmente de un solo orificio ductal. (1), (6), (13), (15).

1. Es una lesión benigna, la cual puede o no estar asociada con masas subareolares.
2. Se debe obtener una mamografía para descartar otras patologias.
3. Es necesaria la excisión del ducto mamario afectado para determinar si la lesión es un adenocarcinoma papilar maligno.

#### E. GALACTOCELE:

Es un quiste simple lleno de leche. La aspiración diagnostica es curativa. Se puede realizar una reaspiración pero una resección quirurgica es raras veces necesaria. (1), (6), (13), (15).

#### F. ECTASIA DUCTAL:

Esta caracterizada por la dilatación de los ductos subareolares. Puede estar asociada con el desprendimiento patológico del pezón, una masa retroareolar, retracción del pezón, o mastitis recurrente. El tratamiento consiste en una excisión local de la masa afectada.

#### G. MASTITIS INTRINSECA Y ABSCESOS CRONICOS RECURRENTES SUBAREOLARES:

Son las infecciones mas comunes de la mama. La mastitis intrinseca (usualmente relacionada con la lactancia) generalmente responde a antibioticos, mientras que los abscesos crónicos requieren excisión quirurgica. (1),(6),(13),(15).

#### H. ENFERMEDAD DE MONDOR:

La enfermedad de Mondor es una flebitis de la vena toracoepigastica, la cual es una entidad autolimitante que no requiere tratamiento. (1),(6),(13),(15).

#### CARCINOMA DE LA GLANDULA MAMARIA

##### A. EPIDEMIOLOGIA:

1. **Incidencia:** En los Estados Unidos a la edad de 70 años el 10 % de las mujeres tendran carcinoma de la mama (mas de 150,000 nuevos casos). (2)
- a. Es una de las causas principales de muertes por cancer en mujeres, con una incidencia de 75 casos en 100,000 (Mas de 44,000 nuevos casos estimados en 1990).
- b. La tasa de mortalidad por edad y la incidencia no han tenido un cambio apreciable desde 1930, lo que indica que el cancer de mama sigue siendo una amenaza para la vida humana y la terapia no ha evolucionado desde ese tiempo.
2. **Factores de riesgo:** Existen multiples factores que aumentan el riesgo de desarrollar un carcinoma de la mama. (2)(8)(11)(14)
- a. **Historia familiar positiva de carcinoma de la mama** produce un riesgo que aumenta de 2 a 3 veces. Esto se aplica solo a parientes en primer grado como la madre, la abuela, tias y hermanas de la paciente. (2) (8) (11) (14)
  - 1) Un pariente en primer grado con carcinoma premenopausico triplica el riesgo.
  - 2) Un pariente en primer grado con carcinoma bilateral aumenta el riesgo 5 veces.
  - 3) Un pariente en primer grado con carcinoma premenopausico bilateral aumenta 8 veces el riesgo.
- b. **Historia de mastitis Quistica Crónica con hiperplasia atipica en histología** aumenta el riesgo de carcinoma de 3 a 6 veces. (2) (8) (11) (14)
- c. **Incidencia previa de cáncer contralateral** tiene un riesgo relativamente alto de que ocurra carcinoma en la mama no afectada. (2) (8) (11) (14)
  - 1) Si se ha presentado un adenocarcinoma, el riesgo se duplica.
  - 2) Si el tumor presedente era un carcinoma lobular, hay una

probabilidad del 25 al 50 % de desarrollar carcinoma en la otra mama.

- d. Nivel socioeconomico alto tienen un alto riesgo de desarrollar carcinoma. (2) (8) (11) (14)
- e. Mujeres nuliparas tienen un riesgo de 2 a 3 veces mas de contraer carcinoma comparado con las mujeres que han tenido hijos. El riesgo es menor en mujeres que se embarazan antes de los 23 años. (2) (8) (11) (14)
- f. Cerumen. Las mujeres con cerumen humedo tienen un riesgo mas alto de cancer de la mama que las que tienen cerumen seco.
- g. Compuestos de estrógeno tienen un efecto variable en los animales en el desarrollo del carcinoma. A pesar de esto los estradioles y cetonas no producen carcinoma, los estratrioles sí. (2) (8) (11) (14)
  - 1) No hay evidencia que el cancer de mama sea causado por estrógenos exógenos en los humanos.
  - 2) Existe asociación con el carcinoma endometrial. Seria prudente apartar los estrógenos exógenos de pacientes que han tenido cancer de mama y de aquellos que están en grupos de alto riesgo, ya que los estrógenos pueden ayudar al crecimiento de un carcinoma ya establecido.

#### B. SINTOMAS:

- 1. Masas en la mama son síntomas que se presentan en el 85 al 90 % de pacientes con carcinoma. Aproximadamente el 80 % de estas son descubiertas por la paciente en el autoexamen de mama. (2) (7) (8) (10) (13)
- 2. Dolor de la mama puede ser un síntoma que indique la presencia de carcinoma y debe ser evaluado completamente para eliminar la posibilidad de malignidad. (2) (7) (8) (10) (13)
- 3. Enfermedad metastasica también puede ser el síntoma inicial de nódulos ya sea axilares o de un organo distante. En el 2 % de casos de cancer de la mama las pacientes presentan un agrandamiento de nódulos axilares pero no se palpa ningún tumor primario en la mama. (2) (7) (8) (10) (13)
  - a. De todos los pacientes que se presentan con un agrandamiento axilar aislado, un tercio o la mitad representan cancer de la mama oculto. Se debe descartar la enfermedad de Hodking, el cancer de pulmón, del ovario o pancreático y las células del carcinoma escamoso de la piel.
  - b. En esta situación está indicada una mastectomia ciega (quitar la mama sin evidencia de malignidad)



4. **Pacientes asintomáticos:** Los pacientes pueden no tener síntomas o signos de cáncer de mama pero pueden estar en una categoría de alto riesgo (historia familiar o personal de cáncer de mama) por lo que deben tener un seguimiento cercano con mamografía, exámenes físicos y autoexamen de la mama. (2) (7) (8) (10) (13)

### C. DIAGNOSTICO:

1. **Autoexamen:** Mas del 60 % de cánceres son descubiertos por las pacientes en el autoexamen (se recomienda un autoexamen mensual). (2) (7) (13)
2. **Examen físico:** Realizado por un médico es imperativo para complementar el autoexamen y los estudios radiográficos, ya que un 15 % de carcinomas comprobados tienen mamografías negativas. Los programas visuales que usan exámenes mamográficos y físicos de mujeres asintomáticas han detectado muchos cánceres tempranos sin que existan nódulos axilares. (2) (7) (13)
3. **Mamografía:** (Usando dosis baja de radiación) revela la arquitectura de la mama. ((1) (2) (7) (8) (10) (13) 15)
  - a. Los signos sospechosos de malignidad son asimetría, densidad de la piel, masas irregulares o distorsiones en la arquitectura de la mama. Los agrupamientos irregulares de microcalcificaciones son el descubrimiento mas desastroso.
  - b. La mamografía es útil para apoyar la impresión clínica de no evidencia de malignidad, para dar seguimiento pacientes con historia de cáncer de la mama y para visualizar tumores subclínicos.
  - c. Se recomienda una mamografía de línea base a la edad de 35 años y luego uno anual para mujeres de mas de 40 años y pacientes de alto riesgo.
4. **Ultrasonido:** puede ser usado para determinar si una masa en la mama es sólida o quística (palpable o no palpable). (1) (2)
5. **Aspiración con aguja:** puede comprobar el diagnóstico de masas quísticas o la citología puede someterse para una lesión sólida. (2) (8) (10)
6. **Biopsia excisional:** Es el método preferido para diagnosticar una lesión de la mama; pero no siempre es posible realizar una biopsia en masas grandes o en las que están situadas muy profundamente. La biopsia puede realizarse en un paciente ambulatorio, y apesar de que el tratamiento definitivo puede retrasarse por semanas, no hay indicación de que este retraso vaya en detrimento del paciente. (2) (8) (10)
  - a. Se debe obtener suficiente tejido para encontrar receptores



de estrógenos y progesterona (receptores hormonales). El nivel del receptor afecta la sobrevivencia general del paciente. Los tumores de recepción positiva responden mas seguido a terapia hormonal y tienen mejor pronostico que aquellos que son receptores positivos.

- b. El tejido tambien debe someterse a corriente citometrica para determinar si el tumor es diploide (el indice de DNA= 1.00), o aploide (el indice de DNA no es igual a 1.00), y para determinar la fracción de la fase S. Los tumores aploides con alta fracción de fase S tienen peores pronosticos.

#### D. EVALUACION PREOPERATIVA:

En pacientes con carcinoma diagnosticado debe determinar si este se ha extendido hacia la axila, indicando la inoperabilidad del paciente. (7) (8) (10)

##### 1. Criterios definidos por Haagensen para no operar:

- a. Edema extensivo en la mama
- b. Nódulos satélite de carcinoma
- c. Carcinoma inflamatorio
- d. Tumor paraesternal, indicando que se ha extendido a los nódulos mamarios internos
- e. Metastasis supraclavicular
- f. Edema del brazo
- g. Metastasis a distancia.

##### 2. Determinación de metastasis a distancia:

- a. Examen extensivo: para determinar si se ha extendido, es un requisito preoperativo:
  - 1) Se debe realizar una exploración ósea si los nódulos son clinicamente positivos o negativos pero el paciente manifiesta sintomas de dolor en los huesos (pacientes en las etapas II, III y IV). (7) (8) (10) (15)

- 2) Pruebas de funcionamiento del hígado: la fosfatasa alcalina es la más sensible para detectar metastasis hepática. Se debe realizar un ultrasonido del hígado o una tomografía axial computarizada (TAC) si la fosfatasa alcalina es anormal o si hay otra evidencia de metastasis distante. (7) (8) (10) (15)
  - 3) Los Rayos X del tórax detectan metastasis ósea al parenquima pulmonar. Debe obtenerse una TAC del tórax en pacientes en la etapa III para evaluar el área supraclavicular y el mediastino. (7) (8) (10) (15)
  - 4) Se debe realizar una TAC o radioisótopo cerebral si hay signos o síntomas neurológicos presentes. (7) (10) (15)
  - 5) Una mamografía es útil no solo para determinar focos adicionales en la mama, sino para determinar la presencia de enfermedad metastasica. (7) (8) (10) (15)
  - 6) A pesar de que las glándulas adrenales y los ovarios muchas veces están envueltas en la enfermedad metastasica, no existen buenas pruebas visuales para estas áreas. Se debe realizar una evaluación más extensa con una TAC abdominal para confirmar metastasis.
- b. **Exámenes patológicos:** si se sospecha la presencia de enfermedad metastasica basada en una o más de las pruebas visuales, se debe tomar una muestra patológica de la metastasis sospechada para comprobar el diagnóstico. (7) (8) (10) (15)
- c. Aun cuando no hay evidencia de la enfermedad metastasica, hay pacientes con una enfermedad temprana aparente que luego comprueban haber tenido una **diseminación oculta** al momento del diagnóstico inicial. (7) (8) (10) (15)
3. **Embarazo** al momento de diagnosticar el carcinoma de la mama no es una contraindicación para realizar mastectomía. Está asociado con una mayor incidencia de nódulos axilares positivos (75 %) y, por lo tanto, un mal pronóstico. La quimioterapia obviamente presenta peligro al feto por lo que debe evitarse. En algunos casos, se puede considerar una terapia de radiación y la conservación de la mama. Existe mucha controversia en cuanto a la finalización del embarazo la cual es decisión individual de la paciente. (7) (8) (10) (15)

#### E. CATEGORIAS DE ESTADIOS

Son intentos para unir todos los indicadores del pronóstico y relacionarlos a la sobrevivencia del paciente. Estadio I, sin la inclusión de nódulos, tiene el mejor pronóstico para el paciente; estadios II y III tienen un porcentaje intermedio de sobrevivencia; y el estadio IV está caracterizado por la enfermedad metastasica y un pobre pronóstico. Abajo se menciona el sistema de estadios del Comité

1. Clasificación de Tumor, nódulos y metastasis (TNM)

a. Tumor primario (T)

- (1) TIS: Carcinoma in situ.
- (2) T0: No se encontró tumor primario
- (3) T1: Tumor primario con diametro < de 2 cm.
- (4) T2: Tumor primario con diametro de 2 a 5 cm.
- (5) T3: Tumor primario mayor con diametro > de 5 cm.
- (6) T4: Extension a la pared del tórax

b. Nodulos (N)

- (1) N1: Nodulos axilares móviles con o sin tumor.
- (2) N2: Nodulos axilares no móviles.

c. Metastasis a distancia (M)

Enfermedad metastasica fuera de la mama y axila.

2. Estadios clínicos: Se han realizado en consideración con la clasificación TNM.

- a. Estadio I: Está caracterizado por un 85 % de posibilidad para vivir de 5 años; el tumor es menor de 2 cm. de diámetro. No incluye nódulos ni metastasis a distancia.
- b. Estadio II: El porcentaje de sobrevivir 5 años es del 66 %; El tumor tiene de 2 a 5 cm. de diámetro. Los nódulos axilares son palpables y móviles. No existe metastasis distante.
- c. Estadio III: El porcentaje de sobrevivir 5 años es del 41 %; El tumor tiene un diametro mayor de 5 cm. o está caracterizado por invasión local. Los nódulos son palpables fuera de la axila. No hay metastasis a distancia.
- d. Estadio IV: El porcentaje de sobrevir 5 años es del 10 %. Hay metastasis a distancia.

3. Porcentajes de curaciones para el cancer de la Mama no se pueden determinar hasta que existan por lo menos 10 años libres de la enfermedad.

F. PRONOSTICO: El pronóstico en pacientes con carcinoma de la mama depende de una serie de factores clínicos e histológicos en el momento del diagnóstico. (2) (8) (13)

- 1. Histología: El tipo histológico de carcinoma influye en el pronostico. Los carcinomas se pueden clasificar por la habilidad que tiene de metastatizar un tipo de células.



- a. Carcinoma no metastático: Es no invasivo y representa el 5 % de todos los carcinomas de la mama. El porcentaje que tienen los pacientes afectados para sobrevivir 5 años es del 95 %. (8) (13)
- 1) El carcinoma papilar intraductal in situ es no metastático pero puede convertirse en un carcinoma ductal invasivo en el 50 % de los casos luego de 5 años. Por lo tanto, el tratamiento debe ser el mismo que para el carcinoma ductal invasivo.
  - 2) El carcinoma lobular no invasivo es un carcinoma in situ asociado en un 15 a 30 % con el desarrollo final de un franco adenocarcinoma en 20 años. La mama opuesta se ve involucrada por un adenocarcinoma tan seguido como la mama que contiene el carcinoma lobular no invasivo. El tratamiento apropiado puede ser tanto una mastectomía bilateral profiláctica o una vigilancia ambulatoria muy cercana, ya que la neoplasia lobular (carcinoma lobular in situ) es bilateral en el 50 % de los pacientes.
- b. Enfermedad de Paget: Es un carcinoma que incluye a el pezón. Puede ser un carcinoma in situ o invasivo, el cual se origina de los ductos subyacentes. Las células de Paget infiltran la epidermis del pezón lo cual resulta en una dermatitis eczematosa. El tratamiento generalmente es similar al del carcinoma invasivo. (13)
- c. Carcinoma Metastático: (2) (8) (13)
- 1) Carcinoma que raramente se metastatiza es invasivo y representa el 15 % de todos los casos de carcinoma. El porcentaje de sobrevivir 5 años para pacientes con este tipo de carcinoma es del 80 %. Ejemplos:
    - a) Carcinoma coloide, el cual contiene preponderancia de células productoras de mucina
    - b) Carcinoma medular, el cual muestra infiltración linfocítica en un patron semejante a hoja de papel y que tiene un margen bien circunscrito
    - c) Carcinoma bien diferenciado grado I
    - d) Carcinoma tubular, el cual tiene una incidencia baja de metastasis nodular y tiene buen pronóstico, aun si hay nódulos axilares.
    - e) Comedocarcinoma
  - 2) Carcinoma que metastatiza moderadamente es altamente invasivo y se expande tempranamente hacia los nódulos linfáticos regionales. Representa el 65 % de todos los carcinomas. El porcentaje de sobrevivir 5 años para personas con este tipo de carcinoma es del 60 %.



Ejemplos:

a) Adenocarcinoma infiltrante de origen ductal, el cual es el carcinoma más común de la mama.

b) Carcinoma intraductal con invasión al estroma

c) Carcinoma lobular infiltrante, el cual está caracterizado por pequeñas células que infiltran los lóbulos

3) Carcinoma muy Metastático representa menos del 15 % de los carcinomas de la mama. Incluye cualquiera de los tumores mencionados anteriormente que muestren invasión vascular o que sean indiferenciados con crecimiento de células no ductales o no tubulares. El porcentaje de sobrevivir 5 años es del 55 % (grado III y tumores aneuploides

d. Carcinoma inflamatorio Es cualquier carcinoma de la mama con signos de inflamación local, incluye rubor, calor localizado, edema y dolor. Histologicamente se encuentran casi universalmente vasos linfáticos subdermicos del tumor. Los pacientes con carcinoma inflamatorio tienen un pronóstico muy pobre; menos del 3 % sobreviven 5 años.

2. El tamaño del tumor primario y el tamaño, número y localización de los nódulos linfáticos influye en la sobrevivencia del paciente. Muchos sistemas de clasificación (ver III E) están basados en estas variables. La clasificación del carcinoma de la mama en los estados I y II generalmente indica operabilidad y por lo tanto un mejor pronóstico, mientras que la clasificación en los estados III y IV indica inoperabilidad y un mal pronóstico.

a. Tamaño del tumor primario

1) Los pacientes con tumores de diámetro menor a 1 cm. tienen un porcentaje del 80% de sobrevivir 10 años.

2) Los pacientes con tumores de 3 a 4 cm. de diámetro tienen un porcentaje del 55% de sobrevivir 10 años

3) Los pacientes con tumores de 5 a 7.5 cm. de diámetro tienen 45% de probabilidad de sobrevivir 10 años. (8)

b. Tamaño y estructura de los nódulos linfáticos basados en examen clínico

1) Si no existen nódulos linfáticos palpables el paciente tiene 60% de sobrevivir 10 años.

2) Si existen nódulos linfáticos palpables y móviles el porcentaje de sobrevivir 10 años es del 50%.

3) Si los nódulos linfáticos están adheridos a las estructuras circundantes el porcentaje de sobrevivir 10 años es del 20%. (2) (8)

c. El número de nódulos linfáticos puede asignarse erróneamente si se basa únicamente en el examen clínico de la axila. En el 25% de los pacientes en los que los nódulos axilares no son palpables se puede ver un tumor microscópicamente en los nódulos. En el 25% de los pacientes con nódulos palpables no se encuentra tumor en los exámenes patológicos de los contenidos axilares. Hay una relación lineal entre el número de nódulos axilares encontrados en el examen patológico y la incidencia de recurrencia y la supervivencia del paciente.

- 1) Los pacientes con nódulos axilares negativos tienen un 65% de probabilidad de sobrevivir 10 años.
- 2) Pacientes que tengan de 1 a 3 nódulos axilares positivos tienen el 36% de probabilidad de sobrevivir 10 años.
- 3) Los pacientes con más de 4 nódulos axilares positivos tienen el 13% de sobrevivir 10 años. (2) (8)

d. Localización de los nódulos linfáticos

- 1) Nivel I de los nódulos axilares: están localizados en la parte baja de la axila y se extienden entre el borde lateral del pectoral menor y el borde medio del músculo ancho del dorso. El porcentaje de sobrevivir 5 años en pacientes de este nivel es del 65%.
- 2) Nivel II de los nódulos axilares: están localizados posteriormente a la inserción muscular del pectoral menor. Los pacientes con nódulos a este nivel tienen 45% de sobrevivir 5 años.
- 3) Nivel III de los nódulos axilares: están localizados en la línea media del borde superior del músculo pectoral menor. Los pacientes tienen el 28% de sobrevivir 5 años. (2) (8)

3. Otras características clínicas del carcinoma de la mama que empeoran el pronóstico y disminuyen la probabilidad de supervivencia de las pacientes:

- a. Edema o ulceración de la piel circundante
- b. Fijación del tumor a la pared del tórax.
- c. Nódulos satélites de la piel.
- d. Carcinoma inflamatorio.
- e. Piel de naranja, consistencia de cáscara de naranja en la piel de la mama que indica invasión linfática dérmica.
- f. Retracción de la piel o depresión de la piel de la mama propio de un acortamiento de los ligamentos de Cooper que involucra un tumor.
- g. Que el carcinoma esté localizado en la porción media del

cuadrante inferointerno, el cual es el lugar anatómico menos favorable para un carcinoma.

h. Edema del brazo.

i. Evidencia de metastasis a distancia. (2) (8) (13)

4. Estatus de los receptores de estrógeno de los tumores (ver III H2) también afecta a la sobrevivencia del paciente; ya que si hay receptores de hormonas en las células cancerígenas, el cancer de la mama puede responder a la terapia hormonal. Los tumores que son receptores positivos responden bien a la terapia hormonal y tienen mejor pronóstico que los que son receptores negativos.

#### G. TRATAMIENTO:

Se usa cirugía, Radioterapia, Quimioterapia o terapia de hormonas. Las opciones se determinan basándose en la histología y la etapa de la enfermedad.

1. Cirugía: puede ser paleativa o curativa. La elección del procedimiento se basa en histología, etapa, y factores relacionados al riesgo que tenga el paciente para someterse a la cirugía, como edad o enfermedades médicas concurrentes.

a. Componentes esenciales de la terapia quirúrgica incluyen:

- 1) La remoción de todo el tejido en la mama afectada es necesaria por la alta ocurrencia de multicentricidad de las lesiones de la mama. Del 30 al 35% de las pacientes tienen lesiones malignas o premalignas en la mama afectada, en otro cuadrante distinto de donde se descubrió el tumor.
- 2) La remoción de los nódulos axilares para asegurar la clasificación es necesaria por la posible clasificación equivocada de la metastasis axilar basada solo en el examen clínico. El grado de la disección axilar difiere en los procedimientos quirúrgicos. (2) (7) (8) (10)

b. Procedimientos quirúrgicos

- 1) Lumpectomía (Mastectomía segmentaria), Linfadenectomía axilar (nivel I y II), e irradiación postoperativa son comúnmente usados para tratar lesiones primarias pequeñas (menos de 4 cm.) y carcinomas intraductales. Las disecciones axilares del nivel I y II tienen el 98% de confiabilidad en predecir enfermedad metastática si los nódulos en estos niveles no están involucrados. (2) (7) (8) (10)
- 2) Mastectomía simple incluye la remoción de la mama junto con el complejo pezón/areola. Puede combinarse con una disección a nivel I de los nódulos linfáticos axilares. (2) (7) (8) (10)



- 3) **Mastectomía radical modificada** (Procedimiento de Patey) remueve una cantidad generosa de piel, la mama entera, el músculo pectoral menor, y los contenidos axilares inferiores a la vena axilar. (2) (7) (8) (10)
- a) Muchos estudios han demostrado rangos de sobrevivencia y patrones de recurrencia comparables a la mastectomía radical (procedimiento Halsted).
  - b) Tiene un resultado cosmético mejor que la mastectomía radical y se puede lograr una reconstrucción de la mama al colocar una prótesis subpectoral.
- 4) **Mastectomía radical de Halsted** remueve el músculo pectoral mayor además de todo el tejido que se quita en una mastectomía radical modificada.
- a) Este procedimiento remueve adecuadamente todos los nódulos linfáticos axilares, los nódulos en la fascia interpectoral (Nódulos de Rotter) y el tumor primario. Algunas veces también se sacrifica el nervio toracodorsal el cual inerva el músculo ancho del dorso.
  - b) El nervio torácico largo debe conservarse cuidadosamente para prevenir la denervación del músculo serrato anterior, lo cual resulta en una "Escápula con alas".
  - c) El procedimiento Halsted es extremadamente efectivo en prevenir la recurrencia local de la enfermedad, pero tiene la desventaja de causar una deformidad obvia.
- 5) **Mastectomía Radical Extensa** la cual incluye la remoción de los nódulos linfáticos mediastinales, ha sido defendida para las lesiones grandes y medianas en las que hay evidencia de metastasis mamaria interna. Actualmente se utiliza raras veces por el aumento de la morbilidad y mortalidad quirúrgica y por no haber mejorado sus probabilidades de sobrevivencia cuando es comparada a otras modalidades de terapia. (2) (7) (8) (10)
- 6) **Reconstrucción de la mama** luego de una mastectomía se puede realizar sin alterar los porcentajes de sobrevivencia. Esta se puede realizar inmediatamente, pero muchos cirujanos retrasan el procedimiento por 3 o 6 meses hasta que la herida se ha curado por completo.
- c. **Cuidado postoperatorio del paciente con mastectomía** incluye rehabilitación total y observación de recurrencia del tumor y complicaciones. (2) (7) (8) (10)



- 1) Cuidado inmediato incluye movilización del brazo para prevenir la limitación de movimientos y apoyo psicológico para el regreso a la vida normal. Se puede proveer una prótesis de la mama.
- 2) Cuidado de seguimiento se debe realizar de por vida para detectar recurrencias locales y distantes y nuevos tumores primarios en la mama contralateral (ver III H).
- 3) Edema del brazo ocurre en el 10 a 30% de mujeres que han tenido mastectomía radical e interrupción de los vasos linfáticos axilares. Esto puede ocurrir agudamente o crónicamente y puede agravarse por radioterapia en la región. Se deben evitar todas las causas de trauma menor al brazo afectado (incluyendo pinchaduras de agujas). (8)

a) Tratamiento

- (i) Ya que cada infección aumenta la obstrucción linfática, borrando los canales que quedaban abiertos con fibrosis en reacción a la bacteria, hasta las infecciones mínimas de la piel deben ser tratadas tempranamente con antibióticos.
- (ii) El edema crónico debe ser tratado con una manga elástica y firme.

b) Complicaciones

- El edema crónico de 10 años o más puede llevar al desarrollo de linfangiosarcoma en el brazo afectado.  
(8)

2. Radioterapia: puede usarse para el tratamiento de lesiones primarias y metastáticas. (8) (10)

- a. La remoción total del tumor (lumpectomía) con un nivel I y II de linfadenectomía axilar, seguida de una irradiación de la mama, es un tratamiento primario alternativo para pacientes con carcinoma seleccionados de la etapa I y II.
  - 1) Toda la mama es irradiada (4,500 RAD) con un mayor empuje en el sitio del tumor (2000 RAD).
  - 2) Contraindicaciones:
    - a) Lesiones multicéntricas
    - b) Tumores con diámetro mayor a 4 cm.
    - c) Lesiones retroareolares o del pezón
  - 3) Los resultados de supervivencia parecen comparables a la mastectomía radical modificada con un seguimiento de 8 a 10 años.
  - 4) Hay una probabilidad del 12% de recurrencia en la mama por 5 o 10 años.
- b. La radioterapia puede ser una forma extremadamente efectiva de terapia paliativa en pacientes con metástasis ósea o del sistema nervioso central, resultando en el alivio del dolor y el control de la enfermedad local.

- c. La radioterapia como terapia adyuvante ha sido examinada por el proyecto nacional de cirugía adyuvante de la mama (NSABP) número 4. Los resultados no muestran ventaja de la radioterapia adyuvante aun cuando los pacientes demostraban la inclusión nodal positiva o negativa.

### 3. Quimioterapia o terapia hormonal (8)

a. **Terapia adyuvante:** Está diseñada para erradicar metástasis a la distancia oculta o tumores residuales locales en pacientes en la etapa II o III sin evidencia de metástasis a distancia. Todos los pacientes con nódulos axilares positivos son candidatos así como los pacientes de alto riesgo seleccionados con nódulos negativos (basados en citometría del fluido, tamaño del tumor, edad, y status de los receptores hormonales).

1) **Quimioterapia:** Con un régimen de 3 drogas es la forma más común de tratamiento adyuvante e incluye 6 ciclos mensuales de ciclofosfamida, metrotexate, y fluoracilo (o ciclofosfamida, adriamicina, y fluoracilo).

a) Los resultados muestran mejoras en la sobrevivencia y el intervalo libre de enfermedad en mujeres premenopáusicas. Los resultados en mujeres postmenopáusicas no están tan claros pero probablemente han mejorado.

b) Los efectos colaterales incluyen:

(i) Mielosupresión (requiere monitoreo de la función de la médula ósea)

(ii) Carcinogénesis (particularmente relacionada con la Ciclofosfamida, la cual ha sido asociada con carcinoma de la vejiga y posiblemente con surgimiento tardío de leucemia).

2) **Terapia hormonal:** utiliza Tamoxifen (un antiestrógeno) generalmente en pacientes postmenopáusicas con tumores que son receptores positivos por 2 a 5 años. Está comprobado en el NSABP No. 3 que la Ooforectomía no tiene efecto en los porcentajes de sobrevivencia a largo plazo, pero posiblemente prolonga el intervalo libre de enfermedad previo a la recurrencia.

b) La quimioterapia y la terapia hormonal también se utiliza para tratar enfermedades metastáticas y recurrentes.

## H. ENFERMEDAD RECURRENTE:

### 1. Tipos

a. **Recurrencia local** está definida como la recurrencia del carcinoma en el área operada. Ocurre en el 15% de los pacientes luego de una mastectomía radical y en más pacientes con metástasis axilar. La recurrencia usualmente se presenta luego de 2 años de la cirugía y es tratada por exiccción local y/o radioterapia. (8) (10)

b. Segundo carcinoma de la mama debe ser examinado detenidamente para determinar si la segunda lesión es una lesión primaria o metastática. Las lesiones primarias nuevas deben ser tratadas similarmente a cualquier otra lesión primaria. Las lesiones metastáticas deben ser tratadas solo por Lumpectomia y con un seguimiento de terapia hormonal o quimioterapia. La determinación del tipo de lesión se basa en varios criterios: (8) (10)

- 1) Una gran disparidad histológica favorece a un segundo tumor primario.
- 2) Si la diferenciación nuclear es mayor en la segunda mama entonces es mas probable un segundo tumor primario.
- 3) Si el tiempo interpuesto entre la ocurrencia de las 2 lesiones es mayor a 5 años, el tumor probablemente es un segundo primario. Si el tiempo es menor a 5 años entonces será una lesión metastática.
- 4) La localización del nuevo tumor en toda la mama favorece un nuevo tumor primario. La localización de la nueva lesión en el area gorda de la cola de Spence o cerca del esternón favorece una lesión metastática.
- 5) Si la lesión es única, favorece a una nueva lesión primaria. Si es múltiple posiblemente es metastática.
- 6) Cambios contiguos insitu usualmente se ven solo en una nueva lesión primaria.

c. Metastasis a distancia ocurre más comúnmente en los huesos, hígado y pulmones. Otros sitios menos comunes son el cerebro, el Sistema Nervioso Central y las glándulas adrenales. (8)

d. Seguimiento para los pacientes con cáncer de la mama incluyen:

- 1) Exámenes físicos frecuentes (cada 3 a 4 meses).
- 2) Autoexamen mensual de la mama
- 3) Mamografía anual, exploración ósea, rayos X del tórax (o TAC), y una evaluación del hígado.

## 2. Tratamiento (8)

La enfermedad recurrente debe ser comprobada en una biopsia con la determinación del estatus receptor de estrógenos del tumor. El tratamiento debe hacerse por terapia hormonal o quimioterapia.

a. Terapia hormonal está basada en el estatus receptor de estrógenos del tumor. El tejido de la mama normalmente se desarrolla con sitios de vendaje específico para el control de las hormonas incluyendo estrógenos y progesterona. El 50 % de los tumores tienen receptores hormonales que son sensibles a la inhibición por manipulación endócrina, mientras que el 10% de tumores sin estos receptores responden a una manipulación similar. (11)



- 1) El 64% de los tumores receptores positivos de estrógenos responden a la terapia hormonal mientras que solo el 4% de los tumores receptores negativos de estrógenos responden.
  - 2) En pacientes receptores positivos de estrógeno con enfermedad recurrente puede afectar el tamaño del tumor un cambio en el ambiente hormonal. En pacientes premenopáusicas este cambio puede ser por adrenalectomía o Ooforectomía; en pacientes postmenopáusicas se utiliza la terapia de estrógenos.
  - 3) Tamoxifen es una droga antiestrógeno y es utilizada en pacientes pre y postmenopáusicas.
  - 4) Terapia hormonal Masculina puede ser útil en el tratamiento pre y postmenopáusicas.
  - 5) Pacientes que responden a una modalidad de tratamiento generalmente continúan respondiendo a la terapia hormonal secuencial, mientras que los que no responden no lo hacen. Pocos pacientes son curados cuando ya ha ocurrido la metástasis, pero la terapia hormonal es muy efectiva en prolongar la sobrevivencia y en reducir el tamaño del tumor.
- b. Quimioterapia es utilizada en pacientes con enfermedad recurrente que son receptores negativos de estrógeno o que no responden a la terapia hormonal. En estos casos usualmente se utilizan combinaciones de ciclofosfamida, metrotexate, fluracilo, y doxorubicina. Las respuestas favorables temporales, como una disminución medible del tamaño del tumor o el alivio del dolor, se obtiene en el 60 a 80% de los pacientes con la enfermedad en estado IV con la iniciación de esta terapia. (7) (8) (10)

### 3. Prevención:

Como es sabido el cancer de mama no se puede prevenir; sin embargo existen metodos diagnosticos que utilizados adecuada y oportunamente pueden ayudar a la detección temprana de esta enfermedad y así lograr combatirla a tiempo para poder erradicarla completamente. Dentro de los métodos diagnosticos que pueden ser de mucha utilidad se encuentran: El autoexamen de mama por parte de la paciente ya que este, utilizado adecuadamente puede descubrir hasta en un 60 % canceres solo con los cambios anatómicos encontrados por la paciente.

El examen físico realizado por un médico es importantísimo para completar el autoexamen. Y por ultimo la mamografía en la cual se utilizan bajas dosis de radiación y revela la arquitectura de la mama. Con el uso de estas tres armas (autoexamen de mama, examen físico por parte del médico y la mamografía), podemos hacer la detección temprana del cáncer de mama y con esto prevenirla y eliminarla.



## VI. METODOLOGIA

### A. TIPO DE ESTUDIO

El presente estudio es de tipo observacional descriptivo.

### B. SELECCION DEL SUJETO DE ESTUDIO

Se seleccionarán a las pacientes con edad mayor o igual a 35 años que consulten al departamento de mamografía del Hospital Nacional de Cancerología, Dr. Bernardo del Valle.

### C. TAMANO DE LA MUESTRA Y MARGEN MUESTRAL:

Se incluirá en el estudio toda paciente mayor o igual a 35 años, que consulte a la clínica de Mamografía del Hospital Nacional de Cancerología, Dr. Bernardo de Valle, que quiera colaborar con el estudio, que no tenga diagnóstico previo de cáncer de mama y que no tenga antecedentes de cirugía de mama, durante los meses de junio y julio de 1994.

### D. CRITERIOS DE INCLUSION Y EXCLUSION

#### 1. CRITERIOS DE INCLUSION

- a. Paciente de sexo femenino
- b. Paciente mayor o igual a 35 años.
- c. Paciente que consulte a la clínica de Mamografía por primera vez.

#### 2. CRITERIOS DE EXCLUSION

- a. Antecedentes de cirugía previa en mamas
- b. Paciente con diagnóstico de cáncer de mama.
- c. Paciente que no desee colaborar con el estudio.
- d. Pacientes que no llenen los criterios de inclusión.

E. VARIABLES DE ESTUDIO

1. Variable:

NOMBRE DE LA VARIABLE	DEFINICION CONCEPTUAL	ESCALA	TRATAMIENTO OPERACIONAL
CONOCIMIENTO	unión de la potencia cognoscitiva con la cosa cognoscible.	BUENO > 75 % REGULAR 60-74 % MALO < 59 %	Mediante respuesta a la encuesta.
CREENCIA	Firme asentimiento y conformidad con alguna cosa; completo crédito que se presta a una noticia como segura o cierta	BUENA  MALA	Mediante respuesta a la encuesta.
ACTITUD	Reacción negativa o positiva hacia un objeto, una proposición u otra situación.	POSITIVA  NEGATIVA	Mediante respuesta a la encuesta.
PRACTICA	Ejercicio de cualquier arte o facultad conforme a una regla. Uso continuado, costumbre de una cosa. Aplicación de una idea o una doctrina a la realidad	BUENA  MALA	Mediante respuesta a la encuesta

F. INSTRUMENTOS DE MEDICION DE VARIABLES

1. ENCUESTA (VER ANEXO 1)
2. ESTANDARIZACION DE INSTRUMENTOS DE MEDICION:

Encuesta piloto:

Se realizará una encuesta piloto, que servirá para determinar posibles errores en la redacción de las preguntas, que puedan llegar a confundir a la encuestada y así evitar que afecte la veracidad de la investigación.

Respuestas esperadas:

1. ¿Qué es cáncer:  
R/ Tumor o enfermedad maligna que se puede presentar en cualquier parte del cuerpo y que puede causar la muerte.
2. Los riesgos que pueden estar relacionados con el cáncer de mama son:  
R/ b. Mujeres que no han tenido hijos  
c. Usar anticonceptivos orales  
d. Parientes cercanos con cáncer de mama.  
g. Ser mujer.
6. ¿Cómo se puede saber si una mujer tiene cáncer de mama?  
R/ a) Haciéndose el autoexamen de mama  
b) Examen físico por el médico  
c) Haciéndose una mamografía
7. ¿Cuales son los síntomas que una mujer presenta cuando tiene cáncer de mama?  
R/ a) masa en una o ambas mamas.  
b) Dolor de mama.  
c) Masas ó Ganglios axilares.
8. ¿Sabe usted cómo se hace el autoexamen de mama?  
R/ Palpando cuidadosamente las mamas de afuera hacia adentro, en círculo, buscando masas o bultos.
11. ¿Con qué frecuencia se hace usted el autoexamen de mama?  
R/ Cada mes.
14. ¿Qué es una mamografía:  
R/ Radiografía de la mama, donde se observan cambios en la estructura de la mama.

15. ¿Sabe usted quién debe hacerse la mamografía?

R/ Toda mujer por arriba de 35 años.

16. ¿Sabe usted qué es una biopsia?

Extracción de tejido de cualquier parte del cuerpo.

17. El cáncer de mama ¿tiene cura?

Sí, si se detecta a tiempo.

## G. MATERIAL Y METODOS

### RECURSOS:

1. ECONOMICOS: - Gastos de papelería - Fotocópias  
- Bolígrafos.  
- Gasolina - Hojas de papel Bond  
tamaño carta - Lápices.
2. FISICOS: - Biblioteca Hospital  
General San Juan de Dios  
- Biblioteca Hospital Nacional  
de Cancerología  
- Biblioteca Facultad de Ciencias  
Médicas de la U.S.A.C.  
- Biblioteca de APROFAM  
- Biblioteca de INCAP
3. HUMANOS: - Mujeres mayores de 35 años que  
que consultan por primera vez  
a la clínica de mamografía en  
el Hospital Nacional de Cancerología  
Dr. Bernardo del Valle.

## H. ETICA DE LA INVESTIGACION

Consideramos que por ser este estudio de carácter descriptivo, que consiste en realizar una encuesta para pedir opinión a cerca de un estudio de Antropología Médica y que se respetará el deseo de participar o no en el estudio y que además no estamos administrando ningún medicamento o aplicando medidas experimentales que comprometan la salud o integridad física de los pacientes o familiares. Por otra parte estamos respetando el derecho ajeno no discriminando raza, religión o condición social de las encuestadas.

Consideramos que la realización de dicho estudio se esta llevando a cabo dentro de un marco de ética profesional.

Se respetará el derecho de no querer participar a las mujeres que si reúnen los requisitos necesarios para ser incluidas en el mismo.



No se comentara nadie los hechos ocurridos durante la entrevista.

Se explicará a la entrevistada en que consiste el estudio y porque se le realiza la encuesta.

#### I. PLAN PARA LA RECOLECCION DE DATOS

Para llevar a cabo esta etapa del protocolo de tesis se elaboro una encuesta dirigida con respuestas cerradas y abiertas, sin que esto signifique que se manipule la información del entrevistado teniendose el cuidado el investigador para que esto no ocurra.

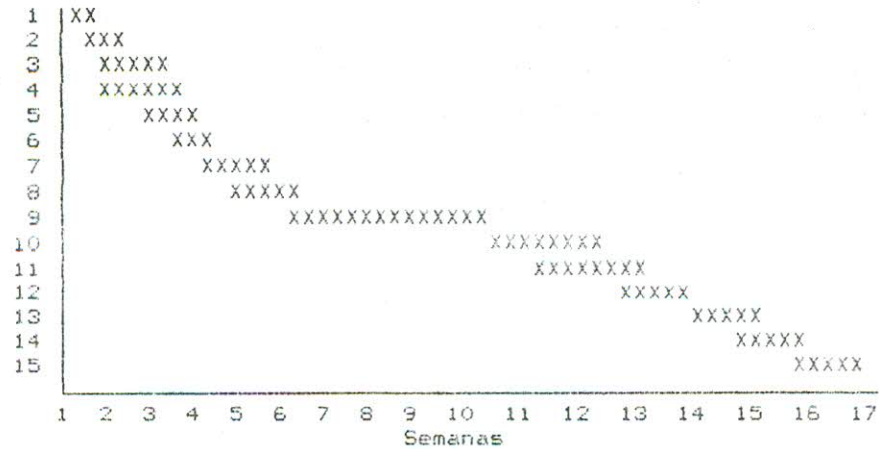
Dicha boleta de preguntas esta basada de acuerdo a la información que requiera tomando en cuenta los objetivos del presente estudio.

Esta entrevista se lleva a cabo a las mujeres que consultan por primera vez a la clinica de mamografía del Hospital Nacional de Cancerología, previa revisión y autorización del Señor Director de la institución, para poder ser utilizada.

La información será recolectada exclusivamente por investigador para asegurar su confiabilidad.

## GRAFICA DE GANTT

### Actividades



### ACTIVIDADES

- 1.- Selección del Tema de Proyecto de Investigación.
- 2.- Elección de Asesor y Revisor.
- 3.- Aprobación del Tema de Tesis por el Hospital.
- 4.- Recopilación de material Bibliográfico.
- 5.- Elaboración del Proyecto de Tesis con asesor y Revisor.
- 6.- Aprobación del proyecto de Tesis por comité de investigación en el Hospital.
- 7.- Aprobación del proyecto por la coordinadora de Tesis.
- 8.- Diseño de instrumentos que se utilizarán para la recolección de la información.
- 9.- Ejecución del trabajo de campo.
- 10.- Procesamiento de datos, elaboración de tablas y gráficas.
- 11.- Análisis y discusión de resultados.
- 12.- Elaboración de conclusiones, recomendaciones y resumen.
- 13.- Presentación del informe final para correcciones.
- 14.- Aprobación del informe final.
- 15.- Impresión del informe final y trámites administrativos.

## VII. PRESENTACION DE RESULTADOS

Se ha escogido la presentación en cuadros estadísticos, por ser la más completa y clara de entender, se realizó un análisis e interpretación de la información procedente de dichos cuadros para la posterior elaboración de las conclusiones y recomendaciones de éste estudio.

CUADRO 1

DISTRIBUCION DE ACUERDO A LA EDAD EN 162 PACIENTES QUE CONSULTARON POR PRIMERA VEZ AL DEPARTAMENTO DE MAMOGRAFIA DEL HOSPITAL NACIONAL DE CANCEROLOGIA DR. BERNARDO DEL VALLE DURANTE EL PERIODO DE JUNIO Y JULIO DE 1994.

EDAD	FRECUENCIA	PORCENTAJE
35-39	39	24
40-44	39	24
45-49	36	22
50-54	27	17
55-59	03	02
60-64	15	09
65-69	03	02
70 o más	00	00
TOTAL	162	100 %

FUENTE: Boleta de Recolección de Datos.  
(anexo 1)



CUADRO 2

PROFESION U OFICIO EN 162 PACIENTES QUE CONSULTARON POR PRIMERA VEZ AL DEPARTAMENTO DE MAMOGRAFIA DEL HOSPITAL NACIONAL DE CANCEROLOGIA DR. BERNARDO DEL VALLE, DURANTE EL PERIODO DE JUNIO Y JULIO DE 1994

PROFESION U OFICIO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
AMA DE CASA	126	76.0 %
SECRETARIA	12	8.0 %
VENTAS	9	6.0 %
COSTURERA	7	4.0 %
MAESTRA	6	4.0 %
LIMPIEZA OFICINAS	3	2.0 %
TOTAL	162	100.0 %

FUENTE: Boleta de Recolección de Datos  
(anexo 1)

CUADRO 3

FACTORES DE RIESGO (\*\*\*) IDENTIFICADOS POR 162 PACIENTES QUE CONSULTARON POR PRIMERA VEZ AL DEPARTAMENTO DE MAMOGRAFIA DEL HOSPITAL NACIONAL DE CANCEROLOGIA Dr. BERNARDO DEL VALLE DURANTE EL PERIODO DE JUNIO Y JULIO DE 1994.

FACTORES DE RIESGO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Anticonceptivos Orales	51	31 %
Hx. Cáncer de mama	45	28 %
Multiparidad	42	26 %
Nuliparidad	33	20 %
No Dar Lactancia Materna	27	17 %
Cesárea Previa	21	13 %
Ninguno Identificado	15	9 %
Embarazo Multiple	12	7 %
Ser Mujer	12	7 %
Dar Lactancia Materna	9	6 %
Abortos Previos	3	2 %
No saben	3	2 %
Complicaciones del parto	3	2 %
Trauma de la mama	3	2 %

FUENTE: Boleta de Recolección de Datos (anexo 1)

(\*\*) Mas de una respuesta por paciente

CUADRO 4

FACTORES DE RIESGO IDENTIFICADOS EN 162 PACIENTES QUE CONSULTARON POR PRIMERA VEZ AL DEPARTAMENTO DE MAMOGRAFIA DEL HOSPITAL NACIONAL DE CANCEROLOGIA Dr. BERNARDO DEL VALLE DURANTE EL PERIODO DE JUNIO Y JULIO DE 1994.

FACTORES DE RIESGO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Sin Riesgo	90	55 %
Anticonceptivos Orales	27	17 %
Hx. Cáncer de mama	27	17 %
Nuliparidad	15	9 %
Suma de dos factores	3	2 %
Suma de tres factores	0	0 %
TOTAL	162	100 %

FUENTE: Boleta de Recolección de Datos (anexo 1)

CUADRO 5

CONOCIMIENTO SOBRE EL CANCER DE LA MAMA ACUERDO AL GRADO DE  
ESCOLARIDAD EN 162 PACIENTES QUE CONSULTARON POR PRIMERA VEZ  
AL DEPARTAMENTO DE MAMOGRAFIA DEL HOSPITAL NACIONAL DE  
CANCEROLOGIA DR. BERNARDO DEL VALLE DURANTE EL PERIODO DE  
JUNIO Y JULIO DE 1994

CONOCIMIENTO	BUENO		REGULAR		MALO		TOTAL	
	F	%	F	%	F	%	F	%
ANALFABETA	6	4	0	0	18	11	24	15
PRIMARIA								
COMPLETA	4	2	15	9	4	2	23	13
INCOMPLETA	0	0	30	18	24	16	54	34
BASICOS								
COMPLETO	4	2	9	5	4	2	17	9
INCOMPLETO	0	0	10	6	0	0	10	6
DIVERSIFICADO								
COMPLETO	0	0	18	13	12	8	30	21
INCOMPLETO	4	2	0	0	0	0	4	2
UNIVERSITARIA								
COMPLETA	0	0	0	0	0	0	0	0
INCOMPLETA	0	0	0	0	0	0	0	0
TOTAL	18	10	82	51	62	39	162	100

FUENTE: Boleta de Recolección de Datos. (anexo 1)



CUADRO 6

ACTITUD TOMADA DE ACUERDO A LA ESCOLARIDAD EN 162 PACIENTES  
QUE CONSULTAN POR PRIMERA VEZ AL DEPARTAMENTO DE MAMOGRAFIA  
DEL HOSPITAL NACIONAL DE CANCEROLOGIA DR. BERNARDO DEL VALLE  
DURANTE EL PERIODO DE JUNIO Y JULIO DE 1994.

ACTITUD	POSITIVA		NEGATIVA		TOTAL	
	F	%	F	%	F	%
ESCOLARIDAD						
ANALFABETA	0	0	24	15	24	15
PRIMARIA						
COMPLETA	18	11	06	04	24	15
INCOMPLETA	24	15	33	20	57	35
BASICOS						
COMPLETO	18	11	00	00	18	11
INCOMPLETO	03	02	03	02	06	04
DIVERSIFICADO						
COMPLETO	18	11	15	09	33	20
INCOMPLETO	03	02	00	00	03	02
UNIVERSITARIA						
COMPLETA	00	00	00	00	00	00
INCOMPLETA	00	00	00	00	00	00
TOTAL	84	52	78	48	162	100

FUENTE: Boleta de Recolección de Datos (anexo 1)

CUADRO 7

ACTITUD TOMADA EN 162 PACIENTES QUE CONSULTARON POR PRIMERA VEZ AL DEPARTAMENTO DE MAMOGRAFIA, DEL HOSPITAL NACIONAL DE CANCEROLOGIA DR. BERNARDO DEL VALLE DURANTE EL PERIODO DE JUNIO Y JULIO DE 1994

ACTITUD	FRECUENCIA	FORCENTAJE
POSITIVA	83	52 %
NEGATIVA	79	48 %
TOTAL	162	100 %

FUENTE: Boleta de Recolección de Datos (anexo 1)

CUADRO 8

LISTA DE ACTITUDES POSITIVAS(\*) TOMADA EN 162 PACIENTES QUE CONSULTARON POR PRIMERA VEZ AL DEPARTAMENTO DE MAMOGRAFIA, DEL HOSPITAL NACIONAL DE CANCEROLOGIA DR. BERNARDO DEL VALLE DURANTE EL PERIODO DE JUNIO Y JULIO DE 1994

ACTITUD POSITIVA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Tratarse	57	35 %
Cirugia	12	7 %
Calma	9	5 %
Comprar medicinas	3	2 %

FUENTE: Boleta de Recolección de Datos (anexo 1)

(\*) Mas de una respuesta por paciente

CUADRO 9

LISTA DE ACTITUDES NEGATIVAS (\*\*) TOMADA EN 162 PACIENTES QUE CONSULTARON POR PRIMERA VEZ AL DEPARTAMENTO DE MAMOGRAFIA, DEL HOSPITAL NACIONAL DE CANCEROLOGIA DR. BERNARDO DEL VALLE DURANTE EL PERIODO DE JUNIO Y JULIO DE 1994

ACTITUD NEGATIVA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Pedirle a Dios	39	24 %
Conformidad	21	13 %
Nada	12	7 %
No Sebe	12	7 %
Actitud Suicida	6	4 %
Miedo	3	2 %
Ponerse a Llorar	3	2 %
Deprimirse	3	2 %

FUENTE: Boleta de Recolección de Datos (anexo 1)

(\*\*) Más de una respuesta por paciente



CUADRO 10

SINTOMAS (\*) REFERIDOS POR 162 PACIENTES QUE CONSULTARON POR PRIMERA VEZ AL DEPARTAMENTO DE MAMOGRAFIA DEL HOSPITAL NACIONAL DE CANCEROLOGIA DR. BERNARDO DEL VALLE DURANTE EL PERIODO DE JUNIO Y JULIO DE 1994.

SINTOMAS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
DOLOR	108	72 %
MASAS	51	34 %
SIN SINTOMAS	33	22 %
NO SABE	15	10 %
DERRAME POR EL PEZON	12	08 %
RONQUERA	06	04 %
FIEBRE	06	04 %
CEFALEA	06	04 %
MAREOS	06	04 %
DISFAGIA	03	02 %
HUNDIMIENTO DEL PEZON	03	02 %
CAMBIOS DE COLORACION	03	02 %
ADORMECIMIENTO DEL CUERPO	03	02 %
NAUSEA	03	02 %
TENSION NERVIOSA	03	02 %

FUENTE: Boleta de Recolección de Datos  
(anexo 1)

(\*) Más de una respuesta por paciente

CUADRO 11

ACCIONES (\*) PUESTAS EN PRACTICA PARA LA DETECCION DEL CANCER DE LA MAMA POR 162 PACIENTES QUE CONSULTARON AL DEPARTAMENTO DE MAMOGRAFIA DEL HOSPITAL NACIONAL DE CANCEROLOGIA DR. BERNARDO DEL VALLE DURANTE EL PERIODO DE JUNIO Y JULIO DE 1994

PRACTICAS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
CONSULTAR AL MEDICO	84	52 %
MAMOGRAFIA	72	44 %
AUTOEXAMEN DE LA MAMA	24	15 %
NINGUNA	18	11 %

FUENTE: Boleta de Recolección de Datos (anexo 1)

(\*) Mas de una respuesta por paciente

CUADRO 12

RESPUESTAS RELACIONADAS AL CONOCIMIENTO ACERCA DEL CANCER DE LA MAMA, PROPORCIONADAS POR 162 PACIENTES QUE CONSULTARON POR PRIMERA VEZ AL DEPARTAMENTO DE MAMOGRAFIA DEL HOSPITAL NACIONAL DE CANCEROLOGIA DR. BERNARDO DEL VALLE DURANTE EL PERIODO DE JUNIO Y JULIO DE 1994.

PREGUNTA	CORRECTA	PARCIALMENTE CORRECTA	INCORRECTA
1. SABE USTED LO QUE ES CANCER	3 %	40 %	58 %
2. COMO UNA MUJER PUEDE SABER SI TIENE CANCER DE LA MAMA	38 %	48 %	14 %
3. SINTOMAS QUE PRESENTA UNA MUJER CUANDO TIENE CANCER DE LA MAMA	5 %	50 %	45 %
4. COMO SE HACE EL AUTDEXAMEN DE LA MAMA	30 %	3 %	67 %
5. QUE ES UNA MAMOGRAFIA	50 %	19 %	31 %
6. QUIEN DEBE HACERSE UNA MAMOGRAFIA	10 %	53 %	37 %
7. QUE ES UNA BIOPSIA	53 %	15 %	32 %
8. EL CANCER DE LA MAMA TIENE CURA	66 %	7 %	27 %

FUENTE: Boleta de Recolección de Datos.

CUADRO 13

FUENTE DE INFORMACION (\*) REFERIDA POR 162 PACIENTES QUE CONSULTARON POR PRIMERA VEZ AL DEPARTAMENTO DE MAMOGRAFIA DEL HOSPITAL NACIONAL DE CANCEROLOGIA DR. BERNARDO DEL VALLE DURANTE EL PERIODO DE JUNIO Y JULIO DE 1994.

FUENTE DE INFORMACION	FRECUENCIA	PORCENTAJE
ARTICULOS DE PERIODICOS	83	51 %
REVISTAS	75	46 %
FAMILIARES	68	42 %
MEDICO	59	36 %
VECINOS	30	19 %
RADIO	16	10 %
TELEVISION	04	02 %
LIBROS	00	00 %

FUENTE: Boleta de Recolección de Datos. ( Anexo 1 )

(\*) Mas de una respuesta por paciente



## VIII. ANALISIS Y DISCUSION DE RESULTADOS

En el presente estudio se encuestaron a 162 mujeres en el departamento de mamografía del Hospital Nacional de Cancerología Dr. Bernardo del Valle. El estudio muestra una distribución de las edades de las pacientes encuestadas bastante uniforme entre los 35 y los 44 años, rango de edad considerado por la literatura como de elevada incidencia en el cáncer de la mama y cuyo porcentaje es de 48 % (cuadro 1). ( 1,3 )

Se determinó además, que en cuanto a la ocupación de las pacientes encuestadas, el mayor porcentaje correspondió a las amas de casa con 76 %; además es importante mencionar que el 24 % restante refirieron tener otra ocupación además de ser amas de casa, ésta distribución podría deberse a que las amas de casa cuentan con más tiempo para consultar al médico que el resto de las encuestadas y no reflejar una actitud de la mujer hacia el problema del cáncer de mama (cuadro 2).

En cuanto a los factores de riesgo identificados por las pacientes encuestadas, éstas refirieron conocer los siguientes: nuliparidad (22 %), uso de anticonceptivos orales ( 35 %), historia familiar de cáncer de mama (28 %), y finalmente, 7 % expresaron que consideraban el sólo hecho de ser mujer un factor de riesgo, el cual es un dato importante, ya que éste es señalado repetidas veces por la literatura. Cabe resaltar que en el caso de los anticonceptivos la población encuestada correspondió en un 48 % a mujeres en edad reproductiva lo que explicaría sus conocimientos acerca del uso de anticonceptivos orales. Además, las pacientes encuestadas identificaron factores como: Dar o no dar lactancia materna, abortos previos, complicaciones del parto, como factores de riesgo para tener cáncer de la mama, estos últimos no son reportados por la literatura como factores de riesgo, por lo que podemos considerar estos como creencias de estas pacientes con respecto al cáncer de la mama. (cuadro 3). ( 2,6,7,10,11,12 )

En el grupo de pacientes encuestadas, se detectaron como riesgos reales: Uso de anticonceptivos orales 17 %, Historia familiar de cáncer de mama 17 %, nuliparidad 9 %; encontrándose un 55 % de pacientes sin riesgo real de padecer cáncer de la mama. ( cuadro 4 ) (2,6,7,11,12 )

La escolaridad parece ser un factor importante en el conocimiento del cáncer de mama, puesto que en general los resultados obtenidos fueron mejores en las pacientes encuestadas que tenían algún grado de escolaridad, aunque no totalmente concluyentes. Esto último, podría deberse entre otras razones a que están poco difundidas las campañas

tendientes a prevenir el cáncer de mama y que además se siguen teniendo tabús respecto a ésta y otras patologías relacionadas con el aparato reproductor de la mujer (cuadro 5).

La actitud asumida por la paciente frente al problema que representa el cáncer de mama, parece estar condicionada por el grado de escolaridad, lo cual se pone de manifiesto en que ninguna paciente analfabeta refirió una actitud positiva. Por otra parte vale la pena mencionar que del total de pacientes encuestadas, únicamente las pacientes con algún grado de escolaridad tuvieron una actitud positiva frente a la posibilidad de tener cáncer de mama ( 52 % ), mientras que todas las pacientes analfabetas, tuvieron una actitud negativa. Lo que refleja, que a mayor conocimiento sobre el cáncer de la mama, mejor será la actitud asumida por la paciente ( cuadro 6 y 7 ). ( 5,12 )

Pueden mencionarse dentro de las actitudes positivas identificadas por las pacientes: Tratarse rápido 35 %, Someterse a cirugía 7 % entre otras; y entre las negativas: pacientes con actitud suicida 4 %,pacientes conformistas 13 %,mujeres que no harían nada para curar la enfermedad 7 % y pedirle a Dios que las sane 24 %. Esta última actitud puede ser positiva desde el punto de vista que, en algún momento podría levantarle la moral a la paciente, pero es negativa, ya que este grupo de paciente no mencionaron además de esto el tratarse rápidamente por un médico, lo que las perjudicaría, ya que con esta actitud perderían tiempo, el cual es valioso para tratar precozmente esta enfermedad ( cuadros 8 y 9 ).

Los síntomas que las pacientes identificaron como relacionados al cáncer de la mama están: Dolor (72 %), Masas (34 %), Derrame por el pezón (8 %) y Hundimiento del pezón (2 %); el 22 % mencionaron que no presenta síntomas y el 10 % no reconoce los síntomas de esta enfermedad. Un pequeño porcentaje de las pacientes identificaron como síntomas presentes en esta enfermedad, ronquera 4%, mareos 4%, disfagia 2 %, náuseas 2 %,entre otras, catalogados como creencias ya que no son mencionados por la literatura consultada. De los datos anteriores podemos concluir, que un alto porcentaje de las pacientes identifica la sintomatología de esta enfermedad ( cuadro 10 ).

Entre las acciones que serían puestas en práctica por las pacientes para la detección del cáncer de la mama, tenemos que: el 52 % deciden consultar al médico, 44 % hacerse una mamografía y solamente un 15 % de todas las pacientes, pondrían en práctica el autoexamen de la mama, aun que el 30 % del total de pacientes encuestadas conoce la técnica para realizarlo, lo cual demuestra la falta de información sobre esta enfermedad, ya que el autoexamen de la mama es el método más sencillo para la detección precoz de

esta patología. El 18 % de las pacientes no tomaría ninguna acción ( cuadro 11 ). ( 2,7,8,10,13 )

Con respecto a las respuestas relacionadas al conocimiento acerca del cáncer de la mama, podemos decir que un bajo porcentaje de las pacientes tiene un concepto totalmente claro de lo que es el cáncer en sí (3 %), y un 40 % tiene nociones de lo que es esta enfermedad, no así lo relacionado con los métodos diagnósticos como la mamografía, la biopsia, con un porcentaje mayor, siendo este de un 50 % y 53 % respectivamente, un bajo porcentaje sabe hacerse el autoexamen de la mama (30 %), lo cual relacionandolo con la fuente de conocimiento refleja la poca información que la paciente tiene acceso para conocer esta enfermedad.

En cuanto a la fuente de información referida por las pacientes, para la adquisición de conocimientos sobre el cáncer de la mama, tenemos que el 51 % del total de la muestra corresponde a la lectura de artículos de periódicos, el 46 % a revistas y 36 % corresponde a la información dada por un médico, lo cual se considera conocimiento por tener una base científica, 42 % de las pacientes recibió la información de sus familiares y amigos ( 19 % ), lo cual se considera como creencia acerca del cáncer de la mama por no tener una fuente fidedigna de información (cuadro 13 ).



## IX. CONCLUSIONES

1. El rango de edad que más consultó fue el de 35 a 44 años, correspondiente al 48 %.
2. El principal factor de riesgo identificado por las pacientes fue el uso de anticonceptivos orales. Además identificaron Multiparidad, No dar Lactancia Materna y Cesárea Previa, entre otros, los cuales no son factores de riesgo para padecer Cáncer de la mama, por lo que estos se consideran como creencias.
3. La escolaridad es un factor determinante en la adquisición de conocimientos acerca del cáncer de la mama.
4. El 100 % de las pacientes analfabetas presentó una actitud negativa con respecto al cáncer de la mama.
5. El 52 % de las pacientes con algún grado de escolaridad presentaron una actitud positiva con respecto al cáncer de la mama.
6. La consulta al médico fue la acción más frecuentemente puesta en práctica por las pacientes para la detección del cancer de la mama.
7. El 30 % de las pacientes encuestadas conocen la técnica del autoexamen de la mama, pero solamente el 15 % lo ponen en práctica.
8. El dolor fue el principal síntoma identificado por las pacientes en relación al cáncer de la mama; otros síntomas como nauseas, ronquera, cefalea, fueron referidos como síntomas por las pacientes, aun que estos no son reportados por la literatura consultada.
9. El grado de conocimiento de la población encuestada es considerado como regular por llenar solamente 50% a 74 % de acuerdo a la escala de puntuación utilizada en el presente estudio.



## X. RECOMENDACIONES

1. Intensificar las campañas de información acerca de cáncer de la mama a nivel nacional con el objeto de mejorar el grado de conocimiento sobre esta enfermedad, en la mujer guatemalteca.
2. Fomentar por medio de la educación el autoexamen de la mama, para mejorar la detección temprana del cáncer de esta glandula.
3. Hacer énfasis sobre el impacto que tiene el cáncer de la mama entre la mujer guatemalteca, incluyendo aspectos médicos, sociales y psicológicos.
4. Fortalecer las actividades y programas de prevención del cáncer de la mama en todos los niveles de la sociedad.

## XI. RESUMEN

El presente estudio se realizó en mujeres guatemaltecas que consultaron por primera vez a la clínica de mamografía del Instituto Nacional de Cancerología, Dr. Bernardo del Valle, durante los meses de Junio y Julio de 1994.

Se encontró que con mayor frecuencia consultaron pacientes comprendidas entre los 35 y 44 años, edad considerada por la literatura como la de mayor riesgo de presentar el cáncer de la mama a nivel mundial. ( 6,7,8,10, 12 )

Dentro de los factores de riesgo identificados por las pacientes se encuentran: Nuliparidad, uso de anticonceptivos orales e Historia familiar de cáncer de la mama.

Entre las creencias que las pacientes poseen con respecto a factores de riesgo para padecer cáncer de la mama tenemos: Multiparidad, Dar o no Dar lactancia materna, cesárea y abortos previos, trauma de la mama y complicaciones del parto; entre los síntomas relacionados están: Ronquera, fiebre, cefalea, mareos, disfagia y náuseas, los cuales no están reportados por la literatura mundial como factores de riesgo, ni como síntomas de cáncer de la mama.

Se demostró que las pacientes con algún Grado de escolaridad tenían un mayor conocimiento y una actitud más positiva con respecto al cáncer de la mama que las analfabetas.

Dentro de las acciones que las pacientes pondrían en práctica para la detección temprana del cáncer de la mama tenemos: Consulta al médico (52 %), Mamografía(44 %) y autoexamen de la mama (15 %), este último porcentaje considerado muy bajo si tomamos en cuenta que dicho examen es el método más sencillo y eficaz para la detección de esta enfermedad.

Los síntomas que las pacientes encuestadas refieren como presentes en esta patología están: dolor, Masas, derrame por el pezón, hundimiento del pezón. Un 10% de las pacientes refieren desconocer los síntomas presentes en esta enfermedad.

Por último, es importante mencionar que fuente de información que con mayor frecuencia refirieron las pacientes fue: Artículos en periódicos y revistas, las que cuentan con respaldo bibliográfico y un considerable porcentaje recibieron la información de familiares y amigos.

## XII. BIBLIOGRAFIA

1. Adler D.D. Mamographic Differential Diagnosis of Breast Masses. Applied Radiology. U.S.A. #4, april 1991 19-28 pp.
2. Alvarez Gardiol y col.: Cancer de la Mama. Buenos Aires, Ateneo, 1987. 1-100 pp.
3. Boletín #12, 13 y 14. Registro Nacional de Cáncer en Guatemala. Liga Nacional contra el Cáncer, Instituto de Cancerología, Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. 1986, 1988 y 1990.
4. Boletín #13 Medicina y Odontología popular. Edición centro de Estudios Folkloricos, 1987. 3-9 pp.
5. Boletín #45 Tradiciones Populares en Guatemala. La medicina Tradicional y los Problemas de la salud en Guatemala. Editor: Licda. Elba Villatoro, 1984. 1-16 pp.
6. Briton L.A., R. R. Williams, R.N. Hoover et.al.: Risk Factors for benign Breast disease. Am. J. Epidemiol, 1981. 202-204 pp.
7. Carl, J.D., E.W. Richard: Carcinoma of the breast diagnosis and treatment. Ed. By; 5th ed. 1986. 19-58 pp.
8. De Vita, V.T., Helman, S. y Rosenberg, S.A. Cancer. Principles and practice. Vol 2. 2nd. Ed. Lippincott Company: Philadelphia, 1990. 1119-1177 pp.
9. Diccionario Enciclopédico Ilustrado Sopena. Tomo II. Editorial Ramón Sopena, S.A: España, 1985. 1084 pp.
10. Edward F.L., Albert, U.W., Montage. Diagnosis and treatment of breast cancer; International Forum E., 1991. 25-90 pp.
11. Fishman, J. Fukoshima, D. et.al.: Plasma hormone profile of young women at risk for familial breast cancer. Res. 38, 1988. 4006-4011 pp.
12. Harris; R.E. and Lynch H.T.: Familial breast cancer: Risk to the contralateral breast. J. Natl. Cancer Inst. 60. 1988. 955-960 pp.
13. Harrison, Principios de Medicina Interna. Volumen II. Editorial Interamericana McGraw-Hill, 1989. 1914-1922 pp.

14. Merkel, Osborne. Prognostic Factors in Breast Cancer, Hematology-Oncology Clinics of North America. Vol. 3, 1989. 641-652 pp.
15. Pedrosa, C. S. Diagnóstico por Imagen, tratado de Radiología Clínica. Volumen 2. Editorial Interamericana, Mc Graw-Hill, 1990. 1191-1219 pp.
16. Quiroz Gutiérrez, Fernando. Tratado de Anatomía Humana Tomo III. Vigésimo Séptima Edición. Editorial Porrúa, S.A: México, 1987. 338-341 pp.
17. Ramírez, Axel. Medicina Tradicional en Mesoamérica. Centro de Estudios Folklóricos (CEF): USAC, Guatemala, 1980. 207-212 pp.
18. Villatoro E. La Medicina Tradicional y los Problemas de Salud en Guatemala. La tradición popular, Centro de Estudios Folklóricos, USAC. 1983. 42-43 pp.



A N E X O S

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA  
 FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS  
 COORDINACION ADMINISTRATIVA DE TESIS

BOLETA DE RECOLECCION DE DATOS

Boleta # \_\_\_\_\_

EDAD: \_\_\_\_\_

PROFESION U OFICIO: \_\_\_\_\_

ESTADO CIVIL: \_\_\_\_\_

ESCOLARIDAD: \_\_\_\_\_

G: \_\_\_\_\_ P: \_\_\_\_\_ Ab \_\_\_\_\_ HV \_\_\_\_\_

INGRESO MENSUAL: Q. \_\_\_\_\_

1. Sabe usted que es cáncer: Si: \_\_\_\_\_ No: \_\_\_\_\_  
 Que es: \_\_\_\_\_
  
2. Marque con una X los riesgos que usted cree estén relacionados con el cancer de mama.
 

a. tener a un hijo por cesárea	( )
b. mujeres que no han tenido hijos	( )
c. Usar anticonceptivos orales	( )
d. parientes cercanos con cáncer de mama	( )
e. Tener gemelos	( )
f. Estar muchas veces embarazada	( )
g. Ser mujer	( )
  
3. Cree usted estar en riesgo de tener cancer de mama:  
 SI: \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_  
 PORQUE: \_\_\_\_\_
  
4. En su familia hay alguien que tenga o haya tenido cáncer de mama y qué parentesco tiene con usted: \_\_\_\_\_
  
5. Usa usted anticonceptivos: SI \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_  
 De que tipo: orales: \_\_\_\_\_ vaginales \_\_\_\_\_ intramusculares \_\_\_\_\_
  
6. Como cree usted que una mujer puede saber si tiene cáncer de mama: \_\_\_\_\_

7. Cuales son los síntomas que presenta una mujer cuando tiene cáncer de mama: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
8. Sabe usted como se hace el autoexamen de mama:  
Si: \_\_\_\_\_ No: \_\_\_\_\_  
Como: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
9. Se hace usted el autoexamen de mama: Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_
10. Como aprendio a hacerlo: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
11. Con que frecuencia se hace usted el autoexamen de mama?  
\_\_\_\_\_
12. Cree usted que toda mujer debe hacerse el autoexamen de mama:  
Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_  
Porque: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
13. Que es una mamografía: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
14. Sabe usted quien debe hacerse la mamografía: Si: \_\_\_\_\_ No: \_\_\_\_\_  
quien debe hacerla: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
15. Sabe usted que es una biopsia: Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_  
Que es: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
16. Que haria usted si supiera que tiene cáncer de mama: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
17. Cree usted que el cáncer de mama tiene cura? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_