

Universidad Católica de Santa María

Facultad de Obstetricia y Puericultura

Segunda Especialidad en Prevención de Cáncer Cérvico Uterino y de Mamas



CÁNCER DE MAMA ESTADIO CLÍNICO IIA

Trabajo Académico presentado por la Obstetra:

Ccama Cahuana Apolinaria

Para optar el Título de Segunda Especialidad
en: Prevención de Cáncer Cérvico Uterino y de
Mamas

Asesora: Mgter. Sotomayor Martínez Victoria

Arequipa – Perú

2021



Universidad Católica
de Santa María

☎ (5154)322038 🌐 <http://www.ucsm.edu.pe> 📘 [facebook.com/ucsm.edu.pe/](https://www.facebook.com/ucsm.edu.pe/)

AREQUIPA – PERU

FACULTAD DE OBSTETRICIA Y PUERICULTURA

Arequipa, 2 de febrero del 2021.

**INFORME DE DICTAMEN DE PROYECTO DE TRABAJO ACADÉMICO
DE SEGUNDA ESPECIALIDAD**

A : Mgter. Ricardina Flores Flores .
Decana de la Facultad de Obstetricia y Puericultura

DE : Dra. JANNET ESCOBEDO VARGAS
Presidenta del Jurado
Mgter. LOURDES ARENCIO HEREDIA
Vocal
Mgter. ARMIDA FERNANDEZ VASQUEZ
Secretaria

Dictaminadoras del Borrador de Tesis de 2da. Especialidad

TITULO DEL BORRADOR:

Trabajo Académico: “CÁNCER DE MAMA ESTADIO CLÍNICO IIA”

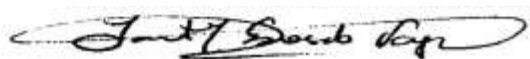
PRESENTADO POR:

Lic.CCAMA CAHUANA APOLINARIA

Para optar el título de Segunda Especialidad en **“PREVENCION DE CANCER CERVICO UTERINO Y DE MAMAS”**, en la modalidad de DISERTACION

Hechas las correcciones a las observaciones que se encontraron en el mencionado TRABAJO ACADÉMICO, se da el **DICTAMEN FAVORABLE**, para la sustentación del trabajo respectivo.

Atentamente,



Dra.Jannet Escobedo Vargas Cod 0955

Mgter.Lourdes Arencio Heredia Cod.0790

Presidente

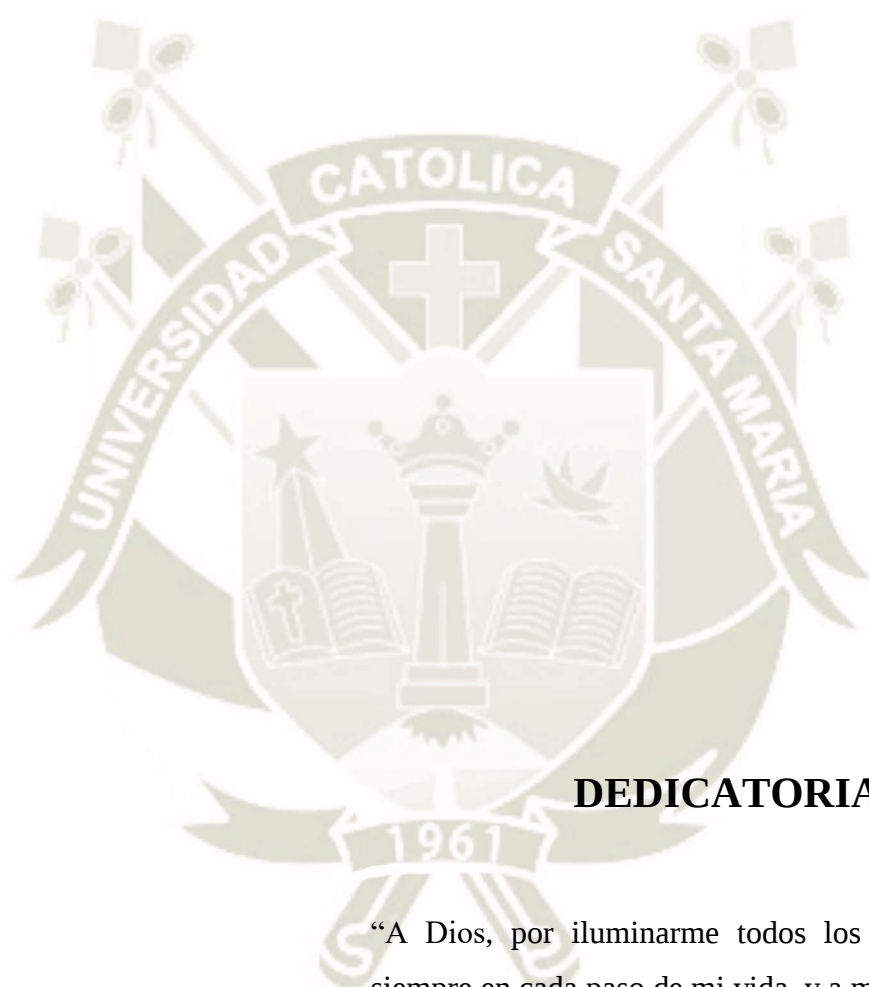
Vocal



Mgter.Armida Fernández Vásquez Cód.1551

Secretaria





DEDICATORIA

“A Dios, por iluminarme todos los días y guiarme siempre en cada paso de mi vida, y a mi familia que me acompaña en mis sueños”



“La investigación de la enfermedad ha avanzado tanto que cada vez es más difícil encontrar a alguien que esté completamente sano”.

Aldous Honley

RESUMEN

OBJETIVOS: Identificar los antecedentes personales y familiares del caso clínico de la paciente con diagnóstico de Cáncer de Mama en Estadio Clínico IIA (Tamaño2 Nodulo0 Metastasis0). Establecer e indicar la sintomatología para admitir la presencia de la enfermedad, existente. Por último, mencionar el tratamiento que proteja al bienestar de la usuaria.

Se presenta el caso clínico de **Cáncer de Mama en EC IIA (T2 N0 M0)**, la paciente acude por primera vez en enero del 2019 al Hospital Goyeneche III, Consultorio externo de Oncología, con un tiempo de enfermedad aproximadamente desde diciembre 2018 caracterizado por una tumoración en mama izquierda asociado a dolor.

El 25 de enero del 2019, se realiza **Mamografía Bilateral** que informa nódulo irregular con micro calcificaciones en mama izquierda, que sugiere Neoplasia Maligna (NM) y **Ecografía Mamaria**, que informa masa sólida hipoecogénica de 33x28x20mm de contornos irregulares con micro calcificaciones con un vaso arterial periférico en relación a NM BIRADS 5. El 18 de febrero del 2019, se realiza **Biopsia Core** antero posterior: carcinoma ductal infiltrante primitivo de mama izquierda medianamente diferenciado Grado2, Invasión Linfovascular (ILV) + Inmunohistoquímica (IHQ): Receptores estrogénicos (RE) + 1%, Receptores de Progesterona (RP)-, Ki67, HER2 indeterminado, SISH – (**triple negativo**). El 08 de abril del 2019 se efectúa **Cirugía**: Tumorectomía + Ganglio Centinela + Ampliación De Margen Supero-interno y Externo + Mamoplastia Lateral. El 23 de abril del 2019, inicia **Quimioterapia** (QT) esquema Adriamicina con ciclofosfamida (AC) x 4 ciclos (último el 26 de junio del 2019). El 15 de julio del 2019, inicia **Radioterapia** (RT) 50Grays/28fracciones (finaliza el 26 de agosto del 2019).

Se cataloga como: Sin Evidencia de Enfermedad (SEE) desde el 24 de diciembre del 2019, queda en controles con hormonoterapia (Anastrozol).

Actualmente, la paciente se encuentra con actividad física agotadora restringida, pero ambulatoria y capaz de trabajos ligeros y sedentarios, (ECOG 1), despierta, Lucida Orientada en Tiempo, Espacio y Persona (LOTEP).

Palabra clave: Cáncer, Mama.

ABSTRACT

OBJECTIVES: To identify the personal and family history of the clinical case of the patient with a diagnosis of Breast Cancer Clinical Stage IIA (Size2 Nodule0 Metastasis0). To establish and indicate the symptomatology to admit the presence of the disease, existing. Finally, mention the treatment that protects the wellbeing of the patient.

The clinical case of Left Breast Cancer is presented in EC IIA (T2 N0 M0), the patient goes for the first time in January 2019 to the Goyeneche III Hospital, Outpatient Oncology Clinic, with an illness time approximately since December 2018 characterized by a lump in the left breast associated with pain.

On January 25, 2019, a Bilateral Mammogram was performed, which reported an irregular nodule with micro calcifications in the left breast suggesting Malignant Neoplasia (MN) and a Breast Ultrasound that reported a 33x28x20mm hypoechoic solid mass of irregular contours with micro calcifications with a peripheral arterial vessel in relation to NM BIRADS 5. On February 18, 2019 an anteroposterior Core Biopsy was performed: primitive infiltrating ductal carcinoma of the left breast, moderately differentiated Grade2, Lymphovascular Invasion (ILV) + Immunohistochemistry (IHC): Estrogenic receptors (ER) + 1%, Receptors of Progesterone (RP) -, Ki67, HER2 indeterminate, SISH - (triple negative). On April 08, 2019, Surgery was performed: Tumorectomy + Sentinel Ganglion + Superointernal and External Margin Enlargement + Lateral Mammoplasty. On April 23, 2019, chemotherapy (CT) starts with Adriamycin with cyclophosphamide (AC) x 4 cycles (last on June 26, 2019). On July 15, 2019, Radiotherapy (RT) 50Grays / 28 fractions begins (ends on August 26, 2019).

50Grays / 28fractions (ends August 26, 2019).

It is cataloged as No Evidence of Disease (SEE) since December 24, 2019, it remains in controls with hormonal therapy (Anastrozole)

Currently the patient is, with restricted, exhausting physical activity, but ambulatory and capable of light and sedentary work, (ECOG 1), awake, Lucida Oriented in Time, Space and Person (LOTEP).

Keyword: Cancer, Breast.

INTRODUCCIÓN

El cáncer de mama es una neoplasia maligna; se dice de un tumor maligno ocurrido por el crecimiento desordenado de una célula o varios grupos de células del organismo humano.

Posee la capacidad de ingresar y dañar tejidos sanos del entorno (proceso que llamamos infiltración). El cáncer de mama actualmente tiene una alta incidencia lo cual representa un problema de salud pública en nuestra población (1).

Es una enfermedad frecuente en la mujer occidental y una de las causas más comunes de fallecimiento, este tipo de cáncer se manifiesta en mujeres europeas, norteamericanas, australianas y ciertas féminas de América Latina.

En nuestra ciudad es la segunda neoplasia en frecuencia con 255 casos aproximadamente al año, representando el 11,92% del total de casos y la frecuencia de cáncer de mama está aumentando considerablemente (registro de cáncer poblacional de Arequipa 2014). La edad oscila entre 45 a 49 años, teniendo preponderancia de esta patología desde los 40 años en adelante, pero la mayor manifestación se da a partir de los 60 años (2).

Anteriormente, se pensaba que la incidencia en países en desarrollo era baja, sin embargo, recientemente se ha observado un incremento que está relacionado directamente con factores socioeconómicos, pero puede también reflejar diferencias biológicas. Casi un gran porcentaje de las mujeres tienen algún factor de riesgo. Y de estas la mayoría no tienen factores identificados.

Las diferencias geográficas, poblacionales con relación a la base genética y las influencias de estilos de vida, ampliamente han mostrado que las mujeres que migran de regiones de bajo riesgo hacia regiones de alto riesgo, obtienen una mayor posibilidad de sufrir esta enfermedad, “cáncer de mama” que las mujeres nativas.

Hoy, se considera que es una enfermedad de mal pronóstico, esto debido al diagnóstico tardío (1), (3), (4).

Siendo los objetivos del presente trabajo académico: Identificar los antecedentes personales y familiares del caso clínico de la paciente con diagnóstico de Cáncer de Mama en Estadio Clínico IIA (Tamaño2 Nodulo0 Metastasis0). Establecer e indicar la

sintomatología para admitir la presencia de la enfermedad, existente. Por último, mencionar el tratamiento que proteja al bienestar de la usuaria.

El presente trabajo académico está organizado de la siguiente manera:

En el Capítulo I, se revisará el marco conceptual, en el Capítulo II, marco Metodológico y el Capítulo III, discusión, conclusión y recomendaciones.



ÍNDICE GENERAL

DEDICATORIA	IV
RESUMEN	VI
ABSTRACT.....	VII
INTRODUCCIÓN	8
ÍNDICE GENERAL.....	10
CAPÍTULO I	11
MARCO CONCEPTUAL	11
1. CÁNCER DE MAMA	11
1.1. DEFINICIÓN DE CÁNCER DE MAMA	11
1.2. INCIDENCIA EPIDEMIOLÓGICA:	11
1.3. SIGNOS Y SINTOMAS	12
1.4. DISTRIBUCIÓN Y CLASIFICACIÓN DE CÁNCER MAMARIO:	12
1.4.1. No Infiltrantes:	13
1.5. ESTADIOS DEL CÁNCER DE MAMA DE ACUERDO A SU DISEMINACIÓN.....	13
1.6. FACTORES DE RIESGO	14
1.7. DETECCIÓN Y DIAGNÓSTICO	16
1.8. TRATAMIENTO.....	17
1.9. DESCRIPCIÓN TEORICA DEL CASO CLÍNICO: CÁNCER DE MAMA ESTADIO CLÍNICO IIA.	19
1.10. IMPACTO PSICOLÓGICO FRENTE AL DIAGNÓSTICO DE CÁNCER DE MAMA. PRIMERAS REACCIONES EMOCIONALES	21
1.11. ANTECEDENTES INVESTIGADOS.....	22
TÍTULO II	23
MARCO METODOLÓGICO	23
CAPÍTULO III.....	30
DISCUSIÓN	30
CONCLUSIONES	32
RECOMENDACIONES	33
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	34

CAPÍTULO I

MARCO CONCEPTUAL

1. CÁNCER DE MAMA

1.1. DEFINICIÓN DE CÁNCER DE MAMA

El cáncer es una enfermedad genética ocasionada por diversas transformaciones en los genes que intervienen en el funcionamiento de las células, en especial, el crecimiento y la división celular. Las mutaciones genéticas que ocasionan el cáncer pueden heredarse de padres a hijos o pueden deberse a errores en la división de las células o al daño de ácido desoxirribonucleico (AND) originado por los cambios climáticos. Esta enfermedad en cada persona tiene una constitución única de transformaciones genéticas y de acuerdo como va creciendo se originan cambios adicionales. Estos tumores genéticos, a su vez, son distintos en células desiguales dentro de cada tumor (2).

El cáncer de mama es un tumor maligno que se origina en el tejido de la glándula mamaria. Quiere decir, enfermedad heterogénea con una aparición de células tumorales que provienen de un tejido glandular mamario a lo largo de toda su evolución, hasta la enfermedad de exposición sistémica desde su inicio.

La metástasis es una expresión de crecimiento tumoral y progreso de la enfermedad. Los ganglios linfáticos tienen un pronóstico de valor que muestra una biología maligna del tumor, porque la enfermedad perdura en los ganglios linfáticos y podría ser la partida de la enfermedad a distancia (5).

1.2. INCIDENCIA EPIDEMIOLÓGICA:

Generalmente es poco frecuente antes de los 25 años de edad, en cambio su máxima incidencia es próxima a la menopausia. (1)

- Con mucha más frecuencia en mujeres con antecedentes familiares de cáncer de mama; el riesgo incrementa en proporción al número de pacientes en primer grado con cáncer.

- Más alto riesgo en mujeres con menarquía temprana y menopausia tardía.
- De mayor frecuencia en mujeres nulíparas que en multíparas.
- La obesidad está relacionada con un aumento del riesgo, porque los estrógenos se depositan en el tejido adiposo.
- El tratamiento con estrógenos de los síntomas de la menopausia, está conexas con una moderada elevación de riesgo de padecer esta enfermedad.

1.3. SIGNOS Y SINTOMAS

La enfermedad en sus estadios iniciales generalmente no presenta sintomatología. Mostrándonos que el dolor de mama no es un signo de cáncer. Pero si surge un bulto o masa nos expresa el primer signo que, y palpación, nos muestra un tejido mamario muy diferente que lo rodea. Se palpa bordes duros, irregulares, que generalmente no duelen a la compresión. En algunos casos aparecen cambios de coloración y tirantez en la zona afectada.

Ciertos tumores malignos a la palpación muestran bordes regulares que son blandos. Motivo por el cual, cuando se detecta alguna alteración se debería acudir al médico. En fases iniciales, la masa bajo la piel se puede correr con los dedos. En fases avanzadas mucho más, el tumor suele estar pegado a la pared torácica o a la que lo recubre y no se desplaza. El tumor podría notarse, incluso a los ganglios de las axilas y pueden aumentar de tamaño. La sintomatología en estas etapas es diferente y dependen mucho de la extensión y tamaño de la masa.

La sintomatología puede iniciarse con: retracción del pezón, irritación o hendiduras de la piel, inflamación o dolor de alguna parte de la mama, descamación o enrojecimiento de la piel y del pezón, en algunas ocasiones hay presencia de secreción purulenta por el pezón, que no es leche (6).

1.4. DISTRIBUCIÓN Y CLASIFICACIÓN DE CÁNCER MAMARIO:

Alrededor del 50% de los carcinomas de mama se inician en la parte superior externa de la mama, solo el 10% en las demás regiones de la mama, y el 20% en la parte central o subalveolar.

Los carcinomas en su mayoría se originan en las unidades de canales terminales (exceptuando la enfermedad de Paget y los carcinomas lobulillares).

Actualmente los principales tipos de carcinomas de la mama son los siguientes (6).

1.4.1. No Infiltrantes:

- El Carcinoma ductual in situ.
- El Carcinoma papilar in situ.
- El Carcinoma lobular in situ.

1.4.2. Infiltrantes:

- El Carcinoma ductal infiltrante (o invasivo).
- El Carcinoma lobular infiltrante (o invasivo).
- El Carcinoma medular.
- El Carcinoma musinoso.
- El Carcinoma adenoide quístico.
- El Carcinoma tubular.
- El Carcinoma apocrino.
- El Carcinoma Inflamatorio.

1.5. ESTADIOS DEL CÁNCER DE MAMA DE ACUERDO A SU DISEMINACIÓN.

1.5.1. Estadio I: muestra que el nódulo es menor de 2 cm. y no hay metástasis.

1.5.2. Estadio II: Se divide Estadio IIA IIB: Incluye lo siguiente:

- Tumor que mide menos de 2cm, pero en la región axilar están afectados los ganglios.
- Mide entre 2 a 5 cm como puede o no haberse expandido.
- Tumor mide más de 5cm y no están afectados los ganglios axilares.

1.5.3. Estadio III. Se divide estadio IIIA Y IIIB.

- IIIA El tumor puede medir menos de 5cm y se ha diseminado a los ganglios linfáticos axilares, y puede medir más de 5cm y los ganglios linfáticos axilares están afectados.
- IIIB el cáncer se ha extendido a otros tejidos cerca de la mama o el cáncer de ha diseminado a los ganglios linfáticos dentro de la pared torácica cerca del esternón.

1.5.4. Estadio IV. Se produce cuando el cáncer se ha diseminado a otras estructuras del cuerpo (6).

1.6. FACTORES DE RIESGO

La causa de esta enfermedad aún se desconoce, pero se conoce ciertos factores de riesgo. Tenemos que asumir las mujeres que tengan mayor probabilidad de sufrir la enfermedad (o sea que tengan varios factores de riesgo) (6).

1.6.1. FACTORES DE RIESGO NO MODIFICABLES

Nos referimos a los factores concernidos con la individualidad de las personas y dentro de ellos tenemos: (5).

- a) **La Edad.** El 60% de estos nódulos de la mama se inician después de los 60 años de edad. Este porcentaje se incrementa después de los 75 años de edad.
- b) **La Raza.** Mayor vulnerabilidad las mujeres blancas que las de raza negra. Las asiáticas e hispanas tienen menor grado de riesgo.
- c) **El Sexo.** Casi en su totalidad padecen esta enfermedad las mujeres, pero asimismo puede aquejar a los varones siendo una posibilidad menor.
- d) **Genes.** La denominan BRCA-1, BRCA-2 son genes hereditarios. Algunos autores indican que han heredado entre el 50% y el 60%. y algunas mujeres poseen estos genes mutados pueden padecer el cáncer, previamente antes de los 70 años (6).
- e) **Antecedentes personales.** Mujeres que padecieron enfermedad benigna de mama previa, tienen mayor riesgo de manifestar la enfermedad, también las que tiene un gran número de conductos mamarios (6). Las que presentan antecedentes de enfermedad mamaria hay un riesgo del 50% de desarrollar cáncer de seno microscópico en la mama contraria.
- f) **Antecedentes familiares.** Parientes de primer grado como la madre, hermana, hija, con antecedente familiar de cáncer de mama se dobla el riesgo de sufrir. Pero si se presenta de un pariente mucho más alejado como abuela, tía o prima, el riesgo levemente disminuye (6).
- g) **Menarquia temprana/Menopausia tardía.** Si la primera menstruación comienza: (antes de los 11 años de edad), el riesgo es mayor. Mujeres que siguen menstruando o dejan: (después de los 50 años de edad). El riesgo es mayor (6).

- h) Enfermedades previas de la mama.** La hiperplasia ductal o lobular benigna, comprobada por biopsia, da un aumento coherente de riesgo; e hiperplasia ductal atípica posee un aumento esencial de peligro estimado en 3 a 5 casos (7).

1.6.2. FACTORES DE RIESGO MODIFICABLES

Aquellos factores capaces de cambiar mediante participaciones de prevención primaria, secundaria y así poder disminuir o llegar a eliminarlos con las diferentes labores preventivas son: (8).

- a) Embarazo y Lactancia.** Las mujeres que tienen el primer hijo siendo mayores (30 años), la incidencia se incrementa.

La lactancia materna reduce el riesgo de desarrollar cáncer de mama, esencialmente si se prolonga un año y medio a dos años, y disminuye el número total de los ciclos menstruales y por lo tanto también la producción de las hormonas (9).

- b) Aborto.** Han realizado varios estudios referentes a la relación con el aborto y esta enfermedad, a partir del año 1957 al 2020, concluyendo que el riesgo de sufrir cáncer de mama se incrementa en todas aquellas pacientes que han interrumpido su embarazo, provocando un aborto.

- c) Utilización de Anticonceptivos.** Por estudios desarrollados Indican que los métodos anticonceptivos orales actuales poseen dosis bajas de estrógenos en tal sentido se determinó que no existe riesgo significativo de hacer esta enfermedad por la utilización continua de este método anticonceptivo (10).

- d) Terapia Hormonal Sustitutiva.** La terapia hormonal sustitutiva es utilizada para calmar la sintomatología de la menopausia, parece incrementar a largo plazo el peligro de sufrir cáncer mamario.

- e) Incorrecta alimentación** La manera desproporcionada del consumo de alimentos podría ocasionar trastornos metabólicos en el organismo como la Diabetes o la obesidad lo cual aumenta el riesgo a padecer cáncer (11).

- f) **Incremento de peso.** El incremento inadecuado de peso parece estar relacionado con un riesgo mayor de sufrir esta enfermedad, debido a que muchas mujeres con sobre peso producen mayor cantidad de estrógenos (6).
- g) **Consumo de alcohol.** Las bebidas alcohólicas durante varios años están relacionados a un riesgo mayor de padecer esta enfermedad (6).
- h) **Consumo de Tabaco.** Uno de los principales factores de peligro es el uso del tabaco, siendo causa de 2/3 partes de fallecimiento por esta enfermedad (13).
- i) **Situaciones de Estrés.** Se ha surgido una débil conexión entre el estrés, el sistema inmunológico y el cáncer: ahora parece que las células cancerígenas fabrican proteínas que le dicen al sistema inmunológico que las dejen en paz e incluso que les ayude a crecer (12).

1.7. DETECCIÓN Y DIAGNÓSTICO

El valor de diagnosticar la enfermedad es cuando el tumor primario tiene menor volumen, por lo cual el menor número de clonas celulares, es indiscutible, los exámenes recomendados son: (14).

- a) **Examen de mamas.** El personal de salud capacitado examinará ambas mamas y los ganglios linfáticos de las axilas para verificar si existen nódulos u otras anomalías. La American Cancer Society encomienda, que las mujeres se sometan a un examen clínico de mamas cada año (14).
- b) **Mamografía.** La mamografía es una radiografía de la mama. Si se aprecia alguna zona sospechosa o que no es del todo clara, pueden ser necesarias algunas radiografías adicionales (14).
- c) **Ecografía mamaria.** Son ondas sonoras para producir imágenes de estructuras profundas del cuerpo. Puede emplear para determinar si un nuevo nódulo mamario es una masa sólida o un quiste lleno de líquido (14).
- d) **Extraer una muestra de células mamarias para su análisis (biopsia).** Se usa una aguja para obtener líquido o una pequeña cantidad de tejido de un bulto de la mama.

Con este procedimiento se puede observar si el bulto es un quiste lleno de líquido (no es cáncer) o bien se trata de una masa sólida (que puede ser cáncer o no) (14).

- e) **Biopsia quirúrgica.** El cirujano extrae parte o la totalidad del bulto o del área sospechosa. Un anátomo-patólogo examina el tejido mediante un microscopio, en busca de células cancerosas (14).
- f) **Imágenes mamarias por resonancia magnética.** El equipo de resonancia magnética usa un imán y ondas de radio para producir imágenes del interior de las mamas. Antes del procedimiento, se aplicará una inyección de un tinte. A diferencia de otros tipos de pruebas de diagnóstico por imágenes, la resonancia magnética no usa radiación para crear las imágenes (14).

1.8. TRATAMIENTO

El tratamiento de esta enfermedad, es según el tipo de cáncer de mama, su etapa y grado, tamaño, y si las células cancerosas son sensibles a las hormonas. Las cirugías que se utilizan para tratar el cáncer de mama son las siguientes: (14).

- a) **Extracción del cáncer de mama (Tumorectomía).** Se puede también denominarse «cirugía de conservación de mama» o «escisión local amplia», el especialista extrae el tumor y un margen pequeño del tejido sano que lo rodea (14).
- b) **Extirpación de toda la mama (mastectomía).** Es una operación en la cual se extrae la totalidad del tejido mamario. En la mayoría de los procedimientos de mastectomía, se saca todo el tejido mamario: los lóbulos, los conductos, el tejido adiposo y algo de piel, incluso el pezón y la areola (mastectomía total o simple) (14).
- c) **Extracción de una cantidad limitada de ganglios linfáticos (biopsia de ganglios centinelas).** Para establecer si el cáncer se ha extendido a los ganglios linfáticos, el médico especialista indicará como es el procedimiento de extraer los primeros ganglios linfáticos que reciben el drenaje linfático del tumor (14).

- d) **Extracción de varios ganglios linfáticos (disección de los ganglios linfáticos axilares).** Si se descubre cáncer en los ganglios linfáticos centinelas, el cirujano indica el procedimiento acerca de la función de extraer otros ganglios linfáticos de la axila (14).
- e) **Extirpación de los dos senos.** Si hay algún riesgo muy elevado de tener cáncer debido a una predisposición genética o a antecedentes familiares fuertes. En algunas mujeres que tienen cáncer en una mama pueden decidir que se les extraiga la otra (sana) (mastectomía profiláctica contralateral) (14).
- f) **Radioterapia.** La radioterapia utiliza haces de energía de gran potencia, como los rayos X y los protones, para excluir las células cancerosas. La radioterapia se suele aplicar con una máquina de gran tamaño que dirige haces de energía al cuerpo (radiación de haces externos (14).
- g) **Quimioterapia.** Maneja medicamentos para devastar las células de crecimiento rápido, como las células cancerosas. Si hay un riesgo alto de que el cáncer vuelva a aparecer o se extienda a otra parte del cuerpo, se recomienda quimioterapia después de la cirugía para reducir la probabilidad de recurrencia (14).
- h) **Terapia hormonal.** La denominación más apropiada podría ser "terapia de bloqueo hormonal", habitualmente se utiliza para tratar cánceres de mama que son sensibles a las hormonas. Se refieren a estos cánceres como cánceres de receptor de estrógeno positivo (RE positivo) y de receptor de progesterona positivo (RP positivo) (14).
- i) **Medicamentos de terapia dirigida.** Arremeten las anomalías específicas de las células cancerosas. Por ejemplo, muchos medicamentos de terapia dirigida se centran en una proteína que producen en exceso algunas células del cáncer de mama denominada «receptor 2 del factor de crecimiento epidérmico humano» (HER2) (14).
- j) **Inmunoterapia.** El sistema inmunitario para luchar contra el cáncer. El sistema inmunitario del cuerpo que combate la enfermedad podría no atacar el cáncer porque las células cancerosas producen proteínas que impiden que las células del sistema inmunitario las reconozcan. La inmunoterapia funciona interfiriendo en ese proceso (14).

- k) Cuidados de apoyo (paliativos).** Estos cuidados paliativos tratan de atención médica especializada que se centraliza en brindar alivio del dolor y de otros síntomas de una enfermedad seria. Los Oncólogos médicos en cuidados paliativos trabajan con la paciente, familia y otros especialistas. Los cuidados paliativos pueden realizarse mientras el paciente se somete a otros tratamientos agresivos, como cirugía, quimioterapia o radioterapia (14).

1.9. DESCRIPCIÓN TEORICA DEL CASO CLÍNICO: CÁNCER DE MAMA ESTADIO CLÍNICO IIA.

El estadio IIA describe el cáncer de mama invasivo en el que:

- No hay ningún tumor en la mama, pero se detectan células cancerígenas (que superan los 2 mm) en 1-3 ganglios linfáticos axilares (debajo del brazo) o en los ganglios linfáticos cerca del esternón (encontrado durante una biopsia del ganglio centinela) O
- El tumor mide 2 cm o menos, y se ha propagado hacia los ganglios linfáticos axilares O
- El tumor mide entre 2 y 5 cm, y no se ha propagado hacia los ganglios linfáticos axilares (16).

1.9.1. DIAGNÓSTICO.

Se sugiere las siguientes pruebas para diagnosticar un cáncer de mama inicial.

- a) Mamografía.** La mamografía es una radiografía de la mama. Las mamografías suelen utilizarse para detectar cáncer de mama. Si se detecta una anomalía en una mamografía de detección, el médico puede recomendar una mamografía de diagnóstico para evaluar con mayor detalle esa anomalía (15).
- b) Ecografía mamaria.** La ecografía usa ondas sonoras para producir imágenes de estructuras profundas del cuerpo. La ecografía puede usarse para determinar si un nuevo nódulo mamario es una masa sólida o un quiste lleno de líquido (15).

c) **Biopsia Core.** Una biopsia corresponde a un procedimiento diagnóstico que permite extraer muestras de un tejido para su posterior análisis microscópico por un anatomopatólogo y core se refiere al “núcleo” de la lesión.

Por lo tanto, la biopsia core bajo ecografía de mama es una técnica de biopsia mamaria que permite obtener pequeñas muestras del “centro” de una lesión, guiándose con ecografía para localizar la zona.

El objetivo de este procedimiento no es extraer la totalidad de la lesión.

La indicación más frecuente de este tipo de biopsia es el estudio de nódulos de aspecto sospechoso detectados por ecografía.

Puesto que se realiza con ecografía como guía, no requiere de la exposición a la radiación ionizante (rayos X) (15).

1.9.2. TRATAMIENTO:

Cirugía

La tumorectomía es una cirugía para extirpar el cáncer u otro tejido anormal de la mama. También se denomina cirugía de conservación de mama o escisión local amplia porque, a diferencia de la mastectomía, se extrae solamente una parte de la mama.

Además, durante la tumorectomía se extrae una pequeña cantidad de tejido normal alrededor del bulto (también se describe como márgenes limpios o normales del tejido mamario) para asegurarse de que se extraiga todo el cáncer u otro tejido anormal.

La extracción del tumor ayuda a confirmar un diagnóstico de cáncer o a descartarlo. Además, la tumorectomía es la primera opción de tratamiento para algunas mujeres con cáncer de mama en estadio temprano. En casos donde se encuentra cáncer, generalmente se realiza radioterapia en la mama después de la extracción del tumor para reducir las posibilidades de que vuelva a aparecer el cáncer (14).

1.10. IMPACTO PSICOLÓGICO FRENTE AL DIAGNÓSTICO DE CÁNCER DE MAMA. PRIMERAS REACCIONES EMOCIONALES

El cáncer de mama es un tumor maligno que se inicia en la glándula mamaria. En la actualidad es el tumor más frecuente en la población femenina tanto en países desarrollados como en aquellos en vías de desarrollo. Se estima que el riesgo de padecer cáncer de mama a lo largo de la vida es de, aproximadamente, 1 de cada 8 mujeres.

El diagnóstico de cáncer de mama desencadena un impacto psicológico. La mayoría de las mujeres experimentan sentimientos de ansiedad, incertidumbre, miedo o depresión. Después, más allá de la noticia, está la esperanza. Uno de los problemas de esta enfermedad es el miedo que produce al asociarse inevitablemente a la idea de muerte. Adaptarse a vivir con una enfermedad exige tiempo, paciencia, apoyo e interés por participar en el cuidado de la propia salud. Vivir con una enfermedad plantea nuevos retos a la persona que la padece. Aprender a afrontar esos retos es un proceso largo. Entender qué te ocurre y participar activamente en el cuidado de la propia salud ayuda a afrontar los nuevos retos que van apareciendo.

Resulta fundamental que los profesionales de la salud conozcan y comprendan las necesidades psíquicas de las pacientes diagnosticadas de cáncer de mama ya que el estado emocional influye directamente en el proceso de afrontamiento y recuperación.

Los pacientes atraviesan varias fases en el proceso de asumir que padecen una enfermedad y de aprender a vivir con ella. Algunos se sienten vulnerables, confundidos y preocupados por su salud y su futuro. Estos sentimientos forman parte del proceso de afrontamiento. En este proceso el apoyo familiar que recibe el paciente es un aspecto fundamental ya que la familia es la mayor fuente de apoyo social y personal que pueden disponer las personas (15).

1.11. ANTECEDENTES INVESTIGADOS.

Un caso clínico presentado por Nayara López (2020), mujer de 32 años “cáncer de mama derecha tipo Her2- neu”; que inicia tratamiento con quimioterapia sistémica primaria, tras biopsia de ganglio centinela previa, para posteriormente realizar cirugía, radioterapia y hormonoterapia. Post quimioterapia, la paciente presentó respuesta parcial, iniciando hormonoterapia durante 5 años. La evolución posterior ha sido favorable sin recidiva. Podemos indicar que el tratamiento sistémico primario que se planteó en esta paciente fue con una doble intención: Primero intentar cirugía conservadora, y segundo, para probar la quimio sensibilidad del tumor, lo que a su vez nos sirve como pronóstico favorable y presentar una mejor supervivencia (17).

Según Silvana Luz Cahuata Loazano (2019), realizó un estudio: “Calidad de Vida y Afrontamiento al Estrés en pacientes con Cáncer”, se planteó con el objetivo de establecer la relación que existe entre la calidad de vida y el afrontamiento al estrés de los pacientes con cáncer sometidos a quimioterapia. Utilizando para ello el método del Formulario de preguntas en la modalidad de Cuestionario. Los instrumentos se aplicaron a 235 pacientes con tratamiento oncológico. Llegando a Conclusiones: La calidad de vida de los pacientes con cáncer sometidos a quimioterapia, es de nivel regular. El afrontamiento del estrés, es de nivel regular. Si existe relación estadísticamente significativa entre la calidad de vida y el afrontamiento al estrés en pacientes con cáncer sometidos a quimioterapia (18).

Según Antonia Pérez Moreno (2015), presento un caso clínico “mujer de 42 años obesa, fumadora con antecedentes familiares”, empezando su enfermedad desde junio del 2007, donde se palpa adenopatía axilar izquierda no dolorosa sin modificaciones en el bulto anterior. Recibe terapia de soporte “Mastectomía” cirugía conservadora de mama +QT y RT alternativas y terapia hormonal dirigida (por un año).2010 acude por pérdida de fuerza de MII, resultado no metastásico óseo, por lo cual continua con su tratamiento. Concluyendo que es un tipo de cáncer relativamente en incremento, pero con una tasa de curación alta y se puede mantener una buena calidad de vida (19).

TÍTULO II

MARCO METODOLÓGICO

2.1. PRESENTACIÓN DEL CASO CLÍNICO:

I. ANAMNESIS:

1. FILIACIÓN:

APELLIDOS Y NOMBRE : N/N

SEXO : Femenino

EDAD : 62 años

FECHA DE NACIMIENTO : 29/12/1958

LUGAR DE NACIMIENTO : Puno

LUGAR DE PROCEDENCIA : Arequipa

DOMICILIO ACTUAL : Calle Paz Soldán A, Miraflores

ESTADO CIVIL : Viuda

RELIGIÓN : Católica

GRADO DE INSTRUCCIÓN : Superior incompleta

OCUPACIÓN ACTUAL : Ama de casa

DNI : 29281891

ACOMPAÑANTE : Comadre María (971799044)

FECHA DE INGRESO : 25.01.2021

INFORMANTE : Paciente

TIPO DE SEGURO : SIS

MODO DE INGRESO : Consultorio

2. ENFERMEDAD ACTUAL

Tiempo de enfermedad : 3 años.

Síntomas principales : Tumoración y dolor en mama izquierda, dolor en extremidad superior.

Relato de la enfermedad: Paciente con un tiempo de enfermedad aproximadamente desde diciembre del 2018, caracterizado por tumoración en mama izquierda asociado a dolor.

El 25 de enero del 2019 se realiza **Mamografía Bilateral** que informa nódulo irregular con micro calcificaciones en mama izquierda que sugiere Neoplasia Maligna (NM) y **Ecografía Mamaria** que informa masa solida hipoecogénica de 33x28x20mm de contornos irregulares con micro calcificaciones con un vaso arterial periférico en relación a Neoplasia Maligna BIRADS 5.

El 18 de febrero del 2019 se realiza **Biopsia Core** antero posterior: carcinoma ductal infiltrante primitivo de mama izquierda medianamente diferenciado Grado2, Invasión Linfovascular (ILV) + Inmunohistoquímica (IHQ): Receptores estrogénicos (RE) + 1%, Receptores de Progesterona (RP)-, Ki67, HER2 indeterminado, SISH – (triple negativo).

El 08 de abril del 2019 se realiza **Cirugía:** Tumorectomía + Ganglio Centinela + Ampliación De Margen Supero-interno y Externo + Mamoplastía Lateral.

El 23 de abril del 2019 inicia **Quimioterapia** (QT) esquema Adriamicina con ciclofosfamida (AC) x 4 ciclos. El 15 de julio del 2019 inicia **Radioterapia** (RT) 50Grays/28fracciones.

Desde el 24 de diciembre del 2019, queda en controles con hormonoterapia (Anastrozol)

Actualmente la paciente se encuentra, con actividad física agotadora restringida, pero ambulatoria y capaz de trabajos ligeros y sedentarios, (ECOG 1), despierta, Lucida Orientada en Tiempo, Espacio y Persona (LOTEP).

3. FUNCIONES BIOLÓGICAS:

Apetito : Conservado.

Sed : Conservada.

Deposiciones : Normal.

Orinas : Normal.

Sueño : Conservado.

4. ANTECEDENTES PERSONALES:

- Nacida de parto eutócico, de atención hospitalaria.
- Refiere haber recibido todas sus vacunas.
- Desarrollo psicomotor aparentemente dentro de lo normal

A. GINECO-OBSTETRICOS:

Menarquia : 12 años.

IRS : 19 años.

FUM : 50 años.

NPS : 01.

MACs : T de cobre (por 1 año, a los 22 años).

Edad del primer embarazo : 20 años.

Fórmula obstétrica : G3, P2, A1, Hv2, Hm0

Papanicolaou : Nunca

B. PATOLOGICOS:

Enfermedades crónicas importantes:

- Diabetes mellitus : No.
- HTA : No
- Cardiopatías : No.
- Asma : No.

- Várices : No.
- Enf. Reumatológicas : No.
- Otras : No.

Alergias : No.

Intervenciones quirúrgicas : No

Transfusiones : Niega.

Medicación habitual : Ninguna.

Hábitos nocivos : No los tiene

5. ANTECEDENTES FAMILIARES

Padre : Vive, aparentemente sano.

Madre : Vive, aparentemente sana.

Hermanos : 05, aparentemente sanos.

Hijos : 02 Viven, aparentemente sanos.

Antecedentes familiares de cáncer: No

6. ANTECEDENTES SOCIOECONOMICOS

Vivienda : Familiar, de material noble.

Servicios : Agua (si) luz (si) desagüe (si) recojo de basura (2 v/s).

Animales : Perros.

II. EXÁMEN FÍSICO:

1. **EXÁMEN FÍSICO GENERAL:** Estado general: REG, REN, REH. Estado de conciencia: Lúcida y orientada en TEP, Facies: sin característica. Paciente colabora con el interrogatorio.
2. **PA:** 100/60mmHg **FC:** 97 x' **FR:** 20x' **SatO2:** 91x' **Tp:** 36 grados centígrados (°C).

3. **Examen de piel, faneras y TCSC:** Piel trigueña, húmeda conservada, elasticidad y turgor conservados. Cabello corto, negro, bien implantado. Uñas: rosadas, llenado capilar menor 2 s. TCSC: en poca cantidad.
4. **Ojos:** Párpados simétricos, móviles, conjuntivas rosadas, pupilas isocóricas fotorreactivas, agudeza visual conservada.
5. **Nariz:** Normorrinea, fosas nasales permeables.
6. **Oídos:** Pabellones auriculares simétricos, CAEs permeables. Audición conservada.
7. **Boca:** Labios simétricos, mucosa oral húmeda, lengua central, gusto disminuido, orofaringe no congestiva, amígdalas eutróficas.
8. **Cuello:** cilíndrico, móvil, no se palpan adenopatías.
9. **Tórax:** simétrico móvil, ampliación y elasticidad conservados, MV pasa bien en ACP, no ruidos agregados.
10. **Mama:** mama izquierda se evidencia cicatriz antigua. No se palpa masas.
11. **Cardiovascular:** Ruidos cardiacos normorritmicos, normo fonéticos, no se auscultan soplos, pulsos periféricos presente, no se observa ni palpa choque de punta.
12. **Abdomen:** simétrico b/d no doloroso a la palpación.
13. **Genitales:** genitales externos normales.
14. **Extremidades:** Sin alteraciones.
15. **Linfáticos:** no se palpan adenopatías.
16. **Neurológicos:** Motricidad y sensibilidad conservada.

III. IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA:

- CÁNCER DE MAMA IZQUIERDA ESTADIO CLÍNICO IIA (T2 N0 M0).

IV. ANTECEDENTES DE EXAMENES REALIZADOS Y TRATAMIENTOS RECIBIDOS

25 de enero del 2019.

MAMOGRAFÍA: Nódulo irregular con micro calcificaciones en mama izquierda que sugiere NM. **ECOGRAFÍA MAMARIA:** Masa sólida hipoecogénica de 33x28x20mm contornos irregulares con micro calcificaciones con un vaso arterial periférico en relación a NM BIRADS 5.

28 de enero del 2019.

ECOGRAFÍA ABDOMINAL: Negativo para Neoplasia Maligna.

31 de enero del 2019.

RX TÓRAX: Negativo para Neoplasia Maligna.

18 de febrero del 2019.

BIOPSIA CORE ANTERO POSTERIOR DE TUMOR DE MAMA: Carcinoma ductal infiltrante primitivo de mama izquierda medianamente diferenciado Grado2, Invasión Linfocascular (ILV).

26 de febrero del 2019.

Inmunohistoquímica (IHQ): Receptores estrogénicos (RE) + 1%, Receptores de Progesterona (RP)-, Ki67, HER2 indeterminado, SISH – (triple negativo).

08 de abril del 2019.

TUMORECTOMÍA + GANGLIO CENTINELA + AMPLIACIÓN DE MARGEN SUPERO-INTERNO Y EXTERNO + MAMOPLASTIA LATERAL. HO: Axila izquierda: previa localización con sonda de cámara gamma y aplicación de Tecnecio 99 se identifican 3 ganglios centinelas, el mayor de 1 x 1 cm, el cual marcaba 2330 cuentas, el otro de 1500cuentas y el último menor de 0.5 mm marcando 238 cuentas. Mama izquierda a nivel de cuadrante supero-externo de R1 -3 a 2 cm de complejo areola pezón se halla tumor de 4 x 4 cm de bordes definidos que no infiltra la piel ni planos profundos. AP: Carcinoma ductal infiltrante primitivo de mama derecha, G2, se encuentra área de carcinoma ductal in situ con calcificación distrófica, tamaño de tumor (TT): 4.2 X 3.9 X 3.5 cm, multicentricidad no evidente, invasión Linfocascular (ILV) +IPN -, BQx -G+ (0/3).

23 de abril del 2019.

INICIA QUIMIOTERAPIA: Con Adriamicina con ciclosfosfamida por 4 ciclos (última dosis 26 de junio del 2019).

15 de julio del 2019.

INICIA RADIOTERAPIA: De 50Grays/28fracciones a campos tangenciales interno – externo izquierdo (finaliza el 26 de agosto del 2019).

29 de julio del 2020.

ANTERO POSTERIOR ANTRO GASTRICO: Negativo para Neoplasia Maligna.

07 de octubre del 2019.

BIOPSIA TUMOR DE SENO MAXILAR IZQUIERDO: Se evidencia tejido blanco amarillento en lecho de maxilar izquierdo. AP TUMORACIÓN DEL SENO MAXILAR IZQUIERDO: Negativo para NM.

SE CATALOGA COMO SIN EVIDENCIA DE ENFERMEDAD (SEE) DESDE EL 24 DE DICIEMBRE DEL 2019, QUEDANDO EN CONTROLES CON HORMONOTERAPIA (ANASTROZOL).

29 de diciembre del 2020.

ECOGRAFÍA DE MAMAS Y ABDOMINAL: Negativo para Neoplasia Maligna.

06 de enero del 2021.

MAMOGRAFÍA BILATERAL: Cambios postquirúrgicos en mama izquierda sin observarse “recidiva” de la enfermedad tipo mama ACR B, BIRADS I.

V. INDICACIONES:

- Dieta Completa +LOAV.
- Control de funciones vitales.
- Dextrosa 5% 1000cc +kcl 20% amp/ 15gotas x minuto.
- Ranitidina 50mg 01 amp. EV c/8h.
- Anastrozol 1tab. Diario

CAPÍTULO III

DISCUSIÓN

Un caso clínico presentado por Nayara López (2020), mujer de 32 años “cáncer de mama derecha tipo Her2- neu”; que inicia tratamiento con quimioterapia sistémica primaria, tras biopsia de ganglio centinela previa, para posteriormente realizar cirugía, radioterapia y hormonoterapia. Post quimioterapia, la paciente presentó respuesta parcial, iniciando hormonoterapia durante 5 años. La evolución posterior ha sido favorable sin recidiva. Podemos indicar que el tratamiento sistémico primario que se planteó en esta paciente fue con una doble intención: Primero intentar cirugía conservadora, y segundo, para probar la quimio sensibilidad del tumor, lo que a su vez nos sirve como pronóstico favorable y presentar una mejor supervivencia (17).

Logramos indicar en este caso clínico que el tratamiento que se le dio a la señora fue la tumorectomía (cirugía conservadora) y quimioterapia, siendo opciones terapéuticas interesantes, en estadios clínicos IIA del cáncer mamario, con una evolución favorable para la paciente y a la vez mejorar su calidad de vida.

Según Silvana Luz Cahuata Loazano (2019), realizó un estudio: “Calidad de Vida y Afrontamiento al Estrés en pacientes con Cáncer”, se planteó con el objetivo de establecer la relación que existe entre la calidad de vida y el afrontamiento al estrés de los pacientes con cáncer sometidos a quimioterapia. Utilizando para ello el método del Formulario de preguntas en la modalidad de Cuestionario. Los instrumentos se aplicaron a 235 pacientes con tratamiento oncológico. Llegando a Conclusiones: La calidad de vida de los pacientes con cáncer sometidos a quimioterapia, es de nivel regular. El afrontamiento del estrés, es de nivel regular. Si existe relación estadísticamente significativa entre la calidad de vida y el afrontamiento al estrés en pacientes con cáncer sometidos a quimioterapia (18).

En el caso clínico que se está presentado coincide que la calidad de vida y el afrontamiento del estrés en este tipo pacientes con cáncer en estadios clínicos IIA, que son sometidos a quimioterapia tienen un nivel de adaptación regular, que le permite a la paciente continuar

con su estilo de vida que venía desarrollando con la diferencia que debe adaptarse de forma responsable al tratamiento médico.

Según Antonia Pérez Moreno (2015), presento un caso clínico “mujer de 42 años obesa, fumadora con antecedentes familiares”, empezando su enfermedad desde junio del 2007, donde se palpa adenopatía axilar izquierda no dolorosa sin modificaciones en el bulto anterior. Recibe terapia de soporte “Mastectomía” cirugía conservadora de mama +QT y RT alternativas y terapia hormonal dirigida (por un año).2010 acude por pérdida de fuerza de MII, resultado no metastásico óseo, por lo cual continua con su tratamiento. Concluyendo que es un tipo de cáncer relativamente en incremento, pero con una tasa de curación alta y se puede mantener una buena calidad de vida (19).

En el presente caso clínico: Se realiza cirugía “tumorectomía +ganglio centinela + ampliación de margen superior interno y externo + mamoplastía lateral”, posteriormente inicia tratamiento con QT y RT. Coincidiendo que una buena intervención quirúrgica tendrá un impacto muy positivo, sobre todo para la paciente. Las alternativas terapéuticas son muy diversas, por lo que debemos basarnos en la evidencia científica a priori de saber cuál es la terapia de elección. Siempre para el bienestar del paciente (19).

CONCLUSIONES

PRIMERA: Se identificó los antecedentes personales y familiares del caso clínico de la paciente con diagnóstico de Cáncer de Mama en Estadio Clínico IIA (Tamaño 2 Nódulo 0 Metastasis 0). Obteniendo como resultado en cuanto a sus antecedentes familiares que sus parientes (padre, madre, hermanos (5) e hijos (2)), viven aparentemente sanos por lo que la paciente no presenta antecedentes familiares. Así también a partir de la evaluación de antecedentes personales tales como: antecedentes de enfermedad mamaria; se llega a la conclusión en conjunto que la paciente no posee antecedentes personales ni familiares, descartándolos como factores de riesgo.

SEGUNDA: Se estableció e indicó la sintomatología para admitir la presencia de la enfermedad, existente. La paciente con tiempo de enfermedad de 3 años, presenta una tumoración de 3 x 2 cm y dolor regular en mama izquierda; así como en extremidad superior. Por lo que se le realizó una Mamografía Bilateral teniendo como resultado: Nódulo irregular con micro calcificaciones en mama izquierda que sugiere Neoplasia Maligna; se realizó también una Ecografía Mamaria teniendo como resultado: masa sólida hipoeecogénica de 33x28x29mm, de contornos irregulares con micro calcificaciones con un vaso arterial periférico en relación a Neoplasia Maligna BIRADS 5; y por último se realizó una Biopsia Core antero posterior obteniendo de esta los siguientes resultados: carcinoma ductal infiltrante primitivo de mama izquierda medianamente diferenciado Grado 2, (sin determinar el grado IIA ó IIB) Invasión Linfovascular (ILV)+ Inmunohistoquímica (IHQ): Receptores estrogénicos (RE) + 1%, Receptores de Progesterona (RP)-, Ki67, HER2 indeterminado, SISH – (triple negativo).

TERCERA: Se determinó que el tratamiento más conveniente y favorable al que se sometió a la paciente es la TUMORECTOMÍA. Con un pronóstico alentador para la paciente, considerando los exámenes ya realizados anteriormente. Después de recibir tratamiento con QT y RT, se realizaron exámenes. El 29 de diciembre del 2020, Mamografía Bilateral: Cambios posquirúrgicos en mama izquierda sin observarse “recidiva” de la enfermedad tipo mama ACR B, BIRADS I; y Ecografía Mamaria: Negativo para Neoplasia Maligna. De esta manera se llega a constatar que no hay avance de la enfermedad; muy por el contrario, muestra mejoría.

RECOMENDACIONES

1. Las instituciones tanto públicas como privadas, deben promover programas enfocados en la prevención de cáncer de mama, para toda la población en general; debido a que un diagnóstico tardío tiene un mal pronóstico. Así mismo, se debe organizar capacitaciones permanentes al personal involucrado en los programas correspondientes.
2. La coordinación con los diferentes servicios tanto extra e intra hospitalarios, debe abarcar las redes de derivación entre los establecimientos de salud y mejorar la comunicación que coadyuve a obtener mayor información del paciente y lograr un oportuno diagnóstico y tratamiento del cáncer de mama.
3. Fortalecer las capacidades del personal con la finalidad de que el paciente tenga una atención adecuada, a través de cursos y talleres enfocados a factores de riesgo, examen clínico de mama y otros procedimientos para la detección temprana.
4. El personal obstetra involucrado en la prevención y control del cáncer de mama, debe promover, organizar y ejecutar actividades de Información, Educación y Comunicación (IEC), con el objetivo de sensibilizar y concientizar a la población, sobre los riesgos de la enfermedad y la importancia de un oportuno examen médico.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Manrique Hinojosa MMCJ, Limache García LEA. MANUAL EN SALUD PREVENCIÓN EN CÁNCER. MANUAL. Lima: INEN, PROMOCIÓN DE LA SALUD, PREVENCIÓN Y CONTROL NACIONAL DEL CÁNCER.
2. Cruz DCC, inventor; Gabriela Bustamante M, inventores. Mortalidad asociada a factores de riesgo para cáncer de mama en mujeres. Quito. Patente 1720899655.
3. Wikipedia. Mama. [Online]; 2021. Acceso 19 de enero de 2021. Disponible en: <https://es.wikipedia.org/wiki/Mama>.
4. Caja Costarricense de Seguro. Autoexamen de Mama. [Online]; 1997. Acceso 8 de enero de 2021. Disponible en: <https://www.binasss.sa.cr/poblacion/examenmamas.htm>.
5. ASCO. Cancer.Net. [Online]; 2018. Acceso 8 de enero de 2021. Disponible en: <https://www.cancer.net/es/tipos-de-c%C3%A1ncer/c%C3%A1ncer-de-mama/factores-de-riesgo-y-prevenci%C3%B3n>.
6. M. M. Servicio de Oncología. [Online]; 2020. Acceso 30 de junio de 2020. Disponible en: www.cchaler.org/app/download/4007299260/Capítulo4.pdf.
7. al BDe. La incidencia de cáncer de mama, prevalencia, mortalidad y supervivencia en Rochester, Minnesota. Mayo Clin Proc.
8. D K, R M, L R, P H, P S, D S, et al. Noncontraceptive estrogen use and the risk of breast cancer.. JAMA.
9. TrujilloI DMEV, MatosII LYS, RoqueIII DMC, SifontesIV DLNV, FuenteV LNP. SciELO. [Online]; 2010. Acceso 5 de enero de 2021. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-02552010000100003&lng=es.
10. Bland KCE. Manejo multidisciplinario de las enfermedades benignas y malignas.. 3rd ed. Buenos Aires: Médica Panamericana; 2019.
11. Instituto Gerontológico. Prevención del Cáncer de Mama. [Online]; 2021. Acceso 6 de enero de 2021. Disponible en: <http://www.igerontologico.com/salud/cancer/prevencion-cancer-mama/2021>.
12. sanofi aventis. elmundosalud.com. [Online]; 2005. Acceso 12 de enero de 2021. Disponible en: <https://www.elmundo.es/elmundosalud/especiales/cancer/mama3.html>.
13. Vega-Malagón G, Ávila-Morales J, García-Solís P, Camacho-Calderón N, Becerril-Santos A, inventores; LA OBESIDAD Y SU RELACIÓN CON EL CÁNCER DE MAMA EN UNA POBLACIÓN MEXICANA OBESITY AND ITS RELATION TO BREAST CANCER IN A MEXICAN POPULATION. México. Patente 1857 – 7881.

14. Mayo Foundation for Medical Education and Research. MAYO CLINIC. [Online]; 2020. Acceso 2 de enero de 2021. Disponible en: <https://www.mayoclinic.org/es-es/diseases-conditions/breast-cancer/diagnosis-treatment/drc-20352475>.
15. Amezcua M HMC. Arch Memoria. [Online]; 2009. Acceso 7 de enero de 2021. Disponible en: <http://www.index-f.com/memoria/6/mc30863.php> (acceso: 14/05/2019)..
16. Breastcancer.org 120 East Lancaster Avenue. Suite 201 Ardmore, PA 19003 c 2021 Breastcancer.org. Todos los derechos reservados.
17. Nayara López Carpintero *JISM*JIdSG. Servicio de Ginecología, Sección de Patología Mmamaria, Hospital Universitario La Paz Madrid. Revisado enero 2021.
18. Loazano SLC, inventor; Calidad de Vida y Afrontamiento al Estrés en pacientes con cáncer sometidos a quimioterapia en el Hospital Nacional Carlos Alberto Seguin Escobedo. Perú.
19. Rosario. APMfMEBFFHVd, inventor; CASO CLÍNICO CÁNCER DE MAMA Mª. España.

