



Universidad de Zaragoza
Facultad de Ciencias de la Salud

Grado en Enfermería

Curso Académico 2014/2015

TRABAJO FIN DE GRADO

Cáncer de mama en varones, embarazadas, jóvenes y ancianas: estrategias de prevención y tratamiento en Atención Primaria.

Autor/a: Rita Domingo Alfaro

Tutor/a: Elena Altaribas Bolsa

ÍNDICE

1. RESUMEN	2
2. INTRODUCCIÓN	4
3. OBJETIVOS	7
4. METODOLOGÍA	8
4.1 Planificación del Proyecto	8
4.2 Búsqueda Bibliográfica	9
4.3 Diseño de estudio	11
5. DESARROLLO	12
5.1 Planificar	12
5.2 Do (Hacer)	19
5.3 Check (Evaluar)	25
5.4 Act (Ajustar)	29
6. CONCLUSIONES	29
7. BIBLIOGRAFÍA	30
8. ANEXOS	34
Anexo I	34
Anexo II	35
Anexo III	37
Anexo IV	41

1. RESUMEN

Introducción: El cáncer de mama es una enfermedad cada vez más presente en las consultas de Atención Primaria y que afecta a todas las esferas de la vida. La literatura avala el interés que existe en conocer en profundidad esta patología para optimizar la atención de los pacientes con los mejores recursos disponibles.

Objetivos: Mejorar la atención a pacientes con cáncer de mama, varones, embarazadas y mujeres de edades extremas -jóvenes y ancianas- en Atención Primaria de la comunidad autónoma de Aragón, a través, de identificar en la literatura actual las estrategias de prevención y tratamiento del cáncer de mama y de describir los indicadores de evaluación.

Metodología: La metodología del trabajo está basada en el ciclo de Deming o ciclo "PDCA". Siendo el ámbito del estudio: Los EAP (Equipos de Atención Primaria) de la Comunidad de Aragón y los sujetos de estudio: profesionales de Atención Primaria.

Conclusiones: Resulta esencial promover una adecuada prevención y tratamiento del cáncer de mama desde su inicio, Atención Primaria. Donde existe una mayor variabilidad de criterios de actuación ante el cáncer de mama en general, y en mayor medida, en situaciones especiales: varones, embarazadas, jóvenes y ancianas.

Palabras clave: Cáncer de mama, varón, embarazo, joven, anciana, Atención Primaria, enfermería.

ABSTRACTS

Introduction: Breast cancer is a disease which its presence has increased in the primary healthcare centers affecting to all spheres of social life. The literature supports the importance of a deep knowledge of this pathology to optimize the patients care with the best available resources.

Objectives: Improve the breast cancer patients care for males, pregnant and extreme aged women -young and old- in the Primary Healthcare of the Aragón area, by mean of identification in the current literature of prevention and treatment strategies of breast cancer and description of evaluation indicators.

Methodology: It is based in the Deming cycle or “PDCA” cycle. Being the scope of the study: the PHE (Primary Healthcare Equipments) of the Aragón area, and the fellows under study: Primary Healthcare professionals.

Conclusions: It is essential to promote an suitable prevention and treatment to breast cancer since its inception, primary healthcare. Where there is a greater variability criteria for action against breast cancer in general, and even more so, in special situations: men, pregnant, young and old women.

Key words: breast cancer, male, pregnancy, young woman, old woman, Primary Healthcare, nursing.

2. INTRODUCCIÓN

El cáncer de mama es la quinta causa de mortalidad y una de las principales causas de morbilidad en todo el mundo, afectando principalmente a la población femenina. Es el segundo tipo de cáncer más frecuente a nivel mundial, después del de pulmón, siendo el 12% de todos los nuevos casos de cáncer en la población total y representando el 25% de los cánceres en las mujeres^{1,2}.

En España es la primera causa de cáncer y de mortalidad por cáncer en la población femenina, se diagnostican en torno a los 22.000 nuevos casos al año, cuya mayoría se encuentran en edades comprendidas entre los 35 y 80 años, con un máximo entre los 45 y los 65. Se estima que una de cada ocho mujeres padecerá esta enfermedad a lo largo de su vida^{3,4}. Según el Instituto Nacional de Estadística (INE), durante el año 2013 se produjeron un total de 6.589 defunciones por cáncer de mama, 112 de las cuales correspondían a hombres y 6.477 a mujeres⁵.

En las últimas décadas, se ha producido un aumento de la incidencia de cáncer de mama, probablemente debido a un envejecimiento de la población y a una detección más temprana de la enfermedad. Como resultado, cada año, las tasas de incidencia aumentan en torno a un 1-2⁶.

A nivel global, la incidencia del cáncer de mama ha aumentado de un 50 a un 100% en los últimos 20 años, y se estima que siga aumentando de un 50 a un 75% hasta 2020. Aproximadamente 1,38 millones de mujeres son diagnosticadas de cáncer de mama cada año, produciéndose cada tres minutos una nueva diagnosis⁷.

El tamaño del tumor es determinante ya que a mayor crecimiento existe mayor posibilidad de presentar metástasis, por vía linfática y/o hemática⁸. Por lo tanto, realizar un diagnóstico precoz es esencial, pues no solo se diagnostican los tumores con un tamaño menor, sino que existen más opciones de tratamiento, así como mayores posibilidades de supervivencia

a largo plazo y una reducción de la mortalidad por la neoplasia. Por este motivo en los últimos años, la lucha contra el cáncer de mama se ha centrado en la prevención secundaria o diagnóstico precoz⁹⁻¹⁶.

En general, las sociedades científicas y los planes de salud recomiendan la mamografía de cribado en población de riesgo medio¹⁷. Sin embargo, el cribado por mamografía del cáncer de mama además de beneficios también conlleva riesgos. Resultados de una revisión sistemática (RS) Cochrane estiman que la reducción de la mortalidad, por realizarse mamografía, en función de los ensayos clínicos aleatorizados de mayor calidad, es mucho menor que la que se presuponía. Esta RS cuantifica el riesgo de sobrediagnóstico (casos que dejados a su evolución natural nunca se hubieran diagnosticado), sobretratamiento, falsos positivos y ansiedad¹⁷⁻²¹. A pesar de todas las controversias la mamografía sigue siendo la prueba de elección para el cribado y su efectividad está ampliamente probada, aunque el tamizaje basado en esta técnica es muy complejo y absorbe muchos recursos²¹.

El cáncer de mama es una enfermedad prevalente que afecta a las mujeres en todas las etapas de su vida, aunque la mayoría ocurren en mujeres posmenopaúsicas, datos nacionales del año 2010 mostraban una tasa de incidencia ascendente en mujeres menores de 45 años en torno a 30 casos/100.000 mujeres-año. La tercera parte de los cánceres de mama se diagnostican en mujeres con edad igual o superior a 70 años, existiendo un pico entre los 75-79años y una de cada 15 mujeres en ese grupo de edad va a desarrollar este tumor²²⁻²⁴. El cáncer de mama asociado al embarazo es uno de los tumores más frecuentes en mujeres gestantes y en periodo de lactancia, se diagnostica, por término medio en 1 de cada 3.000 gestaciones y la edad media de aparición en la mujer embarazada es de 36 años²⁵.

El cáncer de mama también se manifiesta en el varón ocasionando cerca del 0,1% de la mortalidad por cáncer en el hombre, durante los últimos 20 años se ha objetivado un incremento en su incidencia (0,86-1,06/100.000habitantes)²⁶⁻²⁸.

En Aragón lo padecen al año 75,7 por cada 100.000mujeres. Alrededor de 200 mujeres aragonesas fallecen de cáncer de mama cada año, con un número de diagnósticos anuales que alcanzan el millar y entre 25.000 - 30.000 mujeres padece este proceso oncológico, en sus distantes fases²⁹.

El número de casos, en Aragón, aumenta siguiendo la tendencia nacional. Este crecimiento de la incidencia repercute en el primer nivel asistencial, aumentando la frecuencia de las consultas sobre enfermedad mamaria. El médico de familia y los profesionales de enfermería han de conocer los nuevos procedimientos diagnósticos, tratamientos, colaborar en la realización y elaboración de los programas de cribado poblacional, y derivar a atención especializada a los pacientes con enfermedad mamaria indicativa de malignidad. Asimismo, han de ofrecer consejo terapeútico y soporte emocional a los pacientes con el fin de mitigar el sufrimiento y la incertidumbre que esta enfermedad produce^{29,30}.

Por todo ello, es importante que los profesionales de la salud de Atención Primaria, especialmente los de enfermería, cuyo papel principal es la educación sanitaria, tengan una visión actualizada basada en la evidencia y práctica sobre la enfermedad que permita resolver los interrogantes que se presentan en la consulta, facilitar respuestas a los pacientes que lo soliciten y en definitiva, permanecer a su lado a lo largo de la enfermedad con la tranquilidad del conocimiento^{20,30}.

3. OBJETIVOS

Objetivo principal:

Mejorar la atención a pacientes con cáncer de mama, varones, embarazadas y mujeres de edades extremas -jóvenes y ancianas- en Atención Primaria de la comunidad autónoma de Aragón.

Objetivos específicos:

1. Identificar a través de la literatura las estrategias de prevención y tratamiento del cáncer de mama en pacientes varones, embarazadas y mujeres de edades extremas -jóvenes y ancianas-.
2. Fomentar las buenas prácticas relacionadas con cáncer de mama, varones, embarazadas y mujeres de edades extremas -jóvenes y ancianas- entre los profesionales de enfermería de Atención Primaria de la comunidad autónoma de Aragón.
3. Describir los indicadores de evaluación identificados en la literatura relacionados con el cáncer de mama en Atención Primaria.

4. METODOLOGÍA

4.1 Planificación del Proyecto

Para la planificación del diseño del trabajo fin de grado se ha elaborado un diagrama de Gantt, en el que se ha planteado una distribución por meses. En color azul se especifica el tiempo planeado inicialmente y en amarillo el tiempo real para la elaboración de cada parte del proyecto³¹.

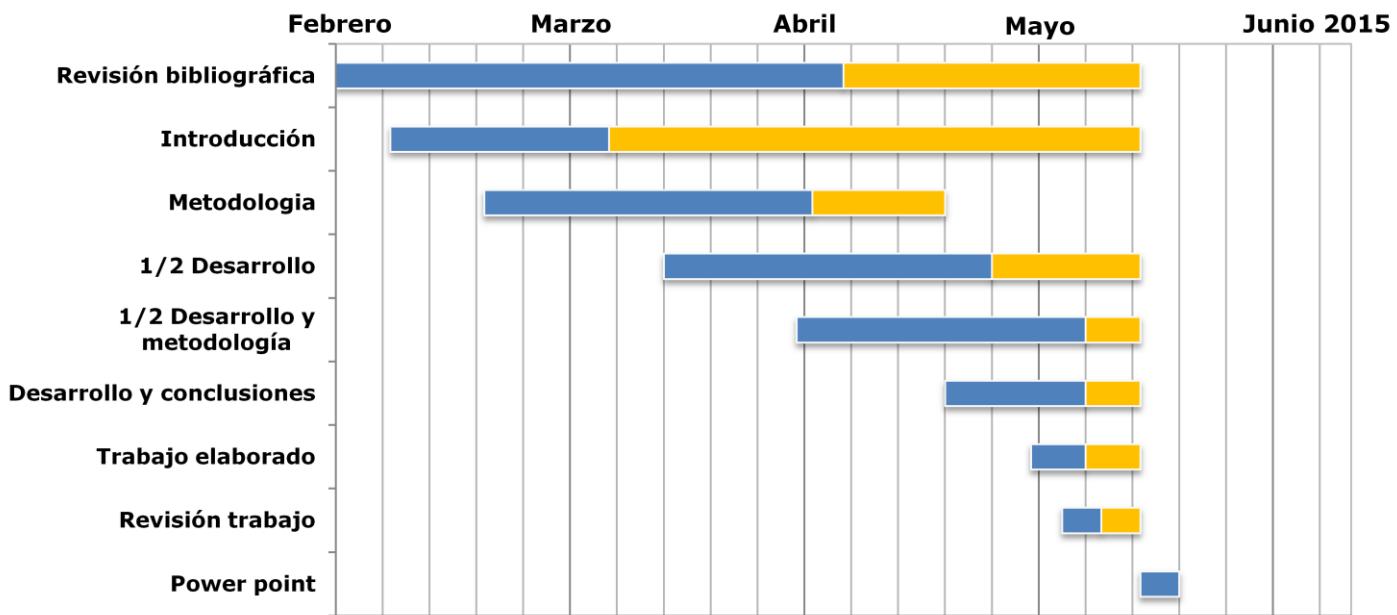


Figura 1. Diagrama de Gantt 2015

4.2 BÚSQUEDA BIBLIOGRÁFICA

4.2.1 Bases de datos

Bases de datos	Palabras clave	Limitaciones	Encontrados	Leídos	Utilizados
Dialnet	“cáncer de mama” “atención primaria”	Artículos de Revista	5	3	13,37
Dialnet	“cáncer de mama” “anciana”	Artículos de Revista	9	4	38
Dialnet	“valoración geriátrica”	2010-2015	3	1	39
Dialnet	“psicología” “cáncer de mama”	2010-2015	15	6	41,43
Pubmed	“self examination”	2005-2015	12	5	11,12,15
Pubmed	“breast cancer” “screening programs”	2010-2015 “and”	7	3	6,9
Pubmed	“primary health” “breast cancer”	“and”	3	3	7
Elsevier	“cribado cáncer de mama”	Artículos de Revista	26	7	16,18,21
Elsevier	“prevención” “cáncer” “atención primaria”	2010-2015	18	9	17
Elsevier	“cáncer de mama” “mujer joven”	Artículos de revista 2010-2015	7	3	22,35,36
Elsevier	“cáncer de mama” “menopausia”	“artículos de revista”	11	2	24
Elsevier	“cáncer de mama” “embarazo”	“artículos de revista”	5	3	25
Cochrane Plus	“Breast cancer” “mamography”	2010-2015	6	2	18,19
Science Direct	“atención primaria” “cáncer de mama”	“and”	23	10	20,28,30,33, 34,42
Cuiden	“enfermería” “cáncer de mama”	Idioma español	8	2	40
Scielo	“breast cancer male” “cáncer de mama” “varón”	2005-2015 Idioma inglés, español	9	7	26,27
Scielo	“exploración mamaria”	Idioma inglés, español	13	3	8
Scielo	“valoración geriátrica integral”	Idioma español	1	1	45

4.2.2 Páginas web

Página web	enlace	bibliografía
International agency for research on cancer GLOBOCAN 2012 (IARC)	https://globocan.iarc.fr/ia/world/atlas	1
World cancer research fund international (WCRF)	http://www.wcrf.org/cancer_statistics/data_specific_cancers/breast_cancer_statistics.php	2
Sociedad española oncología médica (SEOM)	http://www.seom.org/seomcms/images/stories/recursos/Las_cifras_del_cancer_2014.pdf	3
Asociación española contra el cáncer (AECC)	www.aecc.es/sobreelcancer/cancerporlocalizacion/cancermama/paginas/incidencia.aspx	4
Instituto nacional de estadística (INE)	http://www.ine.es/prensa/np830.pdf	5
Organisation for economic co-operation and development (OECD)	http://www.oecd.org/health/healthsystems/healthcarequalityindicators.htm	10
Organización Mundial de la Salud (OMS)	www.who.int/cancer/detection/breastcancer/es/	14
Aragón investiga	http://www.aragoninvestiga.or/tag/cancer-de-mama	29
Consejería de Sanidad y Servicio Gallego de Salud	http://www.sergas.es/Docs/Avaliat/AATRM200602.pdf	44

4.2.3 Libros

Título	Bibliografía
Gestión Sanitaria. Calidad y seguridad de los pacientes	31
Gestión sanitaria para los profesionales de la salud	32

4.3 Diseño de estudio

La metodología del trabajo está basada en la rueda de Deming o ciclo “**PDCA**”:

PLAN (Planificar): Establecer los objetivos y procesos necesarios para obtener los resultados de acuerdo con el resultado esperado.

DO (Hacer): Implementar las actividades planificadas.

CHECK (Verificar): Pasado un periodo de tiempo, volver a recopilar datos, comparándolos con los objetivos iniciales, para evaluar si se ha producido la mejora esperada.

ACT (Actuar): Modificar los procesos según las conclusiones.

Esta técnica constituye una estrategia de mejora continua de la calidad en cuatro pasos: Plan (planificar), Do (ejecutar), Check (evaluar), Act (optimizar). Parte de cualquier oportunidad de mejora detectada y se desarrolla de forma continuada siguiendo el ciclo, mejorando así la calidad de la organización que aspirará hacia la excelencia^{31,32}.

Ámbito:

Los Equipos de Atención Primaria (EAP) de la Comunidad de Aragón.

Sujetos de estudio:

Profesionales de Atención Primaria.

Declaración de intereses:

La autora declara no tener ningún conflicto de intereses en la realización del trabajo de fin de grado.

5. DESARROLLO

5.1 Planificar

La planificación ocupa la primera etapa de todo proyecto de mejora. Durante esta fase se identifican los objetivos que se desean alcanzar y se determinan los métodos, recursos y organización para conseguirlos^{31,32}. Debe incluir el estudio de causas y los correspondientes efectos para prevenir los fallos potenciales y los problemas de la situación sometida a estudio, aportando soluciones y medidas correctivas.

A. Definición del problema:

- ¿Cuál es el **problema** que se propone?

Variabilidad de los criterios de actuación ante la prevención y tratamiento del cáncer de mama en varones, embarazadas y mujeres de edades extremas -jóvenes y ancianas-³³.

- ¿Cuáles son los **beneficios** que se esperan conseguir?

➤ Beneficios para el paciente:

- Aumento de la confianza en el personal sanitario^{20,30}
- Control de la enfermedad²¹
- Conocer y comprender el riesgo/beneficio de todas las posibilidades antes de tomar una decisión^{28,33}
- Mejorar la satisfacción con la atención²⁰,
- Mejorar los tiempos de espera³⁴.
- Mejor calidad de vida^{20,34}
- Aumento de su seguridad^{20,30}
- Disminuir la mortalidad y morbilidad^{28,34}

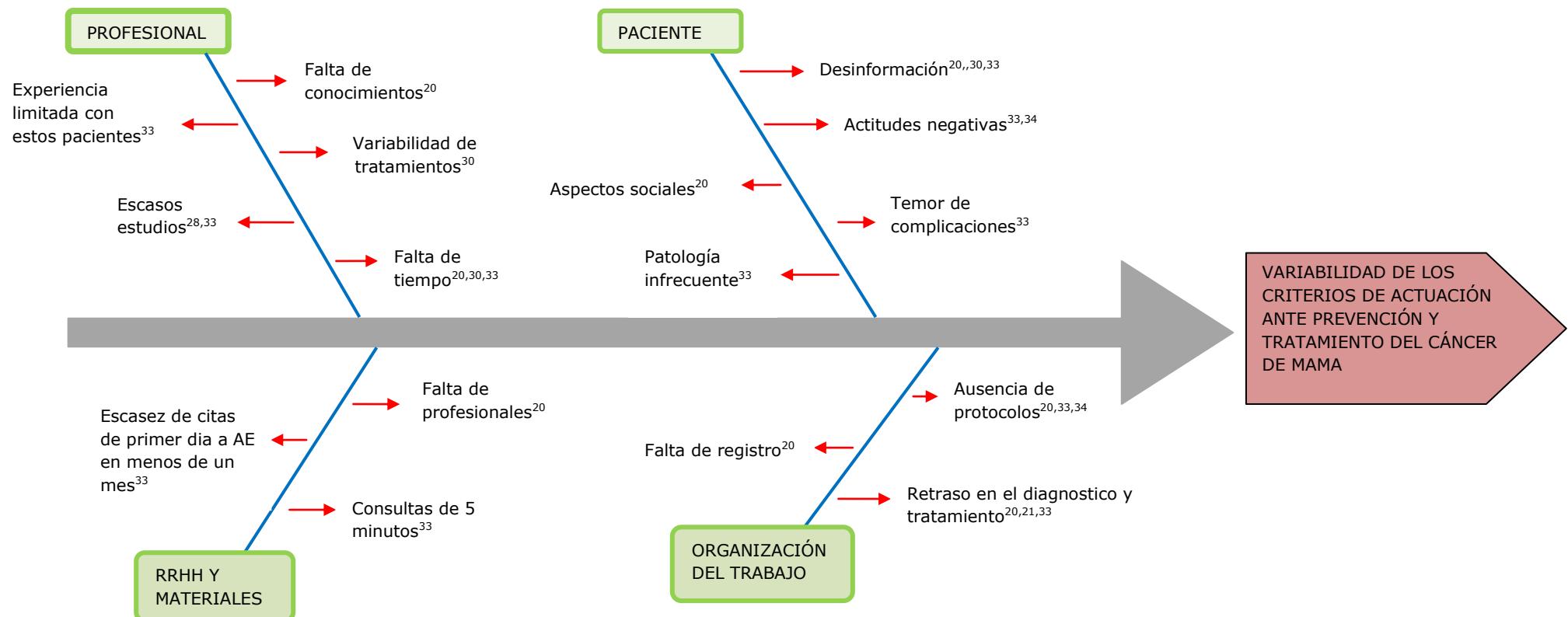
- Beneficios para la mejora de la organización del trabajo:
 - Mayor calidad científico-técnica de los profesionales^{31,32}
 - Reducir la inexperiencia de consejo terapeútico³⁴
 - Mayor seguridad del profesional^{20,31,34}
 - Mayor satisfacción con resolución de problemas²⁰
 - Mejor opinión de la organización^{31,32}

- Beneficios para la empresa:
 - Garantizar mayor seguridad y confianza^{31,34}
 - Eficiencia^{31,32}

B. Análisis causal de problema:

Se realiza a través del **diagrama de Ishikawa** o de espina de pez, que ayuda a identificar, clasificar y enumerar las posibles causas del problema. Ilustra gráficamente las relaciones existentes entre un resultado y los factores que influyen en el mismo^{31,32}.

DIAGRAMA DE ISHIKAWA



C. Desarrollo del problema:

Actualmente existe un aumento de las consultas por cáncer de mama en Atención Primaria. Los pacientes afectados por la enfermedad se convierten en habituales de la consulta por diferentes motivos²⁰.

Según la literatura, existen factores por parte del profesional de la salud y paciente que verifican la variabilidad de criterios de actuación en Atención Primaria ante el cáncer de mama en general, y en mayor medida, en situaciones especiales: varones, embarazadas y mujeres de edades extremas - jóvenes y ancianas³³.

En referencia a estos últimos supuestos la bibliografía destaca que:

❖ El **cáncer de mama** se presenta con mucho menos frecuencia **en el varón**, alrededor del 1% de todos los cánceres de mama y aproximadamente el 0,2% de todos los cánceres en el sexo masculino; la edad de diagnóstico se encuentra alrededor de los 68 años, con aumento de su frecuencia. Presenta una baja incidencia pero gran morbilidad y mortalidad^{26,27}.

No existen protocolos estandarizados y recomendados para el cribado del cáncer de mama en el varón, por lo cual habitualmente no se les recomienda la autoexploración, ni acudir a valoración ante signos que lo indiquen³³.

❖ El **cáncer de mama asociado a embarazo** se define como todo tumor maligno mamario diagnosticado durante el periodo del embarazo y hasta 1 año tras el alumbramiento. Durante la edad reproductiva la mujer puede padecer diversos tipos de cáncer, y el de mama es el más comúnmente diagnosticado durante el embarazo²⁵. La frecuencia global oscila entre el 0,2-3,8% del total de los tumores malignos de la mama, siendo uno de los tumores más frecuentes en mujeres gestantes y en periodo de lactancia³³.

Aunque las recomendaciones de actuación en pacientes embarazadas con cáncer no están bien estandarizadas, las reglas generales que se deberían seguir son: beneficiar la vida de la madre, ofrecer tratamientos curativos para la madre, proteger al feto de las agresiones de los tratamientos y mantener, si es posible, el sistema reproductivo de la madre para futuros embarazos.

La interrupción del embarazo ya no se recomienda rutinariamente²⁵.

- ❖ El **cáncer de mama** es raro **en mujeres jóvenes**, en menores de 35 años hay un 2% de cáncer de mama. Presenta unas características específicas: una tasa de recidiva mayor (sobre todo en los primeros cinco años) el doble en las menores de 40 años y un pronóstico peor, a los 10 años, la supervivencia es del 35% (del 74% en las ancianas). Presentan una dificultad mayor para el control mamográfico, la indiscutible importancia de la fertilidad y de una potencial gestación futura (se suele indicar que esperen dos años para el embarazo por el riesgo de micrometástasis y por riesgo de recurrencia en el periodo inicial posparto, un impacto psico-socio-familiar mayor y una influencia genética mayor^{33,35}.

Este hecho debería condicionar el seguimiento, aunque no hay ningún protocolo específico en estos casos. A partir de la escasa evidencia científica disponible, durante este período inicial de seguimiento, los autores proponen como pilares básicos del seguimiento: la autoexploración mamaria mensual (debe realizarse entre el séptimo y décimo día del sangrado menstrual), la exploración física cada 3-6 meses por parte de personal sanitario cualificado, la mamografía anual (con o sin ecografía) y la resonancia magnética anual^{11,15,33,35,36}.

- ❖ El **cáncer de mama** es una enfermedad frecuente en **mujeres ancianas**. Algunos de los estudios publicados indican que para el año 2035 el 60% de los nuevos casos se diagnosticarán en pacientes de más de 70 años^{23,33}.

La mujer anciana diagnosticada de cáncer de mama además suele presentar factores de comorbilidad añadidos al propio cáncer, sobre todo enfermedades cardiovasculares, diabetes y segundas neoplasias confiriéndole un peor pronóstico vital, con una disminución de la supervivencia global, independientemente de la supervivencia específica para el cáncer de mama^{33,37}.

Actualmente se considera que el tratamiento estándar de la mujer anciana tenga la edad que tenga, debería ser la cirugía 19. La excepción estaría en aquellas enfermas en las que la expectativa de vida es inferior a los 2-3 años o cuando la paciente rechaza la cirugía, en cuyo caso puede optarse por la hormonoterapia. Es importante identificar de forma fiable a este grupo de enfermas con limitada expectativa de vida y que puede morir por un motivo diferente al cáncer. A través de una adecuada valoración geriátrica -escala Vulnerable Elderly Survey (VES)- llevada a cabo por el profesional de enfermería^{38,39}(Anexo I).

Por lo tanto, Atención Primaria requiere de un avance en la estrategia de mejora de la calidad de la atención oncológica del profesional de enfermería sobre tratamiento y prevención del cáncer de mama en estos supuestos citados³³.

Las recomendaciones al respecto basadas en la evidencia que aparecen en la literatura son:

1. Actuaciones sobre **prevención** de la enfermedad:

- *Educación sanitaria :*
 - dar información y educación detallada de todos aquellos factores de riesgo
 - estimular la adopción de hábitos saludables para el paciente
 - enseñar la técnica del autoexamen de mamas (Anexo II).

La labor educadora de la enfermera y/o matrona, en este tema específico, puede contribuir enormemente a adquirir estos conceptos y lograr el hábito de asistir a un control periódico y oportuno^{21,38}.

- *Valoración de la población a riesgo:*

- Identificación de riesgos valorando la necesidad de adelantar el cribado.
- Captación o apoyo al programa poblacional
- Información previa o posterior al cribado
- Registro de los resultados individuales.
- Vigilancia del seguimiento de las anomalías detectadas
- Estudios de motivos de consulta^{20,30,33,40,41}

2. Actuaciones sobre **tratamiento** de la enfermedad:

- Canalización y priorización del tratamiento de patología
- Facilitar la adherencia terapéutica a los tratamientos médicos
- Vigilancia de efectos secundarios del tratamiento
- Control de síntomas
- Fomentar estilos de afrontamiento activos: búsqueda de apoyo social, terapias complementarias (yoga, reiki,etc)^{20,33,41}.

3. Actuaciones **psicosociales**:

- Prevención y tratamiento de psicopatologías: minimizar el estrés y la angustia.
- Facilitar la adaptación a la enfermedad:
 - Deterioro de la percepción de la imagen corporal: desarrollo de escalas que evalúan la presencia de depresión, ansiedad y alexitimia.
 - Rehabilitación sexual: talleres de educación sexual (cambio de actitudes maladaptativas, consejos para obtener un sexo agradable, minimización de las limitaciones físicas).

- Facilitar la reincorporación a la actividad laboral. Valoración de la incapacidad laboral a través de una historia clínica completa (Anexo IV):
 - ✓ estado actual del paciente
 - ✓ secuelas que pueda presentar
 - ✓ antecedentes familiares, personales y laborales
 - ✓ exploración física
 - ✓ entrevista psicológica y
 - ✓ valoración de las capacidades funcionales funcionales^{33,40,41,42,43}.

5.2 Do (HACER)

Esta fase consiste en implantar el plan de mejora elaborado y su seguimiento. El plan estará compuesto por las actividades necesarias para desarrollar los objetivos formulados en el plan de mejora. Posteriormente se recogerán los datos, una vez definidas sus fuentes, para proceder a su procesamiento y poder así evaluar los resultados^{32,33}.

Las recomendaciones encontradas en la bibliografía se han clasificado en medidas correctoras que se pueden llevar a cabo por los profesionales de enfermería de Atención Primaria.

PLAN DE MEJORA	
INTERVENCIONES	MEDIDAS CORRECTORAS/ACCIONES
1. PREVENCIÓN: Educación sanitaria	Fomentar el autocuidado (técnica de autoexamen mamario) Derribar mitos en relación al cáncer de mama Facilitar la percepción de control sobre la enfermedad (conocer factores de riesgo y hábitos saludables) Fomentar los métodos participativos a través de talleres educativos
INTERVENCIONES	MEDIDAS CORRECTORAS/ACCIONES
2. TRATAMIENTO	Explicar los efectos secundarios Conocer terapias complementarias
INTERVENCIONES	MEDIDAS CORRECTORAS/ACCIONES
3. PSICOSOCIALES	Desarrollo de escalas (inventario de depresión de Beck, inventario de ansiedad de Spielberg, escala de autoestima de Rosenber, escala de imagen corporal de Hopwood y escala de alexitimia de Toronto) Talleres de educación sexual Valorar grados de incapacidad laboral

Tabla1. Intervenciones y acciones dirigidas a mejorar la atención a los pacientes con cáncer de mama, varones, embarazadas, jóvenes y ancianas^{20,3340,41,42,43}.

PREVENCIÓN PRIMARIA

(se realiza a través de la información, orientación y educación a la población acerca de los factores de riesgo y la promoción de las conductas favorables a la salud)

VARONES	EMBARAZADAS	JÓVENES	ANCIANAS	
<p>Conocer los factores de riesgo más frecuentes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • H^afamiliar(mutaciones en el gen BRCA2) • Edad avanzada • Testículos no descendidos • Disfunción gonadal • Orquiectomía • Obesidad (IMC mayor a 30kg/m²) • Hiperestrogenismo • Síndrome de klinefelter • Ingesta excesiva de alcohol • Cirrosis hepática <p>Reconocer las posibles manifestaciones clínicas:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Masa no dolorosa, firme y localizada en la región central de la mama. • Con el paso del tiempo aumento de la glándula mamaria con ulceración y/o retracción e incluso sangrado a través del pezón. • Existe mayor afectación del pezón que en la mujer. • Las microcalcificaciones son menos comunes que en las mujeres. • Si hay metástasis, suele aparecer dolor óseo o tos. • El 80% son tumores de origen ductal infiltrante o invasivo. 		<p>Conocer los factores de riesgo más frecuentes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sexo • Edad (mayor de los 45 años) • Antecedentes familiares (cáncer de mama hereditario, mutación del gen BRCA1 y BRCA2) • Antecedentes personales (cáncer de ovario/ endometrio elevan el riesgo de padecer cáncer de mama) • Antecedentes de patología mamaria benigna (hiperplasia de mama) • Mamas radiodensas • Mujeres sometidas a dosis altas de radiación por encima de los 100rad • Vida menstrual de más de 40 años (menarquía precoz y menopausia tardía) • Nulípara • Primer embarazo después de los 30 años • No dar lactancia materna • Uso de terapia hormonal de reemplazo de más de 5 años • Obesidad • Consumo excesivo de alcohol • Sedentarismo 		
OBSERVACIÓN CLÍNICA				
	<ul style="list-style-type: none"> • El aumento de tamaño y consistencia de la mama, pueden ocultar una tumoración. 	<ul style="list-style-type: none"> • Características más agresivas y con peor pronóstico • Más afectación linfática • Tamaño tumoral grande • Mutación del gen p53 	<ul style="list-style-type: none"> • Evolución más lenta y menos agresiva. • Signos inflamatorios • Úlceras, eccemas • Mastodinia 	

Tabla 2. Intervenciones y acciones dirigidas a mejorar la atención a los pacientes con cáncer de mama, varones, embarazadas, jóvenes y ancianas^{20,24-27,33-37}

MEDIDAS CORRECTORAS				
	VARONES	EMBARAZADAS	JÓVENES	ANCIANAS
TRATAMIENTO	<p><u>Tratamiento general:</u> mastectomía con disección axilar o determinación del ganglio centinela y según los factores pronósticos se administrará radioterapia y/o homonoterapia/quimioterapia.</p> <p>Si el cáncer es invasivo la disección ganglionar de la axila se realiza siempre. El tratamiento hormonal adyuvante con tamoxifeno es el más utilizado.</p>	<p>Las recomendaciones sobre el tratamiento dependen del tamaño, localización y extensión, edad gestacional y preferencias de la mujer.</p> <p>Mastectomía radical como técnica de elección (ya que la cirugía conservadora hace necesaria la radioterapia posterior y la radiación podría afectar al feto por lo que no se suele usar hasta después del parto).</p> <p>El uso de terapias adyuvantes, quimioterapia, radioterapia y/o terapia hormonal durante el embarazo puede postergarse hasta después del parto, aunque es necesario individualizar el tratamiento.</p> <p>En líneas generales, la quimioterapia suele utilizarse junto con la cirugía en estadios tempranos, y sola, en tumores más avanzados.</p> <p>La quimioterapia no se administra en el primer trimestre de embarazo, debido al mayor riesgo de teratogenicidad y aborto secundario. Tampoco debería administrarse después de la semana 35 del embarazo porque puede reducir los recuentos sanguíneos de la madre, favoreciendo las hemorragias y las probabilidades de infección durante el nacimiento.</p> <p>El uso de terapia hormonal con tamoxifeno no está indicada en el embarazo ya que su uso se ha asociado a una alta tasa de defectos fetales^{24,29}.</p> <p>En cuanto a la posibilidad de lactancia materna en mujeres con cáncer de mama, la mayoría de los estudios recomiendan suspender, o no comenzar la lactancia. Si se contempla tratamiento quirúrgico, la suspensión de la lactancia ayudará a reducir el tamaño mamario, lo que puede ayudar a la cirugía. Además, disminuye el riesgo de infección, y puede evitar que se acumule leche materna en las áreas de biopsia o de cirugía¹¹. También se debe tener en cuenta que muchos medicamentos usados en quimioterapia, terapia hormonal y terapias dirigidas pueden pasar a la leche materna, y afectar al bebé.</p>	<p>Opciones de tratamiento iguales que en mujeres de más edad: cirugía más radical (mastectomía), o el tratamiento conservador seguido de radioterapia. La recurrencia local, tras el tratamiento conservador, puede ser más elevada en la mujer joven, por lo que se recomienda que la RT posterior incluya un incremento de la radiación en el lecho del tumor para reducir dicho riesgo de recurrencia.</p> <p>La quimioterapia (QT) adyuvante, es usualmente recomendada para mujeres de menos de 40 años, con mayores beneficios, incluso, que los obtenidos en la paciente de más edad.</p> <p><u>Consideraciones especiales:</u> Menopausia temprana, pérdida de la fertilidad, embarazo tras cáncer de mama.</p>	<p>El tratamiento de cáncer de mama en la vejez sigue representando un desafío terapéutico. Cuanto más avanzada es la edad, menos posibilidades hay de que se les extirpe el tumor mamario, y cuando se opta por la cirugía, se modifica la técnica quirúrgica, de manera que disminuye la realización de cirugía conservadora de la mama y se omite el estudio de la afectación ganglionar axilar.</p> <p>Es frecuente también que no se administre radioterapia adyuvante y que disminuya el empleo de quimioterapia.</p> <p>Actualmente se considera que el tratamiento estándar del cáncer de mama en la mujer anciana, tenga la edad que tenga, debería ser la cirugía.</p>

Tabla 3. Intervenciones y acciones dirigidas a mejorar la atención a los pacientes con cáncer de mama, varones, embarazadas, jóvenes y ancianas^{20,24-27,33-37,42}.

TIPOS DE TRATAMIENTO DEL CÁNCER DE MAMA	
Actúan localmente	Actúan a nivel sistémico (adyuvantes)
<p>1.CIRUGÍA (más frecuente, distintas técnicas según el estadio):</p> <ul style="list-style-type: none"> • Conservadora • Radical (extirpación de la mama exclusivamente o además los ganglios linfáticos de la axila) <p>2.RADIOTERAPIA (externa/interna)</p>	<p>1.QUIMIOTERAPIA</p> <p>2.HORMONOTERAPIA</p> <p>3.INMUNOTERAPIA NO ESPECÍFICA Y/O PASIVA (se dirige a las células cancerígenas)</p>
Efectos secundarios	
<p>1.CIRUGÍA:</p> <ul style="list-style-type: none"> • alteraciones sensitivas locales • desequilibrio postural • movilidad reducida del brazo del mismo lado • linfedema <p>2.RADIOTERAPIA:</p> <ul style="list-style-type: none"> • alteraciones locales de la piel • cansancio 	<p>1.QUIMIOTERAPIA:</p> <ul style="list-style-type: none"> • alteraciones de la mucosa de la boca • náuseas y vómitos • diarrea y/o estreñimiento • cansancio • caída del cabello • menopausia precoz,etc <p>2.HORMONOTERAPIA:</p> <ul style="list-style-type: none"> • oleadas de calor • aumento de peso • osteoporosis • alteraciones vaginales,etc <p>3.INMUNOTERAPIA:</p> <p>Tiene menos efectos secundarios porque se dirige especialmente a las células cancerígenas</p>

Tabla 4. Intervenciones y acciones dirigidas a mejorar la atención a los pacientes con cáncer de mama, varones, embarazadas, jóvenes y ancianas^{33,42}.

TRATAMIENTO/ TERAPIAS COMPLEMENTARIAS	
Área	Terapias
<i>Sistemas médicos integrales o completos</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Acupuntura • Medicina tradicional china • Homeopatía • Ayurveda • Naturopatía
<i>Prácticas biológicas</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Dietoterapia • Fitoterapia • Tratamientos con suplementos nutricionales y vitaminas
<i>Prácticas de manipulación basadas en el cuerpo</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Osteopatía • Quiropraxia y quiromasaje • Reflexología • Shiatsu • Aromaterapia
<i>Medicina de la mente y del cuerpo</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Yoga • Meditación • Musicoterapia, arteterapia y otras
<i>Medicina sobre la base de la energía (terapias del biocampo y terapias bioelectromagnéticas)</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Reiki • Chi Kung • Terapia biomagnética o con campos magnéticos

Tabla 5. Intervenciones y acciones dirigidas a mejorar la atención a los pacientes con cáncer de mama, varones, embarazadas, jóvenes y ancianas^{42,43}.

5.3 Check (EVALUAR)

La fase Evaluar (Check) busca comparar los resultados obtenidos con los esperados, analizando las causas de las desviaciones detectadas.

El proyecto será evaluado con tres indicadores permitiendo identificar y evaluar las intervenciones de los profesionales de enfermería de los equipos de Atención Primaria y los resultados obtenidos con estas, para identificar áreas de mejora en el equipo de salud de Atención Primaria^{31,32,44}.

1. Indicador: Protocolo asistencial multidisciplinar**Dimensión:** Efectividad**Descripción:**

Numerador: Nº de equipos de Atención Primaria de Aragón que disponen del protocolo documentado de cáncer de mama

$\times 100$

Denominador: Nº de centros equipos de Atención Primaria de Aragón

Aclaración de términos:

- Protocolo: documento vigente sobre la atención a pacientes varones, embarazadas, jóvenes y ancianas con cáncer de mama, que debe contemplar como mínimo la valoración diagnóstica, terapéutica que incluya el apoyo psicológico y rehabilitación, así como el seguimiento y los circuitos asistenciales utilizados. El protocolo debe expresar la fecha de aprobación y su periodo de vigencia. En general se recomienda un periodo de 3 años.
- Debe quedar constancia de su elaboración conjunta o por consenso por parte de las principales disciplinas participantes: cirugía/ginecología, radiología, oncología médica, oncología radioterápica y anatomía patológica como mínimo.

Justificación:

La buena práctica clínica viene favorecida por la estandarización de los procesos de acuerdo a la mejor evidencia científica existente. Los protocolos de cada centro surgen del consenso de sus profesionales apoyados en las sociedades científicas y las agencias de evaluación de tecnologías. Los protocolos deben ser actualizados periódicamente y adecuarse a las características y circuitos de cada centro. Su objetivo es homogeneizar la asistencia prestada en el centro y servir como herramienta que facilite y agilice la toma de decisiones.

Fuente:

Registro de protocolos del equipo de Atención Primaria

Responsable de Recogida:

Coordinador de calidad de Atención Primaria

Frecuencia de Recogida:

1 vez al año

Tipo de Indicador: Estructura**Estándar:** Tras la primera medición se planteará el estándar

2. Indicador: Registro de protocolo en historia clínica	
Dimensión: Seguridad, efectividad	
Descripción:	
Numerador: Nº de pacientes con cáncer de mama que tienen cumplimentado en su historia clínica el protocolo del cáncer de mama	
x 100	
Denominador: número de pacientes con cáncer de mama	
Aclaración de términos:	
Se considera que en la historia clínica deben constar los siguientes aspectos:	
<ul style="list-style-type: none"> - Antecedentes familiares oncológicos y personales de enfermedades benignas de mama y cáncer de mama previos - Factores de riesgo (personales, familiares, hereditarios) - Características clínicas del tumor (tamaño, tiempo de evolución, localización, infiltración, presencia de adenopatías) - Estadificación pre y postoperatoria - Estudio immunohistológico 	
Justificación:	
La información recogida en la historia clínica (HC) es un reflejo de la calidad de la asistencia, ya que es el registro de la actividad generada durante el acto asistencial que permite la continuidad del proceso y la comunicación entre los varios profesionales, además de constituir un documento médico-legal de capital importancia.	
Fuente: Historia clínica	
Responsable de Recogida: Coordinador del Equipo de Atención Primaria	Frecuencia de Recogida: Semestral
Tipo de Indicador: Proceso	
Estándar: Tras la primera medición se planteará el estándar	

3. Indicador: Intervalo diagnóstico terapeútico**Dimensión:** Efectividad y seguridad**Descripción:**

Numerador: Nº de pacientes diagnosticados de cáncer de mama cuyo intervalo entre confirmación diagnóstica y primer tratamiento es igual o inferior a 4 semanas o 28 días naturales

 $\times 100$ **Denominador:** nº de pacientes diagnosticados de cáncer de mama**Aclaración de términos:**

- Confirmación diagnóstica: fecha del informe de anatomía patológica (PAAF, BAG o biopsia incisional) que confirma la existencia de carcinoma invasivo. Quedan excluidos los informes de anatomía patológica del diagnóstico intraoperatorio y biopsia escisional.
- Primer tratamiento: primera actuación terapéutica, ya sea con *cirugía* (día de la Intervención), *tratamiento sistémico* (quimioterapia, hormonoterapia, terapia molecular) o *radioterapia* (día del inicio de la primera sesión).
- Intervalo: días naturales transcurridos desde la fecha del informe de confirmación a la fecha del tratamiento inicial (cirugía, tratamiento sistémico o radioterapia).

Justificación:

El intervalo entre el diagnóstico patológico y el primer tratamiento es un indicador de control asistencial muy importante, ya que en los casos en que transcurren más de 30 días hay repercusión e impacto psicológico en la mujer. Debe ser objetivo prioritario de la unidades de mama el disminuir este intervalo por debajo de las 4 semanas, tal como se recoge en todas las guías clínicas.

Fuente: Historia clínica

- Informes de Anatomía Patológica
- Informe quirúrgico o
- Informe de oncología radioterápica o
- Informe de oncología médica

Responsable de Recogida:

Coordinador del Equipo de Atención Primaria

Frecuencia de Recogida:

Semestral

Tipo de Indicador: Resultado**Estándar:** Tras la primera medición se planteará el estándar

5.4 Act (AJUSTAR)

En esta última fase se establecerán las medidas correctoras asegurando la estandarización y el mantenimiento de las mismas así como la planificación de nuevas acciones sobre resultados indeseables que persistan, buscando de manera continua nuevas oportunidades de mejora^{32,33}.

6. CONCLUSIONES

El aumento de la incidencia del cáncer de mama a nivel mundial, refleja la necesidad de abordar la problemática desde su inicio. Tanto el médico como la enfermera de familia reciben habitualmente la mayor parte de los pacientes afectados por este tipo de tumor. Por lo que, la prevención de la enfermedad y la promoción de la salud desde Atención Primaria resultan esenciales.

Debido a la transcendencia de los factores de riesgo; la gran importancia de la detección precoz en su diagnóstico y la gran variabilidad de criterios de actuación ante el cáncer de mama en general y en mayor medida en situaciones especiales: varones, embarazadas, jóvenes y ancianas, es necesario que Atención Primaria disponga de los recursos necesarios con el objetivo de promover una adecuada prevención y tratamiento.

Por otra parte, a través de la promoción de la salud, enfermería puede fomentar la participación y responsabilidad de la población femenina en el control y conocimiento de sus mamas a través de la enseñanza de la técnica de la autoexploración mamaria. Que a pesar de no ser considerada una técnica fiable de detección del cáncer de mama, si que puede contribuir a una temprana detección del mismo.

7. BIBLIOGRAFÍA

- 1.** International Agency for Research on Cancer [Internet]. France: IARC [acceso 07 febrero 2015]. Disponible en: http://globocan.iarc.fr/Pages/fact_sheets/cancer.aspx
- 2.** World Cancer Research Fund International [Internet]. London: WCRF International; 2013 [acceso 07 febrero 2015] Disponible en: http://www.wcrf.org/cancer_statistics/data_specific_cancers/breast_cancer_statistics.php
- 3.** Sociedad Española de Oncología Médica [Internet]. Madrid:SEOM;2014 [acceso 12 febrero 2015].Disponible en: http://www.seom.org/seomcms/images/stories/recursos/Las_cifras_del_cancer_2014.pdf
- 4.** Asociación Española contra el Cáncer [Internet]. Madrid:AECC;2015[acceso 10 Febrero 2015]. Disponible en: <https://www.aecc.es/sobreelcancer/cáncerPorlocalización/cancermama/paginas/incidencia.aspx>
- 5.** Instituto Nacional de Estadística [Internet]. Madrid: INE ;2015[acceso 10Febrero 2015].Defunciones según la Causa de Muerte. Año 2014. Disponible en: <http://www.ine.es/prensa/np830.pdf>
- 6.** Venkatramana M, Sreedharan J, Muttappallymyalil J, Thomas M. Opinion of nurses regarding breast cancer screening programs. Indian J Cancer. 2011;48(4):423-7.
- 7.** Oluwatosin O. Primary health care nurses knowledge practice and client teaching of early detection measures of breast cancer in Ibadan. BMC Nurs. 2012;11:22.
- 8.** Secretaría de Salud [Internet]. México;2007 [acceso 07 febrero 2015]. Disponible en: <http://www.generoysaludreproductiva.salud.gob.mx>
- 9.** Venkatramana M, Sreedharan J, Muttappallymyalil J, Thomas M. Opinion of nurses regarding breast cancer screening programs. Indian J Cancer. 2011;48(4):423-7.
- 10.**Organisation for Economic Co-operation and Development [Internet]. OECD; 2013. [acceso 10 febrero 2015] Disponible en: <http://www.oecd.org/health/healthsystems/healthcarequalityindicators.htm>.

- 11.**Yurdakos K, Gulhan YB, Unalan D, Ozturk A. Knowledge, attitudes and behaviour of women working in government hospitals regarding breast self examination. *Asian Pac J Cancer Prev.* 2013;14(8):4829-34.
- 12.**Kosters JP, Gotzsche PC. Regular self-examination or clinical examination for early detection of breast cancer. *Cochrane Database Syst Rev.* 2008;2.
- 13.**Oluwatosin O. Primary health care nurses knowledge practice and client teaching of early detection measures of breast cancer in Ibadan. *BMC Nurs.* 2012;11:22.
- 14.**Organización Mundial de la Salud [Internet]. OMS 2015. [acceso 10 febrero 2015] Disponible en: www.who.int/cancer/detection/breastcancer/es/.
- 15.**Bebis H, Altunkurek SZ, Acikel C, Akar I. Evaluation of Breast Self-Examination (BSE) Application in First and Second Degree Relatives of Patients with Breast Cancer. *Asian Pac J Cancer Prev.* 2013;14(8):4925-30.
- 16.**Marzo Castillejo M, Melus Palazón E, Bellas Beceiro B. Recomendaciones para el cribado del cáncer de mama con mamografía en población de riesgo medio. *Aten Primaria* 2012;44(6):366-367.
- 17.**Cameselle Teijeiro JF, Cortizo Torres ME, López Touza A, Gómez Cuñarro M, Estevez Pousa L, Senra Varela A. Prevención del cáncer de mama en Atención Primaria. *Aten Primaria* 2005;36 Suppl 2:S47-65.
- 18.**Gøtzsche PC, Jørgensen KJ. Screening for breast cancer with mammography. *Cochrane Database Syst Rev.* 2013 Jun;4:6
- 19.**Bawon F. El mito de la mamografía. *Revista de Medicinas complementarias. Medicina Holística.* 2006;58
- 20.**Vich P, Brusint B, Álvarez-Hernández C, Cuadrado-Rouco C, Díaz-García N, Redondo-Margüello E. Actualización del cáncer de mama en Atención Primaria (I/V). *Semergen.* 2014;40(6):326-333.
- 21.**Mellado Rodríguez M, Osa Labrador AM. Cribado de cáncer de mama. Estado actual. *Radiología.* 2013;55(4):305-314.
- 22.**Gálvez Espinosa M. Relación entre el conocimiento del autoexamen de mama y la prevención del cáncer de mama. *Mediciego* 2013;19(2).
- 23.**Siegel R, Naishadham D, Jemal A. Cancer statistics. *CA Cancer J Clin.* 2012;62(1):10-29.

- 24.** Ferrer J. Epidemiología del cáncer de mama. En: Cancer de mama en la menopausia. Consenso de un grupo de expertos. Barcelona: Guía clínica de la AEEM. 2008;9-22.
- 25.** Salas González E, Villegas Pacheco R, Pérez Ávila C, Burciaga Sepúlveda A, Castro Castro C, Lomelí Muñoz J. Cáncer de mama y embarazo. Cir Gen. 2014;36(4):245-250.
- 26.** Martínez Tlahuel JL, Arce CL, Lara F. Cáncer de mama en el hombre. Rev Cancerología. 2006;4:201-10.
- 27.** Sandhu NP, Bride MBM, Dilaveri CA, Neal L, Farley DR, Loprinzi CL, et al. Male breast cancer. J Mens Health. 2012;9(3):146-153
- 28.** Álvarez Hernández C, Vich Pérez P, Brusint B, Cuadrado Rouco C, Díaz García, Robles Díaz L. Actualización del cáncer de mama en Atención Primaria (III/V). Semergen. 2014;40(8):460-472.
- 29.** Aragón investiga. [Internet]. Gobierno de Aragón; 2010 [acceso 15 febrero 2015] Disponible en: <http://www.aragoninvestiga.or/tag/cancer-de-mama>.
- 30.** Díaz García N, Cuadrado Rouco C, Vich P, Álvarez Hernández C, Brusint B, Redondo Margüello E. Actualización del cáncer de mama en Atención Primaria (II/V). Semergen. 2014;40(7):381-391.
- 31.** Aranaz JM, Aibar C, Vitaller J, Mira JJ. Gestión Sanitaria. Calidad y seguridad de los pacientes. Ed: Díaz de Santos; 2008.
- 32.** Villalobos J. Gestión sanitaria para los profesionales de la salud. Madrid. Ed: McGraw-Hill-Interamericana; 2007.
- 33.** Díaz García N, Cuadrado Rouco C, Vich P, Álvarez Hernández C, Brusint B, Redondo Margüello E. Actualización del cáncer de mama en Atención Primaria (V/V). Semergen. 2015;41(2):76-88.
- 34.** Álvarez Hernández C, Brusint B, Vich P, Díaz García N, Cuadrado Rouco C, Hernández García M. Actualización del cáncer de mama en Atención Primaria (IV/V). Semergen. 2015;41(1):34-47.
- 35.** Martínez Ramos D, Ribeiro M, Del Val JM, Alcalde M, Salvador JL. Seguimiento del cáncer de mama en la mujer joven. Rev Senol Patol Mamar. 2012;25:60-67.
- 36.** López Olmos J. Cáncer de mama en una mujer de 25 años. Clin Invest Gin Obst. 2010;37:116-123.

- 37.** Kolb F. Estrategias de prevención de los cánceres de mama, próstata y colorrectal en el anciano. *Rev Esp Geriatr Gerontol.* 2006;41:128-33.
- 38.** Lobato Miguelez JL, Moreno Domingo J, Arriba Olivenza T, Ajuriagogeascoa Andrada S, López Valverde M. Características y manejo del cáncer de mama primario en pacientes octogenarias. *Rev Esp Geriatr Gerontol.* 2012;47:210-3.
- 39.** Cadena Sanabria M, López Ramirez J, Santacruz Escudero J, Insuasty Enriquez J. Importancia de la valoración geriátrica integral en el manejo de pacientes con cáncer. *Medicas UIS.* 2012;25:121-128.
- 40.** Riquelme B, Sepúlveda B, Vargas X. Atención de enfermería en las pacientes con cáncer de mama. *Rev Med Clin Condes.* 2006;17:244-47.
- 41.** Arbizu López JP. Factores psicológicos que intervienen en el desarrollo del cáncer y en la respuesta al tratamiento. 2009;24:173-178.
- 42.** Alonso Gordo JM. Cáncer de mama. Manejo desde Atención Primaria. *Semergen.* 2000;26:491-501.
- 43.** Rojas-May G. Estrategias de intervención psicológica en pacientes con cáncer de mama. *Rev Med Clin Condes.* 2006; 17:194-97.
- 44.** Saura RM, Gimeno V, Blanco MC, Colomer R, Serrano P, Acea B, et al. Desarrollo de indicadores de proceso y resultado y evaluación de la práctica asistencial oncológica. [Internet]. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo;2006 [acceso 26 febrero 2015]. Disponible en: <http://www.sergas.es/Docs/Avalia-t/AATRM200602.pdf>
- 45.** Cadena Sanabria M, López Ramirez J, Solier Insuasty J, Santacruz Escudero J. Importancia de la valoración geriátrica integral en el manejo de los pacientes con cáncer. *Med.UIS.* 2012;25(2):121-8.

8. ANEXOS

Anexo I. Vulnerable Elderly Survey (VES-13)³⁹:

(Escala de valoración geriátrica a pacientes oncológicos mayores de 70 años)

Tabla 3. Vulnerable Elders Survey 13 (VES-13)¹⁴.

Elemento de evaluación	Puntaje
Edad	
75 – 84 años	1
≥ 85 años	3
Autopercepción del estado de salud	
Bueno o excelente	0
Regular o malo	1
Actividades básicas e instrumentales de la vida diaria	
¿Necesita ayuda para?	
Ir de compras	1
Utilizar dinero	1
Realizar trabajos ligeros en casa	1
Trasportarse	1
Bañarse	1
Actividades adicionales	
¿Necesita ayuda para?	
Agacharse, ponerse en cucillas o de rodillas	1
Levantar o cargar un objeto de 10 libras	1
Escribir o manipular objetos pequeños	1
Extender los brazos encima del hombro	1
Caminar 500 metros	1
Realizar trabajos pesados en casa	1
Puntaje de vulnerabilidad	=
Puntaje	Riesgo de deterioro funcional o muerte (a 2 años de seguimiento)
1-2	11,8 – 14,8%
3 +	49,8 – 54,9%

Anexo II. Autoexploración mamaria⁸

Los cinco pasos de la autoexploración de mamas

Paso 1: párate frente a un espejo con los hombros rectos y los brazos junto a la cadera y mírate las mamas.

Esto es lo que debes encontrar:

- mamas de tamaño, forma y color normales
- mamas bien formadas, que no presentan deformaciones ni inflamaciones visibles

Si notas alguna de las siguientes alteraciones, informa a tu médico:

- formación de hoyuelos, arrugas o bultos en la piel
- cambio de posición de un pezón o pezón invertido (está metido hacia adentro en lugar de sobresalir)
- enrojecimiento, dolor, sarpullido o inflamación



Autoexploración de mamas - Paso 1

Paso 2: ahora, levanta los brazos y fíjate si ves las mismas alteraciones.



Autoexploración de mamas - Pasos 2 y 3

Paso 3: cuando estés frente al espejo, fíjate si te sale líquido de uno o ambos pezones (puede ser transparente, lechoso o amarillento, o sangre).

Paso 4: luego, acuéstate y pálpate las mamas con las manos invertidas, es decir, la mama izquierda con la mano derecha y viceversa. Procura utilizar un tacto firme y pausado con las yemas de los dedos, manteniendo los dedos rectos y juntos. El movimiento debe ser circular, del tamaño de una moneda aproximadamente.



Autoexploración de mamas - Paso 4

Controla la mama completa de arriba a abajo y de lado a lado: desde la clavícula hasta la parte superior del abdomen, y desde la axila hasta el escote.

Sigue algún tipo de patrón para asegurarte de cubrir la mama entera. Puedes empezar con el pezón y avanzar en círculos cada vez mayores hasta llegar al borde exterior de la mama. También

puedes mover los dedos verticalmente, hacia arriba y hacia abajo, como si estuvieras cortando el césped. Este movimiento ascendente y descendente suele ser el más utilizado por las mujeres. Asegúrate de palpar todo el tejido mamario, tanto en la parte delantera como en la parte trasera: para palpar la piel y el tejido superficiales, ejerce una leve presión; para llegar al tejido ubicado en la parte media de las mamas, una presión moderada, y para el tejido profundo, una presión firme. Al llegar al tejido profundo, tienes que poder sentir la caja torácica.



Paso 5: finalmente, pálpate las mamas estando de pie o sentada. Muchas mujeres dicen que la mejor forma de palparse las mamas es cuando la piel se encuentra mojada y resbaladiza, de modo que prefieren realizar este paso en la ducha. Controla la mama completa con los mismos movimientos que se describen en el paso 4.

Autoexploración de mamas - Paso 5

Anexo III. Inventario de Depresión de Beck (BDI)⁴⁵:

1)

- No me siento triste
 - Me siento triste
 - Me siento triste continuamente y no puedo dejar de estarlo
 - Me siento tan triste o tan desgraciado que no puedo soportarlo
-

2)

- No me siento especialmente desanimado de cara al futuro
 - Me siento desanimado de cara al futuro
 - Siento que no hay nada por lo que luchar
 - El futuro es desesperanzador y las cosas no mejorarán
-

3)

- No me siento como un fracasado
 - He fracasado más que la mayoría de las personas
 - Cuando miro hacia atrás, lo único que veo es un fracaso tras otro
 - Soy un fracaso total como persona
-

4)

- Las cosas me satisfacen tanto como antes
 - No disfruto de las cosas tanto como antes
 - Ya no tengo ninguna satisfacción de las cosas
 - Estoy insatisfecho o aburrido con respecto a todo
-

5)

- No me siento especialmente culpable
 - Me siento culpable en bastantes ocasiones
 - Me siento culpable en la mayoría de las ocasiones
 - Me siento culpable constantemente
-

6)

- No creo que esté siendo castigado
- Siento que quizás esté siendo castigado
- Espero ser castigado
- Siento que estoy siendo castigado

7)

- No estoy descontento de mí mismo
 - Estoy descontento de mí mismo
 - Estoy a disgusto conmigo mismo
 - Me detesto
-

8)

- No me considero peor que cualquier otro
 - Me autocritico por mi debilidad o por mis errores
 - Continuamente me culpo por mis faltas
 - Me culpo por todo lo malo que sucede
-

9)

- No tengo ningún pensamiento de suicidio
 - A veces pienso en suicidarme, pero no lo haré
 - Desearía poner fin a mi vida
 - Me suicidaría si tuviese oportunidad
-

10)

- No lloro más de lo normal
 - Ahora lloro más que antes
 - Lloro continuamente
 - No puedo dejar de llorar aunque me lo proponga
-

11)

- No estoy especialmente irritado
 - Me molesto o irrito más fácilmente que antes
 - Me siento irritado continuamente
 - Ahora no me irritan en absoluto cosas que antes me molestaban
-

12)

- No he perdido el interés por los demás
- Estoy menos interesado en los demás que antes
- He perdido gran parte del interés por los demás
- He perdido todo el interés por los demás

13)

- Tomo mis propias decisiones igual que antes
 - Evito tomar decisiones más que antes
 - Tomar decisiones me resulta mucho más difícil que antes
 - Me es imposible tomar decisiones
-

14)

- No creo tener peor aspecto que antes
 - Estoy preocupado porque parezco envejecido y poco atractivo
 - Noto cambios constantes en mi aspecto físico que me hacen parecer poco atractivo
 - Creo que tengo un aspecto horrible
-

15)

- Trabajo igual que antes
 - Me cuesta más esfuerzo de lo habitual comenzar a hacer algo
 - Tengo que obligarme a mí mismo para hacer algo
 - Soy incapaz de llevar a cabo ninguna tarea
-

16)

- Duermo tan bien como siempre
 - No duermo tan bien como antes
 - Me despierto 1-2 horas antes de lo habitual y me cuesta volverme a dormir
 - Me despierto varias horas antes de lo habitual y ya no puedo volverme a dormir
-

17)

- No me siento más cansado de lo normal
 - Me cuelgo más que antes
 - Me cuelgo en cuanto hago cualquier cosa
 - Estoy demasiado cansado para hacer nada
-

18)

- Mi apetito no ha disminuido
- No tengo tan buen apetito como antes
- Ahora tengo mucho menos apetito
- He perdido completamente el apetito

19)

- No he perdido peso últimamente
 - He perdido más de 2 kilos
 - He perdido más de 4 kilos
 - He perdido más de 7 kilos
-

20)

- No estoy preocupado por mi salud
 - Me preocupan los problemas físicos como dolores, etc; el malestar de estómago o los catarros
 - Me preocupan las enfermedades y me resulta difícil pensar en otra cosa
 - Estoy tan preocupado por las enfermedades que soy incapaz de pensar en otra cosa
-

21)

- No he observado ningún cambio en mi interés por el sexo
- La relación sexual me atrae menos que antes
- Estoy mucho menos interesado por el sexo que antes
- He perdido totalmente el interés sexual

Guía para la interpretación del inventario de la depresión de Beck:

Puntuación Nivel de depresión*

- 1-10Estos altibajos son considerados normales.
 - 11-16Leve perturbación del estado de ánimo.
 - 17-20Estados de depresión intermitentes.
 - 21-30Depresión moderada.
 - 31-40Depresión grave.
 - + 40Depresión extrema.
- * Una puntuación persistente de 17 o más indica que puede necesitar ayuda profesional.

Anexo IV.

GRADOS FUNCIONALES DEL CÁNCER DE MAMA QUE SE RELACIONAN CON EL GRADO DE INCAPACIDAD³³	
GRADO FUNCIONAL 0	Tumores curados o en remisión completa y sin secuelas
GRADO FUNCIONAL 1	Tumores curados o en remisión completa con secuelas leves secundarias al tratamiento
GRADO FUNCIONAL 2	Tumor está curado o en remisión completa pero existen secuelas de carácter moderado secundarias al tratamiento
GRADO FUNCIONAL 3	Tumores en remisión incompleta o con recidivas y afectación del estado general; también puede tratarse de tumores curados o en remisión pero que presenten secuelas graves derivadas del tratamiento
GRADO FUNCIONAL 4	El tumor se encuentra en remisión incompleta, no está curado o tiene carácter metastásico; también se corresponde con tumores curados o en remisión pero con secuelas muy severas