MINISTERIO DEL PODER POPULAR PARA LA SALUD
INSTITUTO DE ALTOS ESTUDIOS EN SALUD PÚBLICA
"DR. ARNOLDO GABALDON"

Evaluación del Programa de Control de Cáncer de Mama en el Municipio Barinas del Estado Barinas en el año 2006.

(Proyecto de Trabajo Especial de Grado, presentado como Requisito Parcial para Optar al Título de Especialista en Salud Publica)

AUTOR: Dra. Seham Yammoul Ch.

TUTOR: Msc. Maria J. Villegas

Barinas; Febrero 2008

AGRADECIMIENTO

Ante todo, a Dios que me ha acompañado a lo largo de toda mi vida pero, en este caso le agradezco por escucharme y ayudarme ante todos mis gritos de auxilio, dándome fuerza y serenidad en aquellos momentos que tenia ganas de tirar la toalla, por darme salud y creatividad…

A mi madre y mis hermanos Haissam y Elham, a África, quienes con su apoyo incondicional, sus ocurrencias y su compañía hicieron posible mi constancia y dedicación… GRACIAS

A mis hermosos sobrinos y ahijados que llenan mis días con su ternura, con su cariño y sus inocentes sonrisas dándome lo mejor de si mismos… Alex, Orianna y Atilio… LOS QUIERO!

A mis asistentes, Milagros y Natalia por la paciencia obtenida de ustedes, en tan importante logro para mi… y por los que falta!

Al Instituto de Altos Estudios en Salud Publica “Dr. Arnoldo Galbaldon” por la paciencia hacia mi persona en mis ausencias, por las responsabilidades frente a este Hospital, manteniéndome al tanto de cada detalle para los avances en mi Trabajo de Grado.

A ti Rosa, por tu enseñanza, paciencia y apoyo incondicional, mil gracias.

Agradezco los consejos, cariño, afecto y ayuda de mi equipo, que no solo fue de clases, sino de amistad y solidaridad, que se mantuvo firme conmigo en este exito. Especialmente a Liliana Faouen, Luís Camejo y Rosa Virginia por esa incondicionalidad hacia mi persona. Incluyo en este equipo a aquellos colegas amigos y amigas, que hicieron lo propio.

A todo el personal que con su trabajo a lo largo de estos años ha permitido que esto sea una realidad y a todas las mujeres de Barinas, Venezuela y el Mundo que han sabido entender que “***prevenir es curar***”.

MIL GRACIAS!

INTRODUCCIÓN

El cáncer es una enfermedad degenerativa que surge cuando las células de alguna parte del cuerpo comienzan a desarrollarse sin control, comprometiendo el funcionamiento de los órganos afectados, hasta generalmente llegar a producir la muerte. En tal sentido, en Venezuela el cáncer se ubica en el segundo lugar como causa de mortalidad, siendo superado sólo por las Enfermedades Cardiovasculares. Su real significación se evidencia en la magnitud de las cifras oficiales, al resumirse en un promedio de 74 casos y 38 muertes diarias.

Desde un punto de vista más específico, el riesgo de sufrir cáncer de mama ocupa el segundo lugar en Venezuela como causa de mortalidad por cáncer en las mujeres y su incidencia ha aumentando en los últimos años, no sólo en Venezuela sino también a nivel mundial.

En función de estas observaciones se puede concluir que en Venezuela el cáncer de mama es un problema importante de salud pública que exige atención. Por tal razón el Ministerio del Poder Popular para la Salud creó un Programa Oncológico, para atender a todas las patologías oncológicas y entre ellas promover el control de Cáncer de Mama.

En lo que se refiere al estado Barinas, desde 1994 se ha notado un aumento en la incidencia y la mortalidad por esta patología a pesar de la existencia del programa. Por tal motivo se consideró necesario analizar el impacto generado por el Programa Oncológico de Control de Cáncer de Mama en el Municipio Barinas del Estado Barinas en el año 2006.

MINISTERIO DEL PODER POPULAR PARA LA SALUD
INSTITUTO DE ALTOS ESTUDIOS EN SALUD PÚBLICA
"DR. ARNOLDO GABALDON"

Evaluación del Programa de Control de Cáncer de Mama en el Municipio Barinas del Estado Barinas en el año 2006.

AUTOR: Dra. Seham Yammoul Ch.
TUTOR: Msc. Maria J. Villegas

Barinas; Febrero 2008

RESUMEN

El riesgo de sufrir cáncer de mama ocupa el segundo lugar en Venezuela como causa de mortalidad en las mujeres y su incidencia ha aumentando en los últimos años. Por ello, el Ministerio del Poder Popular para la Salud creó un Programa Oncológico para atender a todas las patologías oncológicas y entre ellas el control de Cáncer de Mama.

A pesar de la existencia del programa en el Estado Barinas, se ha registrado un aumento en la incidencia y la mortalidad por esta patología. Por tal motivo se consideró pertinente analizar el impacto generado por este programa en el Municipio Barinas del Estado Barinas en el año 2006.

Según datos presentados por la Coordinación Regional de Oncología para el año 2005 solo tres (3) establecimientos en el Municipio Barinas llevaban a cabo dicho programa. Estos son: Hospital "Dr. Luís Razzetti", Hospital Materno Infantil "Dr. Samuel Darío Maldonado Angarita" y Ambulatorio Urbano "Dr. León Fortoul Saavedra", los cuales conformaron de esta manera la población objeto de estudio.

De acuerdo a estos datos el mayor nivel de conocimiento parece concentrarse en el Hospital Materno Infantil "Dr. Samuel Darío Maldonado", seguido por el Ambulatorio "León Fortuol Saavedra" y el Hospital "Luís Razzetti".

Por otra parte, el programa oncológico parece estar en precarias condiciones si se toma en cuenta que no fue posible encontrar estadísticas oficiales sobre su aplicación para el año 2.006, razón esta por la cual se trabajó con las estadísticas de los centros hospitalarios donde fue posible encontrarlas.

Palabras Claves: Programa, Cáncer, Mama, Mortalidad, Control.

Gobierno **Bolivariano** de Venezuela | Ministerio del Poder Popular para la **Salud**

Venezuela
AHORA ES DE TODOS

Servicio Autónomo Instituto de Altos Estudios en Salud Pública
"Dr. Arnoldo Gabaldon"
POSTGRADO ESPECIALIZACIÓN DE GESTIÓN EN SALUD PÚBLICA

ACTA VEREDICTO

Nosotros, miembros del Jurado designados para la evaluación del Trabajo de **Especialización de Gestión en Salud Pública** titulado: **"EVALUACIÓN DEL PROGRAMA DEL CONTROL DE CÁNCER DE MAMA EN EL MUNICIPIO BARINAS DEL ESTADO BARINAS EN EL AÑO 2006".** Presentado por el Ciudadano (a) **SEHAM YAMMOUL,** para optar al Título de **Especialista de Gestión en Salud Pública,** estimamos que el mismo reúne los requisitos para ser considerado como **APROBADO.**

Nombres y Apellidos	C.I.	Firma del Jurado
MARIA VILLEGAS **Presidente:**	2.114.621	
RONSMY CEDRES **Miembro:**	8.3732.784	
JULIA VARELA **Miembro:**	5.575.917	

MARACAY, 12 DE DICIEMBRE DEL 2007

Oficina de Control de Estudios

INDICE

DEDICATORIA……II
AGRADECIMIENTOS……III
TABLA DE CONTENIDOS……IV
LISTA DE CUADROS……VI
RESUMEN……VII
INTRODUCCIÓN

CAPITULO I Pág.

Planteamiento del problema

- Formulación e Identificación del Problema……. 2

Objetivos

- General …… 5
- Específicos …….. 5

Justificación……. 6

Alcances…….. 7

Limitaciones…… 8

CAPITULO II

Marco Teórico

Antecedentes Históricos……... 10

Antecedentes Investigativos……. 12

Bases Teóricas…….. 21

CAPITULO III

Metodología

Naturaleza de la Investigación ……. 33

Tipos de investigación ..…… 33

Población y Universo …… 33

Muestra …… 34

Metodología para la recolección de datos ……. 34

Validación y confiabilidad del instrumento …… 35

Variables e indicadores de la investigación ……... 36

Procesamiento de datos ……... 36
Interpretación y analisis de datos ……. 36
Operacionalizacion de variables ……. 38
Conclusiones …….. 40
Recomendaciones ……. 42
Referencias Bibliograficas …… 43

ANEXOS

Anexo 1: Instrumento

Anexo 2: Oficio dirigido a Dra. Maria Sanabria desde la Coordinación Nacional de Registro de Cancer

INDICE DE CUADROS

CUADRO 1: Censo de establecimientos de salud de la Dirección Regional de Salud del Estado Barinas en el Municipio Barinas para el año 2006.

CUADRO 2: Capacitación del Programa de Control de Cáncer de Mama en los establecimientos de salud del Estado Barinas en el Municipio Barinas en el año 2006.

CUADRO 3: Opinión acerca de la capacitación del personal sobre prevención e importancia del diagnostico temprano y oportuno del cáncer de mama en los establecimientos de salud que llevan el Programa Oncológico de Control de Cáncer de Mama en el Municipio Barinas del Estado Barinas en el año 2007.

CUADRO 4: Capacitación del personal para realizar el examen físico de glándulas mamarias como prevención del cáncer de mama en los establecimientos de salud de la Dirección Regional de Salud del Estado Barinas en el Municipio Barinas del Estado Barinas en el año 2006.

CUADRO 5: Capacitación con respecto a los medios tecnológicos utilizados para el diagnostico del Cáncer de Mama en los establecimientos de salud de la Dirección Regional de Salud del Estado Barinas en el Municipio Barinas del Estado Barinas en el año 2006.

CUADRO 6: Conocimiento del personal para el tratamiento de Cáncer de Mama en los establecimientos de salud de la Dirección Regional de Salud del Estado Barinas en el Municipio Barinas del Estado Barinas en el año 2006.

CUADRO 7: Porcentaje por tipo de Cáncer en el Hospital “Dr. Luís

Razzeti" del Municipio Barinas del Estado Barinas, año 2006

CUADRO 8: Reporte mensual por casos de cáncer en sus diferentes tipos en el Hospital "Dr. Luís Razzeti" del Municipio Barinas en el año 2006

CUADRO 9: Porcentaje de los diferentes casos de Cáncer en el Ambulatorio Urbano "Dr. León Fortoul Saavedra" de los Pozones en el Municipio Barinas, Año 2006

CUADRO 10: Porcentaje del reporte mensual por casos de diferentes tipos de Cáncer en el Ambulatorio Urbano "Dr. León Fortoul Saavedra", año 2006

CUADRO 11: Numero de Pacientes tratadas y no tratadas con Cáncer de mama en el Ambulatorio Urbano "Dr. León Fortoul Saavedra", año 2006

CUADRO 12: Porcentaje de los diferentes casos de Cáncer en el Hospital Materno Infantil "Dr. Samuel Darío Maldonado Angarita" del Municipio Barinas Año 2006

CUADRO 13: Índice porcentual del reporte mensual por casos de Cancer en el HMI "Dr. Samuel Darío Maldonado A", año 2006

CUADRO 14: Numero de pacientes tratadas y no tratadas con Cáncer de mama en el Hospital Materno Infantil "Dr. Samuel Darío Maldonado Angarita" año 2006

CAPITULO I

CAPITULO I

EL PROBLEMA

Formulación e Identificación del Problema

A nivel mundial los diferentes países formulan e implantan políticas públicas en función de las necesidades detectadas en cada uno de ellos. Estas políticas que han de ser conducidas por sus gobernantes para el logro de metas propuestas, son aplicables en el ámbito de lo social, lo económico, y en lo político.

En lo social se ubican las políticas públicas de salud donde se originan una serie de Programas cuyos objetivos y metas se tratan de lograr a través de organizaciones hospitalarias y extrahospitalarias. La salud pública constituye una de las políticas aplicadas a nivel mundial. En tal sentido, se define la Salud Publica como el resultado del esfuerzo organizado de la sociedad a través de las instituciones de naturaleza publica para prevenir y mejorar la salud de las poblaciones. En este orden de ideas, los Programas se convierten en el medio por el cual se combaten los problemas de salud que afectan a la población como por ejemplo Programas cardiovasculares, Programas Materno Infantil y Programas Oncológicos, entre otros.

El Programa de Oncología de Venezuela se fundamenta en la Norma Oficial Venezolana, la cual establece que el cáncer es uno de los mayores problemas de salud pública en Venezuela al situarse como una de las principales causas de morbilidad y mortalidad, apreciándose para ese año, que se diagnosticaron 17.507 casos de este flagelo, sin tomar en cuenta las neoplasias de piel, de acuerdo a estas cifras el cáncer se ubica en el segundo lugar como causa de mortalidad, siendo superado sólo por las Enfermedades Cardiovasculares. De acuerdo a las estadísticas oficiales, para las féminas las cuatro primeras localizaciones de cáncer son cuello

uterino, glándula mamaria, estómago y pulmón las cuales representan el 54% de las muertes. La magnitud de estas cifras evidencian su real significación, al resumirse en un promedio de 74 casos y 38 muertes diarias.

El cáncer es una enfermedad degenerativa que surge cuando las células de alguna parte del cuerpo comienzan a desarrollarse sin control. Aun cuando existen muchos tipos de cáncer, todos comienzan por el crecimiento sin control de las células anormales.

De acuerdo a su incidencia se llega a afirmar que el cáncer es la enfermedad con mayor prevalencia que existe en el entorno. Observándose que una de cada 4 personas, de las personas que alcancen los 65 años, tendrá un diagnóstico de cáncer, mientras que para las mujeres el riesgo de morir por esta patología es de 11% según los reportes de la OPS en una pagina de Internet del Ministerio de Salud y Deportes en Bolivia.

En este orden de ideas, el riesgo de sufrir cáncer de mama ocupa el segundo lugar en Venezuela como causa de mortalidad por cáncer en las mujeres y su incidencia ha aumentando en los últimos años, no sólo en Venezuela sino también a nivel mundial. Pudiéndose observar que en países desarrollados constituye la primera causa de muerte por cáncer en la mujer.

Según reportes de la Dirección de Oncología del Ministerio de Sanidad y Asistencia Social (2006) ahora llamado Ministerio del Poder Popular para la Salud, en Venezuela el cáncer de mama ocupa el segundo lugar de incidencia y mortalidad siendo significativo que de acuerdo a la tendencia registrada en la tasa de morbimortalidad en los últimos cinco años esta patología se ha incrementado.

De acuerdo a estas observaciones se puede concluir que en Venezuela el cáncer de mama es un problema importante de salud publica que merece atención prioritaria tanto en el diagnostico como en el tratamiento. Cuando se habla de diagnostico se debe establecer algunas precisiones. Por un lado, el diagnostico a mujeres aparentemente sanas y por el otro, la recomendación a aplicar a aquellas mujeres que consultan por patologías mamarias.

A nivel nacional, según datos de registros y estadísticas de epidemiología (MPPS – 2004) la mortalidad diagnosticada para ese año alcanza un total de 17.507 personas, ubicándose en el segundo lugar en mortalidad por cáncer según la tasa para la población de mujeres con 18,88 muertes por cada 100.000.

Al considerar esta patología por su incidencia como de gran relevancia el Ministerio del Poder Popular para la Salud creó un Programa Oncológico, donde hace relación a todas las patologías oncológicas y entre ellas el de control de Cáncer de Mama, para lo cual formula objetivos generales y específicos ha alcanzar, mediante la aplicación de estrategias para el control de esta patología.

En el Estado Barinas, según el Registro en el Programa Nacional de Oncología del Ministerio de Salud y Desarrollo Social (MPPS - 2004) se ha notado un ascenso, desde 1994 que ocupaba el quinto lugar en la incidencia y mortalidad por cáncer de mama; el Estado ha ido ascendiendo de lugar a nivel nacional, de acuerdo al aumento en la incidencia y la mortalidad por esta patología.

De acuerdo a los efectos que este flagelo ocasiona, no se puede obviar la situación psicológica y social que tanto el paciente como el grupo familiar y comunitario padecen creando un efecto devastador en la esfera psicológica, social, afectiva y económica.

De acuerdo con la historia natural de la enfermedad, se ha calculado que la evolución de un tumor puede ser de nueve años para que sea visible en la mamografía (0,5 cm) y diez años para llegar a 1 cm y ser clínicamente detectable. Por lo tanto, la mamografía se convierte en una herramienta disponible en el mundo actual para hacer detección temprana del cáncer de mama en un estado que es potencialmente curable en alto porcentaje.

Por ello, el Ministerio de Salud y Asistencia Social (MSAS) actualmente MPPS diseña y aplica desde el 02 de Marzo de 1976 el Programa Nacional de Oncología dentro del cual se encuentra el subprograma de Control de

Cáncer de Mama, a nivel de todas las instituciones hospitalarias y ambulatorias del estado venezolano, ya que el diagnostico precoz garantiza un tratamiento curativo.

Por tal motivo se consideró que era necesaria evaluar la situación del Programa Oncológico de Control de Cáncer de Mama en el Municipio Barinas del Estado Barinas en el año 2006.

Por todo lo antes mencionado surgen las siguientes interrogantes: ¿Por qué la morbi-mortalidad en el Estado Barinas ha ascendido en los últimos años?, ¿Cuantos establecimientos del MPPS del Municipio Barinas cumplen con las normas del Programa Oncológico de mama?, ¿El Ministerio del Poder Popular para la Salud ha capacitado al personal que ejecuta el programa oncológico de mama en el Municipio Barinas del Estado Barinas?, ¿Que cantidad de mujeres asisten y son tratadas por este programa en el Municipio Barinas del Estado Barinas?, ¿Cuál es porcentaje de cáncer de mama diagnosticado por este programa oncológico en el Municipio Barinas del Estado Barinas?, ¿Cuál es la tasa de mortalidad del cáncer de mama en el año 2006 en el Municipio Barinas del Estado Barinas?

OBJETIVO GENERAL

Evaluar el Programa de Control de Cáncer de Mama en el Municipio Barinas del Estado Barinas en el año 2006.

Objetivos Específicos:

1. Cuantificar el porcentaje de establecimientos de la Dirección Regional de Salud del Estado Barinas que cumplen con las normas del Programa de Control de Cáncer de Mama en el Municipio Barinas del Estado Barinas.
2. Determinar la capacitación del personal para atender el Programa de Control de Cáncer de Mama

3. Establecer el numero de casos diagnosticados y tratados por el Programa de Control de Cáncer de Mama

JUSTIFICACION

El Anuario de Mortalidad (MPPS – 2004) según la tasa poblacional en Venezuela se registraron 68,1 defunciones por cáncer por cada 100.000 habitantes en el caso de los hombres y 68,6 defunciones por cáncer de sexo femenino por cada 100.000 habitantes. Esto es un indicador significativo en los registros actuales ya que según los mismos el Cáncer ocupa el noveno lugar dentro de las diez principales causas de mortalidad según genero en Venezuela para el año 2004.

Dicho Anuario de Mortalidad (MPPS – 2004) de ese mismo año, reportan para el Estado Barinas 19 defunciones por Tumor Maligno de la mama (C50), todas de sexo femenino. De este reporte cuatro (4) mujeres con edades comprendidas entre 25 y 44 años, 13 mujeres con edades entre 45 y 64 años, una defunción con edad entre los 65 y 74 años y una con edad comprendida entre 75 años y mas. Esto indica que de cada 100 mil mujeres barinesas, 25 padecieron de cáncer de seno y 10 murieron como consecuencia de esta enfermedad.

Según los **artículos 75 Y 76** de la Constitución de la República Bolivariana (CNRBV) de Venezuela, el Estado tiene el deber de proteger a las familias como asociación natural de la sociedad. Por tanto se protege a la madre, al padre o quienes ejerzan la jefatura de la familia. El padre y la madre tienen el derecho de formar, criar, educar, mantener y asistir a sus hijos e hijas. Asimismo, **el artículo 86** de la Carta Magna establece que toda persona tiene derecho a la seguridad social como servicio público de carácter no lucrativo que garantice los derechos plenos de los ciudadanos en cualquier circunstancia o situación social especial. Por esto, la incidencia de esta patología en el Estado Barinas permite darle importancia a la necesidad

prioritaria de diagnosticar la situación en la cual se encuentra el Programa de Control de Cáncer de Mama en el Municipio Barinas del Estado Barinas para determinar las debilidades y fortalezas y así poder optimizar el mismo para el bienestar de la comunidad.

La evaluación de este Programa es factible ya que se cuenta con los datos estadísticos para lograr una medición integral. De esta forma se pretende con el Programa verificar el personal capacitado, para la atención integral a la mujer, educar a la mujer barinesa en relación al diagnostico precoz y la pesquisa temprana para evitar el progreso estadístico de esta patología. Además, se hace notar la importancia de esta revisión para conocer hasta que punto se han implementado las estrategias en el Municipio ya que es Municipio referencia del Estado Barinas, entre ellas conoceríamos la aplicación de exámenes paraclínicos, por ejemplo, la mamografía como herramienta fundamental del diagnostico precoz en la búsqueda de cáncer de seno la cual se hace indispensable en nuestro medio, con el fin de disminuir la mortalidad y de aumentar el periodo libre de enfermedad de estos pacientes en las instituciones de salud.

En conclusión, la problemática descrita impone un reto mayor a la planificación de los sistemas y servicios de salud en el país, en la que debe buscarse no solo la forma de asegurar el financiamiento de los servicios oncológicos, sino en incremento en su cobertura y acceso equitativos, y una mayor calidad y eficiencia en uso de recursos asignados para esos Programas y así de esta manera, garantizar la formación profesional de las personas que atienden dicho Programa y contribuir con las políticas publicas del MPPS.

ALCANCES

Esta investigación se circunscribe a las mujeres del Municipio Barinas y a los datos estadísticos manejados en el año 2006 por el Ministerio de Salud actual MPPS en el Municipio Barinas del Estado Barinas. Los datos

obtenidos en este estudio contribuirán para apoyar otras investigaciones que surjan en relación a esta patología estudiada.

LIMITACIONES

Esta investigación es realizada solo para la población femenina del Municipio Barinas. Sin embargo, es importante destacar que existe en la actualidad un déficit en las estadísticas y los datos en la Coordinación Regional de Oncología del Estado Barinas, lo cual representa una importante limitación para cotejar los resultados en la búsqueda de los objetivos planteados en el presente trabajo de investigación.

CAPÍTULO II

CAPITULO II

MARCO TEÓRICO

Antecedentes Históricos

El nombre de “cáncer” se derivó de investigaciones como las de García P. (1999), por su referencia con el crustáceo cangrejo el nombre de “Cáncer” por la similitud de las características morfológicas. El cáncer de la glándula mamaria fue el primero en ser descrito.

Moore (1867), estableció las bases teóricas del tratamiento del cáncer de mama y posteriormente, el alemán Kunster (1871) y Banks (1878) compartieron los puntos de vista de Moore. Stewart H. (1894) cirujano del hospital John Hopkins en Ottawa (EEUU), publicó los resultados de sus primeros 50 casos de mastectomía radical con disección axilar en bloque, técnica quirúrgica que fue denominada como Mastectomía Radical o Clásica para la resolución en el tratamiento del diagnostico, la cual marcó un hito en el tratamiento quirúrgico del cáncer de mama y durante más de 50 años constituyó la técnica quirúrgica de elección en esta patología.

Los principios en los cuales se basó la cirugía Halstediana fueron cuestionados posteriormente por diferentes investigadores y han sido reemplazados por el concepto de que la proyección a distancia en el cáncer de mama puede ocurrir tempranamente y en forma independiente. En la medida en que se incrementan los conocimientos y los medios diagnósticos, el tratamiento quirúrgico ha evolucionado y actualmente la disección ganglionar de la axila como rutina es objeto de controversia.

Hernández M. (1996) en su publicación *Avances en Mastología* hace referencia al tratamiento de cáncer de mama donde explica que la aplicación de procedimientos quirúrgicos radicales ha sido sustituida casi totalmente por formas mas limitadas de cirugía como la mastectomia radical modificada, y la

mayoría de los pacientes con cáncer de mama tienen en la actualidad la opción de combinar procedimientos que permitan conservar la mama como la mastectomia parcial o nudolectomía. Los tratamientos médicos actualmente tienen un componente importante de tratamiento de casi todas las fases del cáncer de mama invasor.

En los Estados Unidos de Norteamérica (EEUU), el Estado aprobó una Ley Nacional sobre el Cáncer, promulgada en 1971, y dio origen al Instituto Nacional del Cáncer y éste a su vez creó el Programa de Centros Oncológicos el cual está dedicado al progreso de la investigación del cáncer con el propósito de reducir la incidencia de morbilidad y mortalidad del cáncer.

La promulgación de esta Ley transformó la estructura de los centros y amplió el campo de su misión al incluir aspectos de investigación básica, clínica y de control del cáncer. Hoy en día, 60 centros oncológicos designados por el Instituto Nacional del Cáncer continúan trabajando hacia la creación de nuevos enfoques innovadores para la investigación del cáncer. Por medio de programas interdisciplinarios, los centros oncológicos y hacen que esta investigación pase efectivamente del laboratorio a estudios clínicos (estudios de investigación con personas) y finalmente a la práctica clínica.

En Argentina, el Ministerio de Salud a través de la Secretaría de Atención Sanitaria, Subsecretaria de Programas de Prevención y Promoción - Dirección Nacional de Medicina Sanitaria ha creado el Programa Nacional de Control de Cáncer, según aprobación de la Resolución Ministerial N 480/98. La meta trazada por el Programa en ese país es disminuir significativamente la morbi-mortalidad de esta patología, dicho Programa contempla la evaluación del mismo para controlar en forma anual los siguientes indicadores:

1. Tasa de cobertura global y especifica
2. Proporción de muestras no satisfactorias para la lectura (global y específica)

3. Proporción de lesiones preinvasoras
4. Tasa de incidencia de cáncer invasor
5. Tasa de carcinomas microinvasores

Con respecto a la incidencia de la mortalidad derivada de esta patología aun habiendo implementado el programa en Argentina han concluido que no han logrado las metas establecidas por no tener ningún impacto sobre el número de muertes.

Costa Rica a través de su historia ha utilizado eficientemente sus escasos recursos constituyendo un sistema de salud comparable al existente en países desarrollados. El Ministerio de Salud de este país creó el Proyecto de Ley para el Sistema Oncológico Nacional, fundamentado en la Ley Número 7765 De 17 De Abril De 1998 Y Sus Reformas. Este Sistema Oncológico Nacional es definido como el conjunto de políticas, planes, programas, recursos materiales y establecimientos de salud o conexos, dirigidos a la promoción, prevención, educación, investigación, diagnóstico temprano, tratamiento, asistencia psicosocial y espiritual, control del dolor y cuidado paliativo del cáncer, bajo la responsabilidad del Ministerio de Salud y de la Caja Costarricense del Seguro Social.

Antecedentes Investigativos

Bello (1998) refiere que la enfermedad no tan solo es un acontecimiento biológico sino también biográfico. El impacto psicológico va a variar de acuerdo al tipo de afección, por el significado que le implica a la persona y también por supuesto de acuerdo a la gravedad de la enfermedad. El cuerpo es una parte importante de nuestra identidad, toma una connotación personal. Además de la connotación general positiva que toda persona le atribuye a la integridad e indemnidad de su cuerpo, hay valoraciones específicas vinculadas a la autoapreciación personal y función concreta que los distintos órganos cumplen, tanto en el plano biológico como dentro de un horizonte más amplio que implica la vida en sociedad.

Desde esta perspectiva, podemos observar que las mamas desempeñan un conjunto de funciones imbricadas las unas con las otras, y cualquiera de ellas que se vea afectada, afecta a la vez el significado subjetivo que la persona estableció. Algunas de las funciones más importantes son:

- Función de Nutricia Biológica: En los mamíferos, el primer alimento del bebé es naturalmente mediante el amamantamiento de la madre. La mama es efector de este “dar biológico” de alimentación.
- Función Psicológica del Amamantamiento: En el ámbito de los humanos, lo biológico y lo psicológico de dicha función, se dan combinadamente, unitariamente. Ello acontece tanto con quien recibe, como quien entrega esta forma de alimentación. Junto a la leche, recibe el contacto corporal y el afecto de la madre. Acto de generosidad biológico, espiritual logra, alcanza, encuentra la plenitud propia que brinda el sentido concreto de la maternidad.
- Función Identificatoria: Una propiedad existencial básica del ser humano es su connotación sexuada. De esta diferenciación nace el arquetipo de la incompletud del ser humano, para acceder a dicha plenitud existencial se significa como requisito básico una apropiada identidad afectivo sexual en relación a un otro. Identidad de base tanto biológica (órganos sexuales primarios y caracteres sexuales secundarios) como de formación psicosocial. En las mujeres, unos de los más significativos caracteres sexuales secundarios lo constituye el desarrollo mamario. Constituyendo un esencial símbolo de la feminidad.
- Función Erógena. Las mamas son órganos que tienen un particular significado erótico. Las mamas de la mujer constituyen por una parte un reconocido incentivo erótico para el hombre; en la mujer, a la vez su estimulación en el campo de la erotización, representan una de las fuentes más importantes de gratificación afectivo-sexual. En virtud de esto es comprensible una especial preocupación por las

características estéticas de esta zona tan significativa de su self erótico.

Por otra parte; Vargas y Chopra (2003) refiere que en los países de altos recursos, la mamografía diagnostica es un recurso central en la investigación de todas las lesiones, sea cual fuere el cuadro clínico inicial. Las mujeres de 30 años de edad en adelante que tienen una masa palpable por lo general se someten a una mamografía como el estudio diagnostico inicial preferido. En los países de altos recursos, se usa la ultrasonografía de la mama como complemento de la mamografía diagnostica, para examinar de manera especifica los hallazgos localizados, ya sean del mamograma diagnostico o de la exploración clínica de las mamas. Por lo general no se recomienda el ultrasonido mamario de tamizaje (una exploración general de la mama completa en mujeres clínicamente asintomaticas), debido a la falta de evidencias de su eficacia y rentabilidad con fines de tamizaje.

En la actualidad, en Estados Unidos esta en marcha un estudio multicéntrico para evaluar la eficacia del ultrasonido de tamizaje de la mama completa. No obstante lo anterior, varios de los expertos participantes en la BHGI señalaron que, en los países de bajos recursos, es frecuente contar con el ultrasonido diagnostico de la mama antes de que se use de manera extendida la mamografía diagnóstica.

La mamografía es una herramienta de imagenología muy especializada y considerablemente más costosa que el ultrasonido. Hasta la aplicación reciente de la tecnología digital, de por si bastante costosa, la imagenología mamográfica requería el uso de película radiográfica, razón por la cual los costos y los requisitos de control de calidad pueden ser una barrera insuperable para su uso generalizado en los países de bajos recursos. Muchos establecimientos de salud no adquieren el equipo mamográfico porque únicamente sirve para la imagenología de las mamas, sin ninguna otra aplicación radiográfica. En cambio, es frecuente contar con ultrasonido en entornos con muy diversos niveles de recursos, porque puede usarse

para obtener imágenes de muchas partes del cuerpo y no requiere película, salvo la que se desea para conservar los registros.

El equipo de ultrasonido puede emplear varios transductores diferentes, lo que permite usarlo para muchas aplicaciones distintas. Por todo ello, hay el impulso de usar el ultrasonido mamario en los entornos donde no se cuenta con la mamografía, sencillamente porque la herramienta existe.

El ultrasonido mamario como prueba diagnóstica inicial puede se más útil en los países de bajos recursos. El ultrasonido es particularmente útil para estudiar las masas presentes en la mama; puede emplearse para distinguir entre masas sólidas y quistes llenos de líquido, y permite reconocer la forma y las características de aquellas, todo lo cual es muy útil para determinar que pacientes con masas palpables requerirán más s probablemente una biopsia.

Dado que, en los entornos de bajos recursos, las pacientes por lo común solicitan atención cuando ya tienen canceres palpables con invasión local, el ultrasonido puede ofrecer una amplia información suplementaria en los casos con exploración clínica positiva, para evaluar la extensión del tumor dentro de la mama. Además, en los países de bajos recursos parece ser relativamente más común el cáncer de mama en mujeres premenopáusicas, según lo indica una menor edad promedio al momento del diagnostico. Las mujeres más jóvenes, premenopáusicas, por lo general tienen mamas más densas, que se prestan mejor para la imagenología mediante ultrasonido que para la imagenología mamográfica.

Por lo anterior, el grupo de expertos sobre diagnostico y anatomía patológica de la BHGI recomienda que, siempre que sea posible, se empleen para la imagenología de las mamas tanto la mamografía diagnostica como el ultrasonido mamario. Sin embargo, ante la disyuntiva de elegir entre estos dos estudios como el ‘‘siguiente paso’’ el grupo de expertos recomienda instituir primero el ultrasonido diagnostico, pese a que en los países de recursos altos por lo común se sigue el orden inverso. A pesar de todo, la mamografía diagnostica es un componente clave de la imagenología de las

mamas, y reviste particular importancia en el tratamiento que conserva la mama.

En preparación para la radioterapia con conservación de la mama, los cánceres deben extirparse con márgenes quirúrgicos negativos. Aunque el ultrasonido de la mama es útil para evaluar la extensión del componente invasor de un cáncer de mama, el carcinoma ductal in situ, conocido por la sigla CDIS, no se visualiza bien en el ultrasonido de la mama, y en cambio puede reconocerse en la mamografía cuando se forman microcalcificaciones en la lesión. Los márgenes quirúrgicos deben estar exentos tanto del cáncer invasor como del no invasor, lo cual es mas fácil de predecir mediante el uso combinado de mamografía diagnostica y ultrasonido mamario antes de la intervención. Por todo ello, el grupo de expertos sobre tratamiento y asignación de los recursos de la BHGI considera que, para poder ofrecer el tratamiento que conserva la mama, es necesario contar con mamografía diagnostica.

Albaina y Viana (2003) La neoplasia maligna mas frecuente en la mujer en todo el mundo es el tumor de mama que produce el mayor número de muertes en la mujer en España. Supone el 18.2% de las muertes por cáncer en la mujer y la primera causa en mujeres entre 40 y 55 años. Su incidencia está en aumento sobre todo en los países desarrollados, en los que ocurren el 50% de todos los casos de cáncer de mama. A pesar de que aumenta la incidencia la tasa de mortalidad ha permanecido estable durante los últimos años, estos beneficios se atribuyen a los programas de detección precoz y a los avances en el tratamiento sistémico.

La investigación realizada por estos médicos se corresponde con los postulados de los Programas de Salud Pública de Venezuela, especialmente el Programa Oncológico de Mama en el cual manifiestan el no crecimiento de la tasa de mortalidad debido a la labor ejercida por los Programas de Salud Publica en esta patología.

Lostumbo, Carbine, Wallace, Ezzo (2004) Si bien los estudios observacionales publicados demostraron que la BPM fue eficaz en la reducción de la incidencia y muerte por cáncer de mama, se necesitan estudios prospectivos más rigurosos (idealmente, ensayos aleatorios). Los estudios deben ser de una duración suficiente y realizar mejores intentos para controlar los sesgos de selección a fin de lograr mejores estimaciones de la reducción del riesgo. El estado de la ciencia dista de ser exacto en la predicción de quién padecerá o morirá a causa del cáncer de mama. Mediante una estimación, la mayoría de las mujeres consideradas de alto riesgo por sus antecedentes familiares (pero no necesariamente 1 o 2 portadores de mutaciones de BRCA) que fueron sometidas a estos procedimientos no podrían haber muerto por cáncer de mama, aún sin cirugía profiláctica. Por lo tanto, las mujeres deben entender que este procedimiento debe ser considerado sólo entre aquellas personas que corren un muy alto riesgo de padecer la enfermedad.

Para las mujeres que ya poseían un diagnóstico de un tumor primario, los datos carecían particularmente de indicaciones para la mastectomía profiláctica contralateral. Si bien parecía que la mastectomía contralateral podía reducir la incidencia de cáncer en la mama contralateral, no hubo pruebas suficientes acerca de si la CPM en realidad mejoró la supervivencia y en qué grupo lo hizo.

La morbilidad física es frecuente después de la PM y muchas mujeres a las que se les realizaron nuevas operaciones imprevistas (con frecuencia, con relación a problemas de reconstrucción); sin embargo, estos datos deben actualizarse teniendo en cuenta cambios en los procedimientos quirúrgicos y en la reconstrucción.

Con respecto a los resultados psicosociales, las mujeres por lo general manifestaron satisfacción con sus decisiones de someterse a la PM, pero informaron una satisfacción en forma menos consistente en relación con los resultados estéticos, con una disminución de la satisfacción en relación con

las complicaciones quirúrgicas. Por lo tanto, la morbilidad física y las complicaciones quirúrgicas postoperatorias fueron áreas que deben considerarse al tomar la decisión sobre la PM. Con respecto al bienestar emocional, la mayoría de las mujeres se recuperó después de la operación e informó una menor preocupación acerca del cáncer de mama y mostró una reducción en la morbilidad psicológica en comparación con sus medidas iniciales; también se observaron excepciones. De los resultados psicosociales medidos, la imagen corporal y los sentimientos de feminidad se vieron afectados en forma adversa.

En este trabajo los autores consideran la mastectomia bilateral como un medio preventivo considerando además los efectos psicosociales del paciente, le dan importancia a la prevención del cáncer de mama con esta estrategia quirúrgica.

Jara (2005) El cáncer de mama ocupa el tercer lugar en frecuencia en el mundo. En países en desarrollo es el segundo cáncer más común. En Chile no se ha determinado su real incidencia, estudios recientes (1995) revelan que presenta la tercera tasa de mortalidad, luego del cáncer de vesícula biliar y gástrico, sobrepasando la del cáncer de cuello uterino. La mortalidad debida a cáncer de mama ha ido aumentando, desde 9.5 muertes por 100,000 mujeres en 1985 a 12.8 por 100,000 mujeres en 1995. En consecuencia, uno de los mayores desafíos de la investigación clínica actual es identificar las modalidades de prevención, que permitan la reducción de la morbilidad y mortalidad asociadas a un alto riesgo a desarrollar la enfermedad. Dentro de los factores de riesgo para el desarrollo de este cáncer se incluyen: edad, factores hormonales e historia familiar (predisposición genética), siendo este último es uno de los más importantes. En consecuencia, para las mujeres con historia familiar de cáncer de mama es muy importante que se realice una estimación lo más exacta posible de su riesgo, sin embargo, en Chile no se ha establecido un sistema de cálculo de riesgo para mujeres con historia familiar de cáncer de mama. Además estas

mujeres deben someterse a manejo clínico para prevenir la enfermedad. Las opciones propuestas son: vigilancia del cáncer (prevención secundaria), cirugía profiláctica (mastectomía u oforestomía), y quimioprevención. La vigilancia del cáncer ha sido la opción de manejo preferida para las mujeres de alto riesgo, opción que recomienda incluir la combinación de autoexámen, examen médico y mamografía (Lynn et al, 1999). En nuestro país es fundamental la aplicación de programas de screening que permitan la prevención de este cáncer, en particular en mujeres de alto riesgo.

Estos autores consideran relevante la incidencia de esta patología sin embargo en su estudio no lo reflejan como una problema de salud publica aun cuando sugieren un programa para abordar la enfermedad.

Fernández (2005) perteneciente al Servicio de Oncología del Hospital “V. I. Lenin” en Cuba, en su trabajo de investigación denominado: *Ganglio centinela: Importancia en el diagnóstico y tratamiento actual del cáncer de mama*, indica que el vaciamiento ganglionar axilar fue reportado desde el siglo XVII por Verduyn, en su libro Nuevas Técnicas de Mastectomía, luego fue tratado sucesivamente por el cirujano alemán Lorenz Heister en el siglo XVIII y por Richard Wonforman, el cual propuso la disección del espacio axilar al observar la comunicación existente entre los conductos linfáticos mamarios a través de la fascia pectoral.

Este tratamiento quirúrgico radical tuvo su importancia para la época, en la actualidad los programas atención y control de cáncer de mama pretenden detectar, tratar y controlar el CA de mama y además busca informar a la población femenina para prevenir la enfermedad.

Los estudios citados coinciden en la atención del cáncer de mama como una de las principales causas de morbilidad y mortalidad en la población femenina a nivel mundial. En el país, el Estado venezolano a través de las políticas de salud pública atiende a la población femenina con esta patología. De ahí la importancia de revisar el Programa de Salud en el Estado, especialmente en el Municipio Barinas para atender esta enfermedad que

pudiera convertirse en una situación preocupante para quienes administran de la salud publica.

La BBC Mundo en septiembre de 2007 informa por su parte, que el cáncer de mama sigue siendo la primera causa de muerte por cáncer entre mujeres. Aunque la mayoría de las mujeres se revisa regularmente los pechos para buscar nódulos o crecimientos anormales, parece haber un gran desconocimiento sobre los signos que conducen a la enfermedad. Ésa es la conclusión de una investigación llevada a cabo por la organización británica Breakthrough Breast Cancer (Avances en Cáncer de Mama).

El sondeo llevado a cabo entre 1.190 mujeres mayores de 50 años en Gran Bretaña, afirma que los médicos deben hacer más para aclarar la confusión sobre la enfermedad. El estudio descubrió que un 25% de las mujeres encuestadas cree que una tos persistente es un signo de cáncer de mama.

Un 81% cree que tener un lunar en el seno también podría ser un síntoma de la enfermedad. Y un 35% de las mujeres indicó que un pezón adicional es conducente al cáncer de mama.

De hecho, dicen los investigadores, ninguno de éstos está directamente relacionado al cáncer de mama primario, aunque una tos persistente o cambios en los lunares pueden ser signos de otros tipos de cáncer. Todas las campañas de prevención de cáncer de mama están basadas en la enseñanza del examen de las mamas. Y dentro de esa pequeña información que se da está la búsqueda de nódulos, de secreciones por pezón y mirarse al espejo para ver si existen depresiones o cambios de color según expertos en oncología.

En cuanto al diagnóstico, el cáncer de mama sigue siendo la primera causa de muerte por cáncer entre las mujeres. Cada año mueren en el mundo 502.000 mujeres por la enfermedad. Y muchas de estas muertes, afirman los expertos, podrían prevenirse con un diagnóstico y tratamiento temprano de la enfermedad.

Sin embargo, persiste la confusión ya que un sondeo llevado a cabo en Gran Bretaña encontró que 87% de las mujeres se consideran concientizadas de la enfermedad, pero desconocen toda la variedad de signos y síntomas que conducen a ésta. Debido a que las mujeres no reconocen los signos cruciales del cáncer de mama, dice la organización, no hablan con sus médicos sobre cualquier cambio inusual en sus senos.

BASES TEORICAS

Las bases teóricas consisten en detectar y obtener información que sustente la teorización de la investigación.

Es de relevancia conocer la conceptualizacion de las glándulas mamarias, según Hernández M. (1996) define lo siguiente:

> Las glándulas mamarias son dos glándulas exocrinas localizadas en la pared anterior del tórax, cuya función principal es la lactancia. Morfológicamente están constituidas por dos componentes básicos denominados parénquima y estroma. El parénquima representa el componente glandular que realiza la función y el estroma el componente conjuntivo vascular que sirve de sostén y provee la nutrición para las estructuras funcionales. (pg.1)

Es decir, la expresión morfológica experimenta alteraciones histológicas de sus componentes generando en algunas ocasiones variaciones en las células que lo revisten. Estas alteraciones dan origen a patologías benignas o malignas denominadas Cáncer.

En virtud de la importancia que reviste el cáncer, específicamente el cáncer de mama a nivel mundial es visto como un problema de salud pública en este postulado se reseñan conceptos relevantes relacionados con esta patología con el fin de facilitar la comprensión del mismo.

> Stein, (1987). Considera: El cáncer es una enfermedad caracterizada por la proliferación incontrolada e inadecuada de células que morfológica y funcionalmente son inmaduras y aberrantes y que tiene capacidad para invadir los tejidos normales adyacentes y para diseminarse a distancia (metastizar), suele ser una enfermedad monoclonal, es decir, todas las células malignas de un tumor determinado son la descendencia de una única célula tumoral originaria, usualmente se emplean como sinónimos de cáncer: tumor, enfermedad maligna, neoplasia maligna, entre otros. (Pg. 1701)

Al referirse al cáncer se incluye una amplia gama de enfermedades heterogéneas que difieren en su histología, biología, historia natural, etiología y respuestas al tratamiento, cuya prevención debe fundamentalmente dirigirse a actuar sobre sus factores etiológicos, así como también sobre el control de la contaminación atmosférica, el de los cancerigenos industrializados y el de los productos alimenticios. Las manifestaciones clínicas del cáncer se dividen en locales, a distancia y sistémicas.

Harrinson (1994) Hace referencia al concepto de Cáncer de Mama en su compendio de Medicina Interna, el cual considera como un crecimiento maligno (canceroso) que comienza en el tejido mamario. El cáncer de mama es uno de los tumores en donde existen datos concluyentes que permiten a través de las diferentes técnicas de detección disminuir la tasa de mortalidad en forma sustancial.

Los datos epidemiológicos indican que diversos factores genéticos, endocrinos y ambientales están implicados en la iniciación y facilitación del crecimiento de cáncer de mama. Aunque el valor principal de estos estudios es la identificación de los factores etiológicos que son útiles en los programas de prevención primaria.

Existen diferentes métodos para el diagnostico de esta patología; el autoexámen, el examen físico realizado por el especialista, exámenes paraclínicos entre los cuales los mas comunes son la ecosonografía de

mama, citopunción o aspiración, biopsia, mamografía y resonancia magnética.

El cáncer tiene un pronóstico y tratamiento distinto en función de la etapa de desarrollo que se encuentre y de los factores de riesgo que tenga la mujer. Para conocer esto hay que realizar una serie de análisis que facilitan su clasificación:

Según el Comité Conjunto Americano del Cáncer en el año 2007 presentaron el siguiente orden:

- La letra **T**, seguida por un número que va del 0 al 4, indica el tamaño del tumor y la propagación a la piel o a la pared del tórax debajo de la mama. A un número más alto le corresponde un tumor más grande y/o una mayor propagación a los tejidos cercanos.
- La letra **N**, seguida por un número que va del 0 al 3, indica si el cáncer se ha propagado a los ganglios linfáticos cercanos a la mama y, si es así, estos ganglios están adheridos a otras estructuras.
- La letra **M**, seguida por un 0 o un 1, expresa si el cáncer se ha extendido a otros órganos distantes.

La clasificación, para los subgrupos, se realiza con números que van del I al IV.

ESTADIO I: indica que el tumor es menor de 2 cm. y no hay metástasis. El índice de supervivencia relativa a 5 años es del 98%.

ESTADIO II: abarca las siguientes situaciones:

- No mide más de 2 cm. pero los ganglios linfáticos de la axila están afectados.
- Mide entre 2 y 5 cm. y puede o no haberse extendido.
- Mide más de 5 cm. pero los ganglios linfáticos axilares no están afectados. El índice de supervivencia a 5 años es de 88-76%.

ESTADIO III: se subdivide en estadio IIIA y IIIB:

El estadio IIIA integra las siguientes formas:

- El tumor mide menos de 5 centímetros y se ha diseminado a los ganglios linfáticos axilares y éstos están unidos entre sí a otras estructuras.
- El tumor mide más de 5 cm. y los ganglios linfáticos axilares están afectados. El índice de supervivencia relativa a 5 años es de 56%.

El estadio III B presenta los siguientes casos:

- El cáncer se extiende a otros tejidos cerca de la mama (piel, pared toráxica, incluyendo costillas y músculos del tórax).
- El cáncer diseminado a los ganglios linfáticos dentro de la pared toráxica cerca del esternón. Para este caso el índice de supervivencia relativa a 5 años es de 46%.

ESTADIO IV: se produce cuando el cáncer se disemina a otras estructuras del cuerpo. Los órganos en los que suele aparecer metástasis con mayor frecuencia como los huesos, pulmones, hígado o cerebro. También puede darse el caso de que el tumor haya afectado localmente a la piel. Para esta topología el índice de supervivencia relativa a 5 años es de 16%.

A nivel mundial los diferentes países se han visto en la necesidad de crear Programas de Control de Cáncer y con ello disminuir la incidencia y la mortalidad de esta patología. En el caso especifico de Venezuela, el 02 de marzo de 1996, según el Decreto Número 1448 de la Presidencia de la Republica se crea la División de Oncología del Ministerio de Sanidad y Asistencia Social, surge la Dirección de Oncología para actuar como ente rector en el ámbito nacional en la lucha contra el cáncer.

En el año 2004, el Ministerio de Salud a través de la División de Oncología, asume la reevaluación de sus componentes programáticos, dentro del marco del proceso de reforma y en función a los criterios de prioridad señalados por el conocimiento epidemiológico y la disponibilidad de medidas especificas y efectivas de control para alguna de las localizaciones de cáncer, así como la potencialidad de recursos, que hacen viable su

aplicación organizada y masiva. En tal sentido se establecen cinco subprogramas: Programa de Control de cáncer de Cuello Uterino, Programa de Control de cáncer Bronco-Pulmonar, Programa de Control de cáncer de Mama, Programa de Control de cáncer Gástrico, Programa de Control de cáncer de Próstata. De igual manera se establece un sistema de información epidemiológico (Registro de Cáncer) para controlar y llevar una prosecución de los casos.

El Programa de Control de Cáncer de Mama tiene los siguientes objetivos:

Objetivo General

Disminuir en forma progresiva y estable la mortalidad por cáncer de mama, mediante el diagnostico, tratamiento y control de lesiones precoces (Estadios Clínicos I y II).

Específicos:

1. Efectuar la capacitación del personal medico, de enfermería y promoción social en el conocimiento sobre las patologías mamarias, factores de riesgo y técnicas del autoexámen de las glándulas mamarias.
2. Auspiciar el desarrollo de acciones educativas dirigidas a grupos comunales, con el fin de que pongan en práctica el autoexámen de las glándulas mamarias y participen activamente como agentes voluntarios en la promoción de esta técnica.
3. Propiciar que los médicos del primer y segundo nivel de atención alcancen un grado de capacitación suficiente, en la práctica del examen físico sistemático de las glándulas mamarias y las regiones ganglionares axilar y supraclavicular.
4. Establecer la atención efectiva y oportuna en el Tercer Nivel de Atención de las pacientes que presenten sospechas de patología mamaria.

5. Propiciar la adquisición de mamógrafos de alta resolución en todos los Hospitales tipo IV del país.
6. Auspiciar la capacitación de técnicos y médicos radiólogos en la práctica y lectura de las mamografías.
7. Participar en la organización o el desarrollo de cursos, seminarios, congresos y/o otros eventos de información y/o capacitación sobre patología mamaria.
8. Efectuar asesoramiento técnico a instituciones públicas y privadas en todo lo referente a proyectos de investigación u organización de medidas de control del cáncer de la glándula mamaria.
9. Instituir la enseñanza de oncología sobre patología mamaria en las facultades de medicina, haciendo especial énfasis en la prevención.

La meta de este Programa es lograr el cumplimiento obligatorio de las normas, en primer lugar por las instituciones oficiales, para su posterior extensión al nivel privado. La población objeto de atención son mujeres mayores de 35 años.

La Iniciativa Mundial de Salud de la Mama – BHGI (2002) es un programa que tiene por objeto formular normativas basadas en evidencias, económicamente factibles y culturalmente apropiadas, que puedan usarse en las naciones con limitaciones sustanciales de recursos para mejorar el desenlace en las pacientes con cáncer de mama. En octubre del 2002, la BHGI sostuvo la primera Conferencia Cumbre Mundial de Consenso sobre Atención Internacional de la Salud de la Mama, que en lo sucesivo se denominara la Cumbre Mundial del 2002, en Seattle, Washington.

El objetivo de la Cumbre Mundial del 2002 fue establecer normativas para la salud mamaria que señalaran la mejor manera de brindar atención en aquellos países donde los recursos para la asistencia sanitaria son considerablemente limitados. Las Normativas de la BHGI se formularon en base de en un trabajo de consenso, después de un analizar la investigación sobre el cáncer de mama basada en evidencias. A partir de las definiciones

propuestas por la OMS para los programas nacionales contra el cáncer, varios grupos de expertos en cáncer de mama, que representaban a 17 países y nueve regiones del mundo, formularon una serie de normativas relativas a la detección temprana, el diagnostico y el tratamiento del cáncer de mama en los países que disponen de recursos limitados para la atención de salud, es decir, países con recursos bajos o medianos, según los criterios de la OMS.

Hasta la fecha, son las únicas normativas integrales de consenso que abordan específicamente los temas relativos a la ejecución de la atención mamaria en los países con recursos limitados.

El Resumen de los Resultados de la Cumbre Mundial del 2002 de la BHGI demuestran que para ser aplicables y eficaces, estas normativas deben ir mas allá de una mera síntesis de la investigación basada en evidencias: deben reconocer, y a veces incluso desafiar, los valores implícitos en la manera como se han formulado las preguntas relativas a la practica y como se han elegido los resultados dentro de un sistema de atención de salud. Las inequidades en materia de género en el ámbito de la salud son consecuencia de la desigualdad fundamental entre los hombres y las mujeres en muchas sociedades. A pesar de la importancia de los factores socioeconómicos, la salud de las mujeres también se ve afectada en gran medida por la amplitud y calidad de los servicios de salud con los que cuentan. En la Cumbre Mundial del 2002, se adoptaron dos axiomas como principios para la formulación de normativas:

- Todas las mujeres tienen derecho a acceder a la atención de salud, aunque, cuando los recursos son limitados, se afrontan retos considerables para aplicar los programas de atención n de salud de la mama;
- Todas las mujeres tienen derecho a recibir educación acerca del cáncer de mama, pero esta debe ser culturalmente apropiada, dirigida y adaptada a cada población específica. Un análisis de los datos

publicados y presentados confirmó que, en los países con recursos limitados, la mayoría de las mujeres padecen cáncer de mama avanzado o metastático al momento del diagnostico. Como resultado de dicho análisis basado en evidencias y de la discusión de consenso, se hicieron cuatro observaciones:

- Dado que el cáncer de mama avanzado tiene la sobrevida mas baja y es el que consume mas recursos para el tratamiento, las medidas encaminadas a la detección temprana pueden contribuir al diagnostico mas precoz, con la consiguiente mejoría en las probabilidades de sobrevida y curación, y hacen posible un tratamiento mas sencillo y económico. Es probable que tales medidas ofrezcan el mayor beneficio general, tanto en términos de sobrevida como de costos.
- Hace falta establecer programas específicos para la situación de cada país en particular.
- El establecimiento de centros oncológicos puede ser una manera rentable de brindar atención contra el cáncer de mama a cierto número de mujeres cuando todavía no sea posible brindar esa misma atención a las mujeres de todo el país.
- Es indispensable recopilar información sobre el cáncer de mama para decidir la mejor manera de aplicar los recursos y para cuantificar los avances.

La Organización Panamericana de Salud (2007) actualiza las Normas Internacionales Para el Control del Cáncer de Mama en Español. Estas nuevas normas prometen optimizar la atención al cáncer de mama y de esta forma la OPS se une a la Iniciativa Mundial de Salud de la Mama para promover las “mejores prácticas” en países con recursos limitados.

Las normas internacionales para la detección, atención y manejo del cáncer de seno están ahora disponibles en idioma español gracias a la

colaboración entre la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y la Iniciativa Mundial de Salud de la Mama (BHGI).

Las Normas Internacionales Para la Salud de Mama y el Control del Cáncer de Mama, publicadas en una nueva edición actualizada el pasado año 2006 en inglés y que se acaban de presentar ahora en español, están formuladas para asistir a los tomadores de decisiones y a los proveedores de salud en países de bajos y limitados recursos en el avance de los trabajos en torno al cáncer de seno mediante prácticas basadas en la evidencia y que sean económicamente factibles y culturalmente apropiadas. Estas normas abordan las áreas de detección temprana y acceso a la asistencia, diagnóstico y anatomía patológica, tratamiento y asignación de recursos, y sistemas de atención de salud y políticas públicas, en lo relacionado con la atención de la salud de la mama en entornos con recursos limitados.

Cada año se diagnostican más de 1 millón de nuevos casos de cáncer de seno. Esta es la causa más común de muertes relacionadas con cáncer entre mujeres en todo el mundo. Las mujeres en países con bajos y medianos ingresos tienen más posibilidades de morir por esta enfermedad que aquellas que viven en países más ricos. Esto se debe, en parte, a que sus cánceres son detectados y atendidos ya en sus etapas más avanzadas, cuando el tratamiento es más costoso y menos eficaz.

Según voceros de la OPS en el año 2007, el cáncer de seno está en aumento en América Latina ya que cada año son reportados 90.000 casos, y muchos de ellos ya están en etapas avanzadas debido a un bajo acceso a servicios preventivos y curativos. Es por ello que la disponibilidad de estas normativas en español será una importante contribución para los países latinoamericanos interesados en expandir los servicios de salud para llegar a tiempo a las mujeres y mejorar su calidad de vida.

Grandes avances científicos en la detección y manejo del cáncer de seno han contribuido a una mejora de los resultados en países en desarrollo. Sin embargo, los proveedores de salud en los países de ingresos limitados

afrontan carencias de recursos que reducen su capacidad para mejorar la detección temprana, el diagnóstico y el tratamiento de esta enfermedad. Las Normas Internacionales Para la Salud de Mama y el Control del Cáncer de Mama contemplan este problema al recomendar, específicamente para países con recursos limitados, las prácticas mejores y más apropiadas.

Las normas establecen una estrategia gradual para mejorar la asistencia sanitaria mediante un sistema escalonado de asignación de recursos en cuatro niveles (básico, limitado, amplio y máximo) según la contribución de cada recurso para mejorar el desenlace clínico. La detección temprana del cáncer de mama mejora el desenlace de una manera rentable siempre que se cuente con un tratamiento, pero es necesario educar al público para fomentar la participación activa de las pacientes en todo el proceso de diagnóstico y tratamiento y para que se realicen regularmente auto exámenes.

La exploración clínica de las mamas junto a estudios de imaginología diagnóstica (ultrasonido con o sin mamografía diagnóstica) puede facilitar la aplicación de técnicas rentables de obtención de tejidos para el diagnóstico citológico o histológico.

Los procedimientos que conservan la mama, consistentes en mastectomía parcial o radioterapia, requieren más recursos de atención de salud y más infraestructura que la mastectomía, pero puede brindarse en un entorno de recursos limitados diseñado para tal fin. La disponibilidad de tratamientos por vía sistémica y su administración son fundamentales para mejorar las normativas en el cáncer de mama. Las pruebas de receptores de estrógenos permiten seleccionar a las pacientes más idóneas para los tratamientos hormonales. La quimioterapia, que necesita de adecuados recursos e infraestructura, es necesaria para tratar los cánceres de mama avanzados a nivel local, con ganglios linfáticos positivos, que representan el cuadro clínico más común al momento de diagnosticar esta enfermedad en países de bajos recursos. Si no se dispone de quimioterapia, las pacientes

con cánceres avanzados localmente, negativos para receptores hormonales, solo pueden recibir tratamiento paliativo.

Las normas recomiendan la realización de más investigaciones para decidir la mejor forma de ejecutar estas recomendaciones en los entornos con recursos limitados.

La traducción de las Guidelines for International Breast Health and Cancer Control a los principales idiomas del mundo es una antigua aspiración de la BHGI y entre sus planes futuros se incluye la producción de ediciones en ruso, chino y árabe. La colaboración con la OPS para hacer la traducción al español tuvo su génesis en el transcurso de conversaciones mantenidas durante la Conferencia de la Unión Internacional Contra el Cáncer celebrada en julio del 2006 en Washington, D.C.

Representantes de la BHGI, reportan que la disponibilidad de estas normativas en español representa un gran paso adelante para llegar a los ministerios de Salud, los trabajadores de la salud y los tomadores de decisiones en países hispanohablantes. De esta forma se espera que con esta y con otras traducciones se logre reducir la carga global de esta devastadora enfermedad.

CAPITULO III

CAPITULO III

MARCO METODOLOGICO

Naturaleza de la Investigación

La naturaleza de esta investigación esta basada en un diseño multimétodo (Balestrini, M. 1998) consiste en orientaciones metodológicas de diferentes naturalezas como es la metodología cuantitativa. Mediante un proceso a través del método cuantitativo se busca la explicación causal guiado hacia la determinación de la medida, el resumen estadístico, y un lenguaje matemático, se obtiene un tipo de dato, se busca la descripción de los hechos estudiados desde la perspectiva de las estadísticas registradas en los documentos oficiales y de la expresión de los dispensadores de salud a ser encuestados y evaluar de esta manera la situación actual del Programa Oncológico en Venezuela.

Tipos de Investigación

Hernández (1991) considera que desde el punto de vista científico describir es medir y evaluar diversos aspectos, dimensiones o componentes del fenómeno a estudiar.

En tal sentido, este estudio pretende describir el comportamiento de determinados factores, integrando políticas de desarrollo socio-asistencial. Se apoya además en una documentación estadística aportada por el Ministerio del Poder Popular para la Salud fortaleciendo la matriz epistémica.

Población o Universo

La población objeto de estudio estará conformada por el personal que labora en los tres (3) establecimientos en el Municipio Barinas llevan a cabo el Programa de Control de Cancer de Mama. Estos son: Hospital “Dr. Luís

Razzetti", Hospital Materno Infantil "Dr. Samuel Darío Maldonado Angarita" y Ambulatorio Urbano "Dr. León Fortoul Saavedra" – Los Pozones.

Muestra

En la presente investigación la muestra seleccionada es el grupo seleccionado para la entrevista del personal prestador de servicio de salud (médicos, enfermeras, desarrollo social) que laboran en los tres (3) establecimientos que aplican el Programa de Control de Cáncer de Mama en el Municipio Barinas. Se seleccionó un numero de diez (10) encuestados por establecimiento para obtener así una sumativa de treinta (30) cuestionarios a realizar.

Metodología para la Recolección de Datos

Para la recolección de datos se procederá distintamente por objetivo planteado. En primer lugar, para lograr cuantificar el porcentaje de establecimientos de la Dirección Regional de Salud del Estado Barinas ubicados en el Municipio Barinas que cumplen con las normas del Programa de Control de Cáncer de Mama, se censará el numero de dichos establecimientos y de esta forma se cotejarán los resultados de los mismos de forma porcentual para la medición relativa de la cantidad de establecimientos que efectivamente cumplen con dicho Programa.

En segundo lugar, para determinar el número de personas capacitadas para atender el Programa de Control de Cáncer de Mama, se procederá al diseño de un instrumento (cuestionario). Este instrumento estará dirigido al personal que labora en los establecimientos de salud que ofrecen sus servicios en el Municipio Barinas del Estado Barinas y llevan a cabo el Programa de Control de Cáncer de Mama, específicamente en los Servicios de Oncología tanto al personal medico, personal de enfermería y personal del Departamento de Desarrollo Social; para recabar información relativa a la aplicación de las técnicas de diagnostico en mujeres de 35 años o mayores

y la capacitación y adiestramiento del equipo de salud en base al Programa de Control de CA de Mama.

En tercer lugar, para establecer la cantidad de mujeres diagnosticas y tratadas por el Programa de Control de Cáncer de Mama en estos establecimientos en el Municipio Barinas, se recolectará estadísticas en los departamentos de Historias Medicas, Departamentos de Registro y Control en dichos establecimientos, así como también en la Coordinación de Oncología en la Dirección Regional de Salud del Estado Barinas y de esta forma presentar de forma cuantitativa los resultados obtenidos.

En cuarto lugar, para identificar la proporción de casos de cáncer de mama, se analizaran los resultados obtenidos en base a las estadísticas reportadas en la Coordinación de Oncología de la Dirección Regional de Salud, y datos referentes a los establecimientos donde se aplica el programa.

Para culminar, y de esta forma determinar la tasa de morbilidad y mortalidad de cáncer de mama, se razonaran de los mismos datos de la Coordinación de Oncología de la Dirección Regional de Salud y el Anuario de Mortalidad del Ministerio Popular para la Salud.

También se obtendrán datos secundarios en registros, libros, revistas y otras publicaciones.

Es importante resaltar que la información obtenida en el presente trabajo, fue solicitada personalmente en cada establecimiento de salud y cotejada por el autor, para lograr de esta forma las estadísticas obtenidas. Esto debido a la poca información aportada por la Coordinación de Oncología de la Dirección Regional de Salud del Estado Barinas.

Validación y confiabilidad del Instrumento

La validación del instrumento utilizado en esta investigación tuvo la finalidad de recoger información sobre el contenido, calidad, coherencia, pertinencia y redacción de los ítems, así como su correspondencia con los objetivos y variables del estudio. Al respecto, es conveniente destacar que

este instrumento (cuestionario) fue sometido a la validación de especialistas en metodología de la investigación, un estadístico y un experto en salud publica.

Variables e indicadores de la investigación

Las variables constituyen una parte importante en la realización de la presente investigación, por cuanto de ellas se obtienen información y la posible causa – efecto que se relaciona con el problema objeto de estudio.

Procesamiento de Datos

Luego de recolectar la información a través del instrumento (cuestionario) y de los datos aportados por la Dirección Regional de Salud del Estado Barinas, asi como los datos recabados en los diferentes establecimientos de salud, se procederá a la tabulación de los mismos, posteriormente se elaboraran tablas, cuadros y analisis de los datos en donde se registraran las frecuencias de respuestas en función de las alternativas y su correspondiente porcentaje, discriminadas de acuerdo a las variables de la investigación.

Interpretación y análisis de datos

Luego de registrar toda la información que será recabada a través del cuestionario aplicado a la población objeto de estudio se hará una interpretación y análisis cuantitativo de los resultados obtenidos.

En tal sentido, los datos se organizaran en tablas de distribución de frecuencias para cada dimensión y de acuerdo con las alternativas de respuestas ofrecidas.

Así mismo, en el análisis de los datos se utilizaran técnicas estadísticas y programas estadísticos como Excel, SPSS entre otros.

OPERACIONALIZACION DE VARIABLES

OBJETIVO GENERAL: Diagnosticar la situación del Programa de Control de Cáncer de Mama en el Municipio Barinas en el año 2005.

OBJETIVO ESPECIFICO	VARIABLE	DEFINICION CONCEPTUAL	DIMENSION	INDICADORES	INSTRUMENTO	ITEMS
Cuantificar el porcentaje de establecimientos de la Dirección Regional de Salud del Estado Barinas en el Municipio Barinas que cumplen con las normas del Programa de Control de Cáncer de Mama.	Medidor porcentual	Resultado de la comparación cuantitativa de una variable, un fenómeno o situación con un patrón preestablecido, el cual debe ser estable, reproducible y universalmente reconocido y aceptado.	0 al 100 % (Cual porcentaje de establecimientos cumplen con el programa)	Porcentaje de cumplimiento de las normas	Analisis del Censo de Establecimientos de Salud del Municipio Barinas del Estado Barinas	
Determinar el numero de personas capacitadas para atender el Programa de Control de Cáncer de Mama	Capacitación	Conocimientos y habilidades necesarias para desempeñar el trabajo.	Personas capacitadas o no capacitadas	N° de personas capacitadas	Encuesta a personal prestador del servicio de salud en los diferentes establecimientos que aplican el Programa de Control de Cáncer de Mama	1 2 3 4 5
Establecer la cantidad de mujeres diagnosticadas y tratadas por el Programa de Control de Cáncer de Mama.	Diagnostico Tratamiento	Proceso de asignación de determinados atributos clínicos o de pacientes que manifiesten dichos atributos a una categoría del sistema de clasificación. Sistema para curar enfermedades. Acción o efecto de tratar o tratarse.	Mujeres diagnosticadas y tratadas por el programa de control de cáncer de mama	Numero de mujeres diagnosticadas y tratadas por el programa de control de cáncer de mama	Análisis y recolección de estadísticas en base a los Establecimientos de Salud del Municipio Barinas del Estado Barinas	
Identificar la proporción de casos de cáncer de mama	Proporción Cáncer de mama	Relación o correspondencia debida a las partes con el todo, o de una cosa con otra, en cuanta magnitud, cantidad o grado. Crecimiento maligno que comienza en el tejido mamario.	0 al x	Numero de mujeres con cáncer de mama	Análisis y recolección de estadísticas en base a los Establecimientos de Salud del Municipio Barinas del Estado Barinas	

Determinar la tasa de morbilidad y mortalidad del cáncer de mama	Tasa Morbilidad Mortalidad	Relación entre dos magnitudes Proporción de personas que enferman en un lugar durante un periodo de tiempo determinado en relación con la población total de ese lugar. Numero de defunciones habidas en determinada colectividad durante un definido periodo de tiempo y su distribución de acuerdo a diferentes características de la población en donde ocurren.	Alta a baja Alta a baja	Tasa de mujeres enfermas Tasa de muertes	Análisis y recolección de estadísticas en base a los Establecimientos de Salud del Municipio Barinas del Estado Barinas	

CONCLUSIONES

- Los resultados obtenidos al cuantificar los establecimientos de salud que llevan el Programa de Control de Cáncer de Mama, en un total de 79 centros de salud de la Dirección Regional de Salud del Estado Barinas se encontró que sólo el 3,79% reportan casos de cáncer y aparentemente llevan el Programa Oncológico de Control de Cáncer de Mama y están adiestrados para llevar a cabo los objetivos que plantea dicho programa.
- Para determinar el numero de personas capacitadas para atender dicho Programa se aplico una encuesta al personal prestador del servicio de salud en el Hospital “Dr. Luís Razzetti”, HMI “Dr. Samuel Darío Maldonado” y Ambulatorio Urbano “Dr. León Fortoul Saavedra” , dando como resultado que un 43,33% del personal dice estar capacitado para conllevar el Programa. Este resultado es bajo para dar respuestas concretas a pacientes que padecen de esta enfermedad. De este personal, solo el 66,66% en estas tres instituciones realizan el examen físico en glándulas mamarias, lo que implica un bajo indicador por la importancia de un diagnostico precoz y preventivo.
- Con respecto a la capacitación de los medios tecnológicos para el cáncer de mama en la población objeto de estudio, solo el 30% dice tener conocimiento del diagnostico, lo cual llama la atención ya que esta capacitación debería alcanzar el 100% del personal prestador del servicio de salud.
- En definitiva, se puede concluir que el proceso a lo largo de estos años se ha desarrollado según lo previsto y acorde con las recomendaciones establecidas. Pero el resultado obtenido en el análisis de los indicadores predictores de impacto hace pensar que

este programa no va a conseguir la disminución de mortalidad perseguida, sino se supervisa minuciosamente.

RECOMENDACIONES

- El cáncer de mama se mantiene en el tercer lugar de alcance, en comparación con años anteriores, es por ello que se sugiere a la Coordinación de Registro Nacional de Cancer, a la Coordinación Nacional de Oncología y a la Dirección General de Programas del Ministerio de Salud hacer un mayor y enfático seguimiento en la consecución de este Programa de Control de Cancer de Mama, ya que el objetivo principal de un programa de control de cáncer de mama no puede ser otro que conseguir disminuir la mortalidad por este tumor en la población sometida al mismo y en consecuencia en la población en general.
- Se sugiere evaluar la consecución de este Programa, ya que evaluar si un programa de control es efectivo es complejo y comprobar el cambio en mortalidad exige largos períodos de análisis más en una comunidad como Barinas, en la que debido al tamaño de su población se produce una gran inestabilidad de las tasas de mortalidad.
- Para disminuir la mortalidad es necesario que la población se someta a las exploraciones recomendadas, pero en ellas necesariamente se tiene que detectar el número de tumores esperado en función de la incidencia basal que en esa población existe o se estima.
- Se recomienda mejorar la cobertura del Programa en todos los establecimientos del Municipio Barinas del Estado Barinas y de esta manera prestar un mejor servicio de salud no solo para estas pacientes, sino para aquellas que no conocen este diagnostico precoz y preventivo.

BIBLIOGRAFIA

Harrinson. (1994). *Principios de medicina interna*. Madrid: Mc Graw Hill – Interamericana de España.

Hernández, G. (1996). *Avances en mastología.* 2° Edición. Caracas, Venezuela. Sociedad Anticancerosa de Venezuela.

Stein, J. (1987). *Medicina interna*. Madrid. Salvat Editores S.A.

Fuentes electrónicas

Albaina y Viana, Z. (2003). *Cáncer de mama* [Documento WWW] URL http://www.fisterra.com/guias2/mama.asp. España

BBCMundo. (2007). *Gran confusión sobre cáncer de mama*. [Documento WWW] URL http://www.ops.org.bo/servicios/?DB=B&S11=13093&SE=SN

Cáncer de Mama (1999). [Documento WWW]. URL http://www.emagister.com/cancer-mama-cursos-343204.htm.

Estadios del Cáncer. (2005). [Documento WWW]. URL http://www.elmundo.es/elmundosalud/especiales/cancer/mama5.html

Fernández, P. (2005). *Ganglio Centinela: Importancia en el diagnostico y tratamiento actual del cáncer de mama*. Servicio de Oncología del Hospital "V.I. Lenin" [Versión electrónica]. URL http://www.cocmed.sld.cu/no91/n91rev1.htm.

Jara, L. (2005) *Cáncer de mama: estudio en mujeres chilenas con historia familiar para este cáncer de: mutaciones de línea germinal en BRCA1 y BRCA2; riesgo edad-especifico y valor predictivo positivo del screening mamográfico.* [Versión electrónica]. URL http://www.conicyt.cl/bases/fondecyt/proyectos/01/2001/1010800 html

Lostumbo L, Carbine N, Wallace J, Ezzo J (2007). *Mastectomía profiláctica para la prevención del cáncer de mama (revisión Cochrane traducida).* En la Biblioteca Cochrane Plus, numero 1, Oxford, Update Software Ltd. [Documento WWW] URL http://www.update-software.com

Organización Panamericana de la Salud. (2007).*Normas internacionales para el control del cáncer de mama disponible en español*. [Documento WWW] URL http://www.zimbio.com/Breast+Cancer+Fight/articles/7/Normas+Internacionales+Para+el+Control+del

Programa de Control de Cáncer de Mama (2004). Ministerio de Sanidad y Asistencia Social. [Documento WWW] URL http://www.msds.gov.ve/ms/modules.php?name=News&file=article&sid=1577

Tamblay, A. y Bañados, B. (2004). Psicooncología del cáncer de mama. [Documento WWW] URL http://www.cybertesis.cl/tesis/uchile/2004/banados_b/sources/banados_b.pdf

Vargas HI, Anderson BO, Chopra R, et al. (2003) *Diagnosis of breast cancer in countries with limited resources.* (Diagnostico del Cáncer de Mama en países de escasos recursos). The Breast Journal. [Documento WWW] URL http://www.paho.org/Spanish/AD/DPC/NC/pcc-bc-BHGI-Norma-Int.pdf

ANALISIS DE LA RECOLECCION DE DATOS POR ESTABLECIMIENTOS DE SALUD

CUADRO Nº 1

Censo de establecimientos de salud de la Dirección Regional de Salud del Estado Barinas en el Municipio Barinas para el año 2006.

CLASIFICACION	Nº DE ESTABLECIMIENTOS
HOSPITALES TIPO III	2
HOSPITALES TIPO II	0
AMBULATORIOS URBANOS TIPO III	1
AMBULATORIOS URBANOS TIPO I	11
AMBULATORIOS RURALES TIPO II	7
AMBULATORIOS RURALES TIPO I	10
CONSULTORIOS POPULARES	36
CENTRO DIAGNOSTICO	6
SALA DE REHABILITACIÓN	6
TOTAL	**79**
PORCENTAJE	100%

Fuente: Dirección Regional de Salud del Estado Barinas, 2007.

A pesar del número de establecimientos que funcionan en el Municipio Barinas del Estado Barinas, solo tres establecimientos de salud llevan el Programa de Control de Cáncer de Mama, lo cual representa el 3,79% de la totalidad. Esto conlleva a la falta de capacitación y atención prestada a pacientes con cáncer de mama en la población barinés.

CUADRO Nº 2

Capacitación del Programa de Control de Cáncer de Mama en los establecimientos de salud de Dirección Regional de Salud del Estado Barinas en el Municipio Barinas en el año 2006

ESTABLECIMIENTO	SI	NO
Hosp. Luís Razzetti	3 %	7%
Hosp. Materno Infantil	7%	3%
Ambulad. Los Pozones	5%	5%
TOTAL	15%	15%
PORCENTAJE	50%	50%

El objetivo principal del Programa de Control de Cáncer de Mama es disminuir la mortalidad por cáncer a través de la pesquisa precoz con diagnóstico temprano y, como consecuencia, la entrega de tratamientos oportunos y adecuados. Es de hacer notar que según los resultados, un cincuenta por ciento del personal prestador de servicio de salud en el Municipio Barinas del Estado Barinas dice que si está capacitado para llevar a cabo dicho Programa, mientras el otro cincuenta por ciento reconoce que no ha sido adiestrado para obtener resultados eficaces y positivos en el control del cancer de mama. Esta situación pone en riesgo la efectividad de dicho control y la falta de información y atención al paciente con cáncer de mama.

Al respecto hay que destacar que en los datos reflejados tanto en el gráfico como en el cuadro se hace evidente que la falta de información en el hospital más grande de todo el estado es bastante significativa.

CUADRO Nº 3

Opinión acerca de la capacitación del personal sobre prevención e importancia del diagnostico temprano y oportuno del cáncer de mama en los establecimientos de salud que llevan el Programa Oncológico de Control de Cáncer de Mama en el Municipio Barinas del Estado Barinas en el año 2007

ESTABLECIMIENTO	SI	NO
Hosp. Luís Razzetti	2%	8%
Hosp. Materno Infantil	10%	0%
Ambulad. Los Pozones	1%	9%
TOTAL	13%	17%
PORCENTAJE	43,33%	56,66%

Luego de unas pruebas de diagnostico para detectar si el paciente padece de cáncer o no, el personal prestador del servicio de salud debería estar capacitado para informar, aconsejar o recomendar cómo reducir el riesgo de desarrollar un cáncer de mama y de esta forma contribuir a los objetivos del Programa de Control. Llama la atención en estos resultados obtenidos que el 56,66% de las personas entrevistadas dicen que no han sido capacitadas sobre la prevención y el diagnostico temprano y oportuno del cáncer de mama. En esta falta de capacitación tal vez puede encontrarse la razón para que los programas de prevención del cáncer mamario aún no hayan tenido el éxito esperado, tomando en cuenta que la única garantía para disminuir su impacto es el diagnóstico temprano. Los resultados evidencian que tan solo un 43,33% de este personal dice que se encuentra capacitado sobre la prevención del diagnostico temprano, lo cual es de suma importancia para que el avance del Programa sea efectivo en la población femenina.

CUADRO Nº 4

Capacitación del personal para realizar el examen físico de glándulas mamarias como prevención del cáncer de mama en los establecimientos de salud de la Dirección Regional de Salud del Estado Barinas en el Municipio Barinas del Estado Barinas en el año 2006.

ESTABLECIMIENTO	SI	NO
Hosp. Luís Razzetti	4%	6%
Hosp. Materno Infantil	10%	0%
Ambulad. Los Pozones	6%	4%
TOTAL	20%	10%
PORCENTAJE	66,66%	33,33%

El examen físico de glándulas mamarias es el inicio para descartar alguna anomalía que se encuentren en la mamas (senos) ya que el segundo paso son los exámenes paraclinicos, entre ellos la mamografía, el eco mamario, dependiendo de la edad. Allí radica la importancia de que el personal prestador del servicio de salud, se encuentre capacitado para que este examen sea de rutina para el paciente, para de esta forma afianzar la salud física del mismo. Los resultados reflejan un 66,66% del personal dice que si realiza dicho examen físico, lo cual parece demostrar que en su mayoría emplean las técnicas que el Programa de Control de Cáncer de Mama sugiere. Sin embargo una vez más se observa que el porcentaje mayor corresponde al hospital materno infantil Iván Darío Maldonado, seguido por el Ambulatorio Urbano “Dr. Luís Fortuol Saavedra” (Los Pozones).

CUADRO Nº 5

Capacitación con respecto a los medios tecnológicos utilizados para el diagnostico del Cáncer de Mama en los establecimientos de salud de la Dirección Regional de Salud del Estado Barinas en el Municipio Barinas del Estado Barinas en el año 2006.

ESTABLECIMIENTO	SI	NO
Hosp. Luís Razzetti	3%	7%
Hosp. Materno Infantil	5%	5%
Ambulad. Los Pozones	1%	9%
TOTAL	9%	21%
PORCENTAJE	30%	70%

Hoy en día existen diferentes técnicas de diagnóstico por la imagen como lo son la Mamografía, Ecografía mamaria, Resonancia magnética y la Tomografía por emisión de positrones, (T.E.P. o P.E.T.), entre otros. De estos procedimientos el más importante, el más específico y el más usado es la mamografía, una radiografía obtenida en un aparato de rayos X que ha sido diseñado especialmente para estudiar las mamas. Otras técnicas, como la galactografía, la neumoquistografía y la neumooncografía, representan variantes de la mamografía en las que se asocian técnicas invasivas para precisar el estudio de determinadas alteraciones, en los casos de cancer de mama. Llama la atención que el análisis de los resultados refleja que un 30% de los encuestados dicen que han sido capacitados en base a las técnicas de diagnostico, mientras que el otro 70% no ha recibido el adiestramiento adecuado para manejar dichas técnicas. Esto es importante, ya que la ecografía mamaria es un método auxiliar, muy útil en numerosas ocasiones y en algunas circunstancias puede llegar a ser la principal técnica diagnóstica por la imagen. Harrinson (1994) hace referencia a la importancia de estar capacitado con respecto a los diferentes métodos para el diagnostico de la

patología del cáncer, así como el autoexámen, el examen físico realizado por el especialista, exámenes paraclínicos entre los cuales los mas comunes son la ecosonografía de mama, citopunción o aspiración, biopsia, mamografía y resonancia magnética.

CUADRO Nº 6

Conocimiento del personal para el tratamiento de Cáncer de Mama en los establecimientos de salud de la Dirección Regional de Salud del Estado Barinas en el Municipio Barinas del Estado Barinas en el año 2006.

ESTABLECIMIENTO	SI	NO
Hosp. Luís Razzetti	3%	7%
Hosp. Materno Infantil	9%	1%
Ambulad. Los Pozones	5%	5%
TOTAL	17%	13%
PORCENTAJE	56,66%	43,33%

El cáncer de mama es el tumor para el que se cuenta con más "armas terapéuticas": Cirugía, Radioterapia, Quimioterapia, Tratamiento Hormonal. Unas tienen un campo de acción local o regional, como ocurre con la cirugía y la radioterapia. En cambio, el tratamiento hormonal y la quimioterapia extienden su acción a todo el organismo y son generalmente complemento de las primeras. Los resultados demuestran que el 56,66% de la población estudio dice que si conoce las técnicas alternativas y definitivas para el tratamiento de Cáncer de Mama y esto podría ayudar a la selección del tratamiento en cada caso, su correcta aplicación en el tiempo y en la forma para constituir la base para lograr los mejores resultados. No obstante, los datos reflejan que el mayor nivel de conocimientos parecen concentrarse en el hospital materno infantil, por cuanto los porcentajes señalan un bajo nivel en el Hospital Luís Razzetti.

CUADRO Nº 7

Porcentaje por tipo de Cáncer en el Hospital “Dr. Luís Razzeti” del Municipio Barinas del Estado Barinas, año 2006

Nº	TIPO DE CANCER	Nº DE CASOS	%
1.	COLON	7	3,24
2.	PENE	1	0,46
3.	***MAMAS***	***20***	***9,25***
4.	CUELLO UTERINO	36	16,66
5.	HEPATICO	8	3,69
6.	PANCREAS	7	3,24
7.	ESTOMAGO	13	6,01
8.	OVARIOS	23	10,64
9.	ENDOMETRIO	12	5,55
10.	OSEO	10	4,62
11.	RODILLA	4	1,85
12.	LINFOMA NO HODGKING	9	4,16
13.	NEUROENDOCRINO	1	0,46
14.	RECTOSIGMOIDEO	7	3,24
15.	PULMONAR	10	4,62
16.	FARINGE	1	0,46
17.	LEUCOSIS	3	1,38
18.	TIROIDES	1	0,46
19.	CEREBRAL	2	0,92
20.	VEJIGA	2	0,92
21.	RENAL	2	0,92
22.	PROSTATA	8	3,70
23.	TESTICULO	1	0,46
24.	ABDOMINAL	3	1,38
25.	CARA	7	3,24
26.	MANO	1	0,46
27.	ROBDOMIOSARCOMA	1	0,46
28.	HIPOCONDRIO	1	0,46
29.	MELANOMA EN TALON	1	0,46
30.	LEUCEMIA	4	1,85
31.	VESICULA	2	0,92
32.	PERITONEAL	2	0,92
33.	NEFROBLASTOMA	2	0,92
34.	CORNEA	1	0,46
35.	COLUMNA	2	0,92
36.	APENDICE	1	0,46
	TOTAL	216	100
	PORCENTAJE	216 CASOS	100%

Fuente: Servicio de Historias Medicas del Hospital “Dr. Luís Razzeti” del Municipio Barinas del Estado Barinas. Año 2007

Quizás sea una de las palabras más utilizada y que más impresiona cuando se habla de salud y de su reverso, la enfermedad.

Cáncer es el término y se emplea para un grupo de enfermedades que tienen un denominador común: la transformación de la célula normal en otra que se comporta de forma muy peligrosa para el cuerpo humano. Mediante este analisis se aprecian los tipos de cáncer más frecuentes en nuestra sociedad, y los cuales son reportados por el Hospital de referencia “Dr. Luís Razzeti” del Municipio Barinas, del Estado Barinas, en el año 2006, en la cual se denota claramente que el cancer de cuello uterino, el cancer de ovario y el cancer de mama alcanzan los mas altos índices de presencia en la población, y por lo tanto se ocupan los tres primeros lugares de incidencia.

CUADRO Nº 8

Reporte mensual por casos de cáncer en sus diferentes tipos en el Hospital “Dr. Luís Razzeti” del Municipio Barinas en el año 2006

MES	Nº DE CASOS	%
ENERO	*25*	*11,57*
FEBRERO	23	10,64
MARZO	*25*	*11,57*
ABRIL	*12*	*5,55*
MAYO	27	12,5
JUNIO	*29*	*13,42*
JULIO	25	11,57
AGOSTO	18	8,33
SEPTIEMBRE	12	5,55
OCTUBRE	*14*	*6,48*
NOVIEMBRE	*5*	*2,31*
DICIEMBRE	1	0,46
TOTAL	**216**	**100**
PORCENTAJE	100%	100%

Fuente: Servicio de Historias Medicas del Hospital “Dr. Luís Razzeti” del Municipio Barinas del Estado Barinas. Año 2007

En base a los resultados estadísticos obtenidos, es de hacer notar que el mes de junio tuvo mas casos diagnosticados con cáncer en dicho establecimiento de salud, representando un 13,42%. En orden de número de casos diagnosticados por mes, el segundo lugar lo ocupó el mes de mayo con un 12,5 %, y en tercer lugar enero y marzo con un 11,57% cada uno. Sin embargo, es importante destacar que los casos de mama, objetivos de

estudio de este Trabajo de Grado, se presentaron en los meses de Enero (5 casos), Marzo (2 casos), Abril (1 caso), Junio (4 casos), Octubre (5 Casos) y Noviembre (3 casos).

CUADRO Nº 9

Porcentaje de los diferentes casos de Cancer en el Ambulatorio Urbano "Dr. León Fortoul Saavedra" de los Pozones en el Municipio Barinas, Año 2006

Nº	TIPO DE CANCER	Nº DE CASOS	%
1.	ADENOCARCINOMA METASTASICO	1	6,66
2.	VPH	1	6,66
3.	ENDOMETRIO	2	13,33
4.	CUELLO UTERINO	10	66,66
5.	***MAMAS***	***1***	***6,66***
	TOTAL	15	6,94
	PORCENTAJE	100%	100%

Fuente: Servicio de Historias Medicas del Ambulatorio Urbano "Dr. León Fortoul Saavedra", año 2007

En el presente caso, como se observa en la gráfica solo existe un (1) caso por cancer de mama en este establecimiento de salud para el año 2006, según los reportes. Manteniéndose asi, también en dicho establecimiento el tercer lugar ocupado por esta tipología de cancer. Siendo el cancer de cuello uterino y endometrio los mas comunes.

CUADRO Nº 10

Porcentaje del reporte mensual por casos de diferentes tipos de Cáncer en el Ambulatorio Urbano "Dr. León Fortoul Saavedra", año 2006

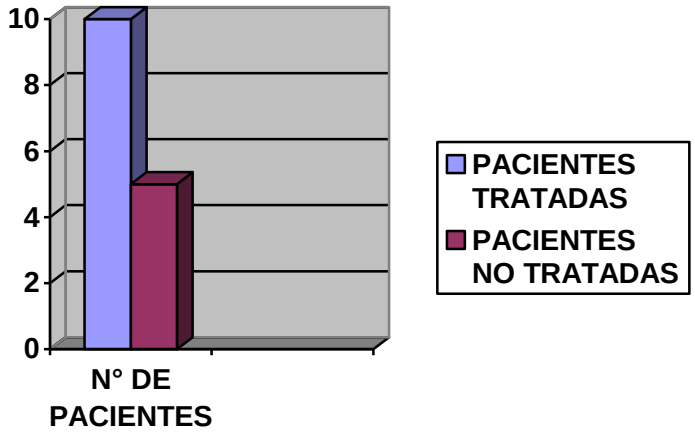
MES	Nº DE CASOS	%
ENERO	5	33,33
FEBRERO	3	20
MARZO	3	20
ABRIL	0	0
MAYO	***4***	***26,66***
JUNIO	0	0
JULIO	0	0
AGOSTO	0	0
SEPTIEMBRE	0	0
OCTUBRE	0	0
NOVIEMBRE	0	0
DICIEMBRE	0	0
TOTAL	**15**	**100**
PORCENTAJE	100%	100%

Fuente: Servicio de Historias Medicas del Ambulatorio Urbano "Dr. León Fortoul Saavedra", año 2007

Es importante conocer y comparar la incidencia mensual con la que el cancer de mama ha sido objetivo de estudio en la población del Municipio Barinas que acude a los centros hospitalarios en busca de un diagnostico precoz y preventivo. En el mes de Mayo se reportaron 4 casos de cáncer, de los cuales solo un caso fue de cáncer de mama.

CUADRO Nº 11

Numero de Pacientes tratadas y no tratadas con Cáncer de mama en el Ambulatorio Urbano "Dr. León Fortoul Saavedra", año 2006



Fuente: Servicio de Historias Medicas del Ambulatorio Urbano "Dr. León Fortoul Saavedra", año 2007

Más de un millón de mujeres en el mundo reciben cada año el diagnóstico de cáncer de mama. Los médicos emplean la cirugía para extirpar el cáncer y luego la radioterapia para acabar con las células malignas que puedan quedar. La quimioterapia y el tamoxifeno, un tratamiento hormonal para los cánceres sensibles al estrógeno, suelen recomendarse como terapias adicionales, cuando es necesario, para impedir la reaparición de la enfermedad. De esta forma se pretende disminuir la tasa de mortalidad por cancer de mama en la población femenina, inclusive son los objetivos del Programa de Control de Cancer de Mama. Sin embargo, según los reportes del año 2006 pertenecientes al Ambulatorio Urbano "Dr. León Fortoul Saavedra" indican que no tienen índice de mortalidad por cancer. Asi como también informan un numero de 10 pacientes tratadas, de las cuales solo una (1) recibe tratamiento por cancer de mama.

CUADRO Nº 12

Porcentaje de los diferentes casos de Cancer en el Hospital Materno Infantil "Dr. Samuel Darío Maldonado Angarita" del Municipio Barinas Año 2006

Nº	TIPO DE CANCER	Nº DE CASOS	%
1.	COLON	3	3,22
2.	***MAMA***	***8***	***8,60***
3.	CUELLO UTERINO	22	23,65
4.	HEPATICO	1	1,07
5.	PANCREAS	3	3,22
6.	ESTOMAGO	5	5,37
7.	OVARIOS	16	17,20
8.	ENDOMETRIO	8	8,60
9.	OSEO	2	2,15
10.	RODILLA	1	1,07
11.	LINFOMA NO HODGKING	4	4,30
12.	RECTOSIGMOIDEO	2	2,15
13.	PULMONAR	4	4,30
14.	FARINGE	1	1,07
15.	TIROIDES	2	2,15
16.	CEREBRAL	1	1,07
17.	VEJIGA	1	1,07
18.	RENAL	1	1,07
19.	ABDOMINAL	2	2,15
20.	CARA	2	2,15
21.	LEUCEMIA	2	2,15
22.	VESICULA	1	1,07
23.	APENDICE	1	1,07
	TOTAL	93	100
	PORCENTAJE	93 CASOS	100%

Fuente: Servicio de Historias Medicas del HMI. Año 2007

El cáncer se está convirtiendo en un factor cada vez más importante en la carga de morbilidad mundial. Actualmente hay 24,6 millones de personas con cáncer; se calcula que en 2020 habrá 30 millones. Para entonces, el cáncer podría matar a más de 10 millones de personas al año. De esta forma, en el Municipio Barinas para el año 2006, se reportó un total de 93 casos de cancer diagnosticados en el HMI "Dr. Samuel Darío Maldonado A." Ocupando el cancer de mama el tercer lugar, con un numero de ocho (8) casos que representan un 8,60% de los casos de cancer.

CUADRO Nº 13

Índice porcentual del reporte mensual por casos de Cancer en el HMI “Dr. Samuel Darío Maldonado A”, año 2006

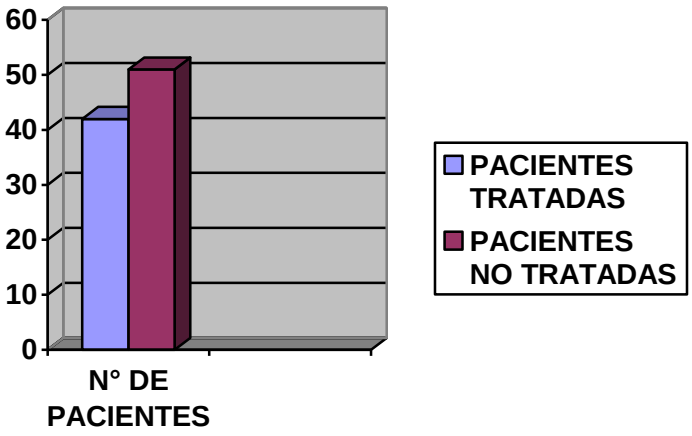
MES	Nº DE CASOS	%
ENERO	4	17,20
FEBRERO	8	8,60
MARZO	*3*	*3,22*
ABRIL	12	12,90
MAYO	6	6,45
JUNIO	3	3,22
JULIO	*11*	*11,82*
AGOSTO	4	17,20
SEPTIEMBRE	*12*	*12,90*
OCTUBRE	12	12,90
NOVIEMBRE	7	7,52
DICIEMBRE	11	11,82
TOTAL	**93**	**100**
PORCENTAJE	93 CASOS	100%

Fuente: Servicio de Historias Medicas del HMI. Año 2007

En el Hospital Materno Infantil “Dr. Samuel Darío Maldonado Angarita” del Municipio Barinas del Estado Barinas, en el año 2006 fueron reportados ocho (8) casos por cancer de mama. En el mes de marzo se diagnostican 3 tipos de cáncer, de los cuales solo 1 paciente se reporta como caso de cáncer de mama, en el mes de julio 11 pacientes, de los cuales solo 4 pacientes fueron por cáncer de mama y en el mes de septiembre fueron 12 casos de cáncer, de los cuales solo 3 pacientes fueron diagnosticados por cancer de mama.

CUADRO Nº 14

Numero de pacientes tratadas y no tratadas con Cáncer de mama en el Hospital Materno Infantil “Dr. Samuel Darío Maldonado Angarita” año 2006



Fuente: Servicio de Historias Medicas del HMI. Año 2007

La Organización Mundial de la Salud (OMS) estima que actualmente una de cada ocho pacientes que son diagnosticadas con cáncer de mama muere. En 2005, la cifra de mortalidad a causa de esta enfermedad ascendió a 502 mil mujeres, lo que constituye el 7% del total de las muertes por cáncer a nivel mundial. Sin embargo, el HMI alcanzó un número de 14 pacientes fallecidos, de los cuales dos (2) fallecieron por cancer de mama. De esta forma, el Departamento de Registro y Estadística de esta institución informó que un total de 42 pacientes con cancer reciben tratamiento, de las cuales 7 pacientes es por cancer de mama.

ANEXOS

Glosario de términos oncológicos

Fuente: AstraZéneca. Abril 2005

Agonista de la LHRH (aLHRH); Agonistas de la hormona liberadora de hormona luteinizante (agonistas de la LHRH): fármaco que inhibe la secreción de hormonas sexuales. En varones, los agonistas de la LHRH reducen los niveles de testosterona. En mujeres, los agonistas de la LHRH reducen los niveles de estrógenos y otras hormonas sexuales.

Agonistas de la hormona liberadora de gonadotrofinas (aGnRH): Otro nombre de los agonistas de la hormona liberadora de hormona luteinizante (aLHRH)

Análogo: compuesto que se parece a otro en estructura.

Andrógeno: término genérico para una hormona masculina, habitualmente la testosterona, que es responsable de estimular la actividad en los órganos sexuales masculinos y que fomenta el desarrollo de las características sexuales masculinas (vello facial, voz profunda, etc.).

Antiandrógeno: sustancia o fármaco que reduce la actividad de un andrógeno en los tejidos sensibles (en este caso, la glándula prostática) impidiendo la unión del andrógeno al tejido sensible.

Antígeno prostático específico (PSA): sustancia (glicoproteína) secretada por la glándula prostática. El PSA se secreta en el semen y una pequeña parte entra en el torrente sanguíneo. Los niveles están elevados en casos de cáncer de próstata y otras enfermedades de la próstata.

Bicalutamida: antiandrógeno no esteroideo que tiene una estructura similar a la de la hormona sexual masculina testosterona. Actúa bloqueando el receptor androgénico e impidiendo que la testosterona se fije (se una) a los receptores en la superficie de las células del cáncer de próstata.

Biopsia: pequeña muestra de un órgano tomada para examen al microscopio. La biopsia de la próstata generalmente se realiza con ayuda de la ecografía, que muestra al médico exactamente dónde colocar la aguja de biopsia, de calibre grueso.

Bloqueo androgénico combinado: tratamiento hormonal en el que se combinan un fármaco antiandrogénico con un análogo de la LHRH u orquidectomía con la intención de aumentar el efecto del tratamiento. También denominado bloqueo androgénico máximo (BAM) o bloqueo androgénico total.

Bloqueo androgénico máximo (MBA) o bloqueo androgénico total (BAT): véase Bloqueo androgénico combinado.

Bloqueo androgénico total: véase Bloqueo androgénico combinado.

Braquiterapia: tipo de radioterapia interna, que conlleva la implantación de pequeñas semillas radiactivas en la próstata.

Castración: detención de la función testicular mediante:
• extirpación quirúrgica de los testículos, también denominada orquidectomía
• análogos de la LHRH para inducir una castración médica

Cirugía con conservación de nervios: técnica quirúrgica especializada de prostatectomía radical. La glándula prostática se encuentra muy próxima a los nervios conectados con la función sexual y estos nervios pueden lesionarse durante la cirugía, produciendo impotencia. La cirugía con conservación de los nervios puede conservar estos nervios y reducir los efectos secundarios de impotencia posquirúrgica.

Ecografía transrectal: en los estudios ecográficos se emplean ondas de sonido para construir una imagen de la parte interior del cuerpo. Para estudiar la próstata, se hace pasar una pequeña sonda hacia el recto. Este tipo de estudio se usa para medir el tamaño y la densidad de la próstata.

Espera vigilante: manejo del paciente con cáncer de próstata, que consiste en no realizar ninguna intervención quirúrgica ni médica inmediatamente, pero sí controlar el cáncer con la realización de PSA en sangre periódicos y tactos rectales. Los tratamientos activos se retrasan hasta que el cáncer produce síntomas molestos o hay pruebas de progresión de la enfermedad. En la espera vigilante, el médico sopesa el impacto de los tratamientos sobre la calidad de vida de un paciente frente a los síntomas producidos por la enfermedad.

Estadio de la enfermedad: la medida en la que el cáncer está limitado al órgano de origen o se ha diseminado a otra parte del cuerpo. El tipo de tratamiento que se ofrece a un paciente está determinado por el estadio de la enfermedad.

Flutamida: fármaco anticanceroso que pertenece a la familia de los denominados antiandrógenos.

Hiperplasia prostática benigna (HPB): aumento de tamaño de la glándula prostática. A medida que los hombres envejecen, la próstata aumenta lentamente de tamaño y puede presionar sobre la uretra haciendo que el flujo de orina sea más lento y tenga menos fuerza. “Benigna” significa que no es maligna o cancerosa.
Histopatología: identificación al microscopio de una estructura y estudio de tejidos y procesos patológicos.

Hormona liberadora de hormona luteinizante (LHRH): esta hormona se secreta en una parte del cerebro (el hipotálamo) y estimula la secreción de hormona luteinizante por la hipófisis.

Hormona luteinizante (LH): esta hormona es secretada por la hipófisis y estimula la secreción de hormonas sexuales tanto en varones como en mujeres actuando sobre los testículos en los varones y los ovarios en las mujeres.

Impotencia: incapacidad repetida para conseguir o mantener una erección lo suficientemente firme para una relación sexual. Ocasionalmente, otros problemas sexuales como la falta de deseo sexual y los problemas en la eyaculación o el orgasmo pueden etiquetarse bajo el término “impotencia”.

Incontinencia: la incontinencia o incontinencia urinaria es la incapacidad para controlar la micción.

Inyección subcutánea: inyección en la capa de grasa entre la piel y el músculo para administrar la medicación.

Linfa: líquido casi transparente que proviene de los tejidos del organismo y es devuelto a la sangre por el sistema linfático. La linfa drena desechos de las células; la linfa está constituida por:

• quilo – líquido procedente de los intestinos después de la digestión, que contiene proteínas y grasas

• algunos glóbulos rojos

• muchos glóbulos blancos, especialmente linfocitos – las células que atacan a las bacterias en la sangre

Maligno: que tiene las propiedades de crecimiento canceroso.

Metástasis: extensión del cáncer desde su localización primaria a áreas próximas o distantes a través de la sangre y/o la linfa.

Morbilidad: incidencia relativa de una enfermedad concreta en una población, incluyendo tanto los casos mortales como los no mortales. La proporción de muertes en un área respecto a la población de esa área, expresada por 1.000 por año.

Orquidectomía u orquiectomía: extirpación quirúrgica de los testículos, la principal fuente de hormonas masculinas.

Progresión: se produce progresión cuando un tumor vence la inhibición del crecimiento producida por un tratamiento concreto y comienza a crecer de nuevo.

Pronóstico: descripción de la evolución y resultado probables de un proceso patológico.

Próstata: glándula dura, parcialmente muscular, del tamaño de una nuez que se encuentra en los varones, situada por debajo del cuello vesical; produce una secreción viscosa que forma parte del semen.

Prostatectomía/prostatectomía radical: tratamiento frecuente del cáncer de próstata que implica una cirugía mayor para extirpar toda la próstata y parte del tejido circundante. También pueden tomarse muestras de los ganglios linfáticos pélvicos para biopsia. La prostatectomía radical es un tratamiento recomendado para el cáncer de próstata en estadio precoz. Un médico ofrecerá prostatectomía radical sólo cuando no haya indicios de que el cáncer se haya extendido más allá de la próstata.

Quimioterapia: prevención o tratamiento de la enfermedad mediante el uso de sustancias químicas. El término quimioterapia habitualmente se refiere al tratamiento del cáncer usando fármacos anticancerosos (citotóxicos) para destruir las células cancerosas.

• **quimioterapia adyuvante:** tratamiento adicional que habitualmente se administra después de la cirugía o la radioterapia para destruir cualquier célula cancerosa remanente
• **quimioterapia combinada:** tratamiento que combina varios tipos de fármacos de quimioterapia para mejorar los resultados

Radiation Therapy Oncology Group (RTOG): grupo de investigación clínica norteamericano y de renombre mundial que realiza ensayos para mejorar la supervivencia y la calidad de vida de pacientes con cáncer.

Radioterapia externa (RTE) Fuente de radiación externa empleada para destruir el área enferma (habitualmente cancerosa). Las células en división

son más sensibles a la radioterapia, porque su ADN es vulnerable a las roturas inducidas por la irradiación.

Radioterapia: uso de haces de rayos X de alta energía dirigidos a la localización tumoral desde fuera del cuerpo. Estos haces destruyen a las células cancerosas, impidiendo que el tumor crezca. Las células normales también se ven afectadas durante el tratamiento, pero son capaces de repararse a sí mismas.

Rastreo óseo isotópico: prueba que detecta anomalías en los huesos. Se inyecta en vena una pequeña cantidad de material radiactivo conocido como radioisótopo que será captado por los huesos. Las imágenes se toman usando una gammacámara. Las alteraciones en los huesos se muestran como “puntos calientes” en el rastreo. El radioisótopo es eliminado del cuerpo por la orina.

Resección transuretral (RTU): cirugía realizada con un instrumento telescópico especial insertado a través de la uretra.

M: emplea un campo magnético para construir una imagen del interior del cuerpo. Los estudios de RM pueden usarse para realizar vistas transversales del cuerpo en gran detalle. Es posible obtener imágenes de casi cualquier ángulo con una RM, mientras que una TC muestra sólo imágenes horizontales.

Tacto rectal (TR): técnica de exploración física realizada por un médico, que consiste en introducir en el recto un dedo enguantado, lubricado, para tocar la próstata y determinar así su tamaño y si contiene alguna masa que pueda ser cancerosa.

TC (tomografía computadorizada): procedimiento radiológico que proporciona imágenes internas detalladas de los órganos del cuerpo.

Testosterona: hormona sexual masculina producida por los testículos.

Tratamiento adyuvante: tratamiento adicional administrado inmediatamente después de la radioterapia o la cirugía para destruir cualquier célula cancerosa que podría quedar después de esos tratamientos.

Tratamiento hormonal neoadyuvante: tratamiento hormonal administrado antes del tratamiento primario. El tratamiento neoadyuvante puede incluir quimioterapia, radioterapia y hormonoterapia.

Tratamiento hormonal: empleado en el tratamiento del cáncer de próstata. Compuestos químicos sintéticos que interfieren en la producción o acción de las hormonas masculinas que estimulan el crecimiento del tumor prostático.

Tratamiento intermitente o bloqueo androgénico intermitente Tratamiento cíclico con hormonas (p. ej., aLHRH o antiandrógenos) con períodos alternantes sin tratamiento.

Urografía intravenosa (UIV): prueba empleada para estudiar todo el sistema urinario (riñones, vejiga y uréteres). Se inyecta un contraste en una vena y luego circula a través del torrente sanguíneo hasta los riñones. Puede observarse el contraste mediante rayos X. Esta prueba suele realizarse para valorar si el cáncer está obstruyendo el paso de orina.

Vigilancia activa: monitorización estrecha del paciente para identificar a aquellos que se beneficiarán de un tratamiento radical precoz. Véase también Espera vigilante.