

Recomendaciones para mejorar la práctica de la medicina en la atención del paciente con cáncer

JIMÉNEZ-CORONA ME¹, RIVERA-CISNEROS AE¹, BARRERA-ROMERO N¹, MANUELL-LEE GR¹, DE LA GARZA-SALAZAR JG², TORRES-LOBATÓN A³, TENA TAMAYO C.¹

RESUMEN

El perfil de la mortalidad en México se ha modificado: de un perfil con predominio de enfermedades infecciosas a uno donde predominan las enfermedades crónico degenerativas. Entre este último grupo, destacan los tumores malignos, que ocupan el segundo lugar en la mortalidad general en nuestro país. Por otra parte se han identificado problemas de calidad de la atención médica en éstos pacientes, destacando los relacionados con la comunicación médico-paciente y/o sus familiares, retraso en el diagnóstico y diagnósticos erróneos, entre otros.

El objetivo del trabajo es identificar los principales problemas referidos en las quejas de Oncología que se han recibido en la CONAMED y brindar recomendaciones generales para el manejo del paciente con cáncer.

A partir del Sistema de Atención de Quejas Médicas (SAQMED), se seleccionaron las quejas sobre los servicios de Oncología que fueron recibidas en la Institución, entre junio de 1996 y noviembre del 2000. Incluyó información sociodemográfica, por tipo de institución y diagnósticos.

El 68% correspondieron al D. F.; 67% fueron del sexo femenino; la edad promedio 48 años; el 71.6% de quejas fueron de seguridad social. El 83.3%, fueron tumores malignos, 18.8% fueron de órganos genitales femeninos. En el 46.7% de las quejas existió mala práctica médica.

El contar con NOMs relacionadas con oncología, no garantiza su aplicación, por lo que tendrán que difundirse más entre la comunidad médica; debe orientarse a la población para la detección y tratamiento oportuno del cáncer y su participación en programas de tamizaje que desarrolló el Sector Salud. Es conveniente establecer protocolos de tratamiento oncológico específicos, implementar estrategias para evitar retrasos en el diagnóstico, la dotación de medicamentos, y el manejo integral del paciente, así como la detección e identificación de exposición a factores de riesgo y estilos de vida que pueden ser evitables. Finalmente, se presentan nueve recomendaciones.

Palabras Clave: Pacientes oncológicos, Recomendaciones en Oncología.

SUMMARY

The profile of mortality in Mexico has been modified: of a profile with predominance of infectious diseases to one with predominance of chronic diseases. Among the latter group, stand out the malignant tumors, which occupy the second place in the general mortality in our country. On the other hand there have been identified healthcare quality problems in these patients, emphasizing the related ones to the communication doctor - patient and/or his relatives, delay in diagnosis and erroneous diagnoses principally. The objective of the work is to identify the main problems referred in the received complaints of Oncology in the CONAMED.

From the electronic system of CONAMED (SAQMED), it were selected the Oncologic complaints, since June 1996 to November 2000, and it were included socialdemographic information, institution as well as diagnoses.

The sixty eight percent of the complaints corresponded to the D.F., 67% were female; the average age was 48 years old. Seventy one percent were social security. Eighty three 83.3%, were malignant tumors, with 18.8% of female genital devices. In 46.7% they had medical malpractice.

Counting on NOM's related to oncology, does not guarantee its application, reason why they will have to spread more between the medical community; feminine direction for opportune detection and processing, participation in programs of screening in Sector Health. To establish specific protocols of oncology processing, to implement strategies to avoid delays in the diagnosis, dowry of medicines, and integral handling of the patient. The detection and identification of exhibition to factors of risk and life styles that can be avoidable. Finally were proposed nine recommendations.

Key Words: Oncologic Patients, Oncologic Recommendations.

¹ Comisión Nacional de Arbitraje Médico, CONAMED

² Director General, Instituto Nacional de Cancerología.

³ Hospital General de México, Presidente del Consejo Mexicano de Oncología

Introducción

El perfil de mortalidad en México se ha modificado: de un perfil en donde predominaban las causas infecciosas ha pasado a uno con predominio de enfermedades crónico degenerativas. Estas últimas se encuentran entre los primeros lugares de causa de muerte. Estos cambios en los perfiles de morbilidad y mortalidad se encuentran estrechamente ligados con los cambios en la estructura de la población, un fenómeno que se ha visto en México en los últimos años. Aunado a lo anterior, el incremento en la esperanza de vida permite suponer que el número de pacientes con cáncer irá en aumento^{1,2}, en virtud de que el cáncer es una enfermedad que se ha relacionado con el envejecimiento. Existen reportes en la literatura que señalan que el 67% de las muertes por cáncer afectan a personas mayores de 65 años.³

En México, durante 1999, los tumores malignos ocuparon el segundo lugar en la mortalidad general con una tasa de 54.7 x 100,000 habitantes. Al interior de este grupo, los tumores malignos de la tráquea, de los bronquios y del pulmón ocuparon el primer lugar (tasa 8.8 x 100,000 hab.); en segundo las leucemias (tasa 4.7 x 100,000 hab.), y en tercero los tumores malignos de la mama (tasa de 4.2 x 100,000).⁴

Se han identificado algunos problemas de calidad de la atención médica en este grupo de pacientes en particular, destacando como uno de los principales los relacionados con la comunicación entre el médico y el paciente o sus familiares. Los reportes en la literatura dan a conocer algunas guías para «Decir la verdad a los pacientes con cáncer»⁵. Los principios básicos de estas guías son los siguientes: señala los momentos más adecuados para informar sobre un diagnóstico de cáncer, cómo manejar la información y no dar un diagnóstico si no se cuenta con suficiente información que lo sustente, entre otros puntos. No se debe bombardear al paciente con información; en general la comunicación efectiva es esencial para asegurar que los pacientes con cáncer puedan hacer una elección informada sobre su tratamiento, a fin de que cuenten con los elementos necesarios para la toma de decisiones y que estas sean respetadas. En general, la queja más frecuente en los pacientes con cáncer es que se les proporciona poca información.⁶

Uno de los puntos esenciales para tratar un paciente con sospecha de cáncer es el diagnóstico, cuyo objetivo principal es determinar tanto la presencia del tumor como el tipo del mismo; esta información es esencial para el manejo a seguir.⁷

Por otra parte, el manejo del paciente con cáncer, con la participación de un equipo multidisciplinario es muy importante, así como definir claramente los objetivos del tratamiento, entre otros. Debe quedar claro para el paciente y sus familiares, si el tratamiento es preventivo, curativo o paliativo, con el fin de evitar falsas expectativas del paciente.⁸ Las posibilidades de curación del cáncer en etapas tempranas

rebasan el 60% y alcanzan hasta el 80%, en etapas avanzadas difícilmente alcanzan el 30%.

Un problema adicional que debe considerarse es el tratamiento de apoyo o soporte que se debe dar al paciente, haciendo especial énfasis en el manejo del dolor. Este último punto no siempre es considerado para un mejor control del dolor; se pueden utilizar nuevas drogas con una acción farmacológica sostenida y nuevas vías de administración. El tratamiento del dolor debe ser una prioridad en el manejo del paciente con cáncer, puede ser guiado por el reporte subjetivo del paciente, sin embargo la utilización de escalas ayuda para hacer más objetivo.⁹

Objetivo

El presente trabajo tiene como objetivo elaborar recomendaciones específicas para mejorar la práctica de la medicina en la atención de los pacientes con cáncer, con base principalmente en el análisis de las quejas identificadas en la CONAMED para la especialidad de Oncología.

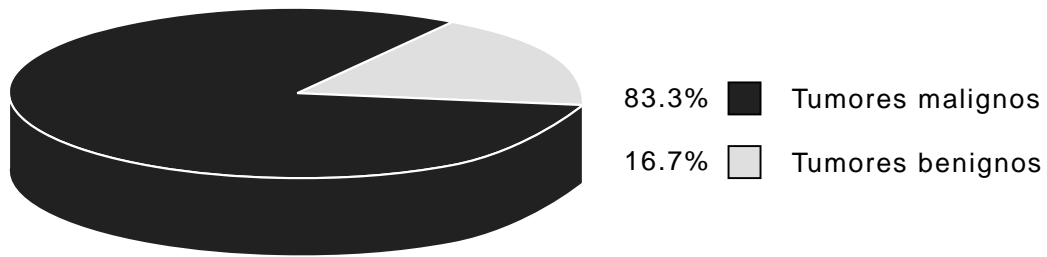
Metodología

A partir de la información contenida en el Sistema de Atención de Quejas Médicas (SAQMED), que registra las inconformidades de los usuarios por los servicios de salud, se seleccionaron las quejas referentes a la especialidad de Oncología y recibidas en la CONAMED entre junio de 1996 y noviembre del 2000. Se obtuvieron un total de 204 quejas. Se incluyó información sociodemográfica, tipo de institución y diagnósticos (codificados de acuerdo a la CIE 10ª revisión). Una vez concluido el análisis cualitativo y cuantitativo de las quejas se elaboraron recomendaciones basadas en los hallazgos del análisis de las quejas, cuyo fin es evitar conflictos por mala práctica de la medicina. Una vez concluida la recomendación por el personal de la CONAMED ésta fue validada internamente. Posteriormente se seleccionó un Grupo de Validación Externa (GVE), conformado por expertos de la especialidad, pertenecientes al Consejo Mexicano de Oncología, del Instituto Nacional de Cancerología y del Centro Médico Nacional Siglo XXI. Se llevaron a cabo reuniones de trabajo en conjunto CONAMED-GVE, cuyo propósito fue discutir y consensar las Recomendaciones propuestas por la CONAMED. A partir de éstas reuniones de trabajo se emitieron nueve recomendaciones para la especialidad de Oncología.

Resultados

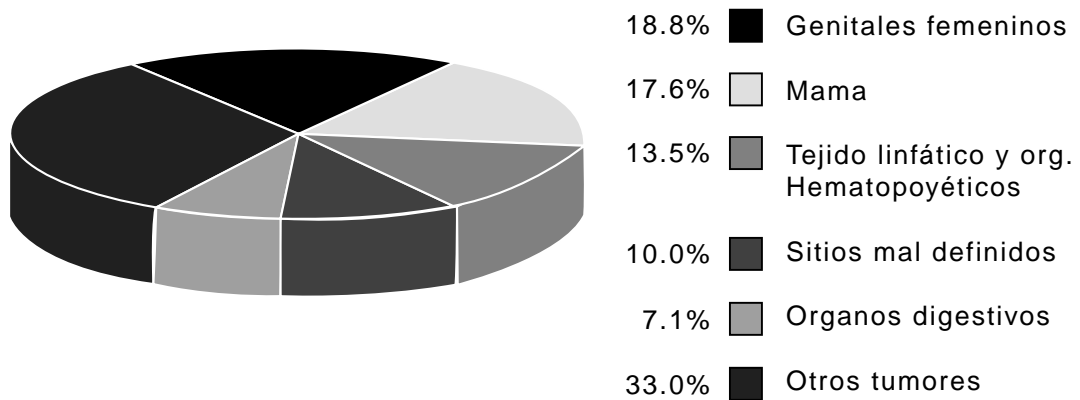
Los datos más relevantes de la investigación señalan que el 68% de las quejas correspondieron al Distrito Federal, 67% de los pacientes pertenecían al sexo femenino y 23% al masculino, la edad promedio de los pacientes fue de 48 años. En cuanto al tipo de institución involucrada en las quejas, el mayor porcentaje correspondió a las instituciones de seguridad social con 71.6%, en segundo lugar las privadas con 16.2% y en tercero las instituciones públicas con 12.2%.

Gráfica 1.
Distribución de los tumores reportados
en las quejas de la CONAMED



n = 204

Gráfica 2.
Distribución de los tumores malignos identificados
en las quejas de la CONAMED



n = 170

Cuadro 1. Tumores malignos codificados de acuerdo a la Clasificación Internacional de Enfermedades.

TIPO DE TUMOR	CIE 10 ^a	FREC.	%
• Tumores malignos de los órganos genitales femeninos	C51-C58	32	18.8
• Tumor maligno de la mama	C50	30	17.6
• Tumores malignos del tejido linfático, de los órganos hematopoyéticos y de órganos afines	C81-C96	23	13.5
• Tumores malignos de sitios mal definidos, secundarios y de sitios no especificados	C76-C80	17	10.0
• Tumores malignos de los órganos digestivos	C15-C26	12	7.1
• Tumores malignos de los órganos respiratorios e intratorácicos	C30-C39	10	5.9
• Tumores malignos de los huesos y de los cartílagos articulares	C40-C41	8	4.7
• Tumores malignos de la glándula tiroides y otras glándulas endócrinas	C73-C75	8	4.7
• Tumores malignos de labio, cavidad bucal y de la faringe	C00-C14	6	3.5
• Tumores malignos de los tejidos mesoteliales y de los tejidos blandos	C45-C49	6	3.5
• Tumores malignos de la vías urinarias	C64-C68	6	3.5
• Melanoma y otros tumores malignos de la piel	C43-C44	4	2.4
• Tumores malignos de los órganos genitales masculinos	C60-C63	4	2.4
• Tumores malignos del ojo, del encéfalo y de otras partes del SNC	C69-C72	4	2.4
TOTAL		170	100.0



Cuadro 2. Tumores benignos codificados de acuerdo a la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE 10^a Rev.)

TIPO DE TUMOR	CIE 10 ^a	FREC.	%
• Tumores benignos de la mama	D24	16	47.1
• Tumores benignos del aparato digestivo	D13	6	17.6
• Tumor benigno del SNC	D33	3	8.8
• Tumor benigno en cuello	D36	3	8.8
• Tumores benignos del útero	D26	2	5.9
• Tumor benigno de hueso y del cartílago articular	D16	1	2.9
• Tumor benigno de las glándulas endócrinas	D35	1	2.9
• Signos y síntomas aislados	-	2	5.9
TOTAL		34	100.0

Los diagnósticos involucrados en las quejas, correspondieron a tumores malignos en 83.3% (n=170) de los casos y 16.7% (n=34) a tumores benignos. (Gráfica 1).

Los tumores malignos más frecuentes fueron los de órganos genitales femeninos con 18.8% (ovario, cuerpo y cuello del útero), los tumores malignos de mama con 17.6%, tumores malignos del tejido linfático, de los órganos hematopoyéticos y de órganos afines linfomas con 13.5%; tumores de sitios mal definidos con 10.0%, tumores de órganos digestivos con 7.1 y 33% corresponde a otros tumores, (Gráfica 2 y Cuadro 1).

Dentro de las quejas presentadas por la detección de tumores benignos registrados en las inconformidades regis-

tradas en la CONAMED, los más frecuentes correspondieron a mama (47.1%), aparato digestivo (17.6%), sistema nervioso central (8.8%) y tumor benigno de cuello (8.8%) (Cuadro 2).

Se contó con información de la Valoración Médica Integral (VMI) realizada por la CONAMED en 105 casos; a partir del análisis de la VMI se concluyó que hubo una buena práctica médica en 53.3% de los casos y deficiencias en la atención médica en 46.7%. Las principales deficiencias identificadas se relacionaron con problemas quirúrgicos en 13.3% de los casos, destacando el diferimiento quirúrgico, las cirugías innecesarias, el manejo quirúrgico inadecuado, las complicaciones quirúrgicas e impericia para realizar la cirugía; el

Cuadro 3. Resultados de la Valoración Médica Integral en quejas de la CONAMED.

Resultados	Frec.	%
Buena práctica	56	53.3
Mala práctica	49	46.7
• Problemas quirúrgicos (diferimiento, cirugía innecesaria, manejo inadecuado, complicaciones, impericia)	14	13.3
• Problemas de diagnóstico (retraso, diagnóstico erróneo, omisión de medios)	13	12.4
• Tratamiento (exceso terapéutico, tratamiento incorrecto, omisión, erróneo, complicaciones)	11	10.5
• Auxiliares de diagnóstico (errores de resultados, omisión de estudios paraclínicos)	4	3.8
• Retraso en la atención médica, tratamiento o referencia	4	3.8
• Problemas administrativos (medicamentos fuera del cuadro básico, problemas administrativos, expediente)	3	2.9
TOTAL	105	100.0

segundo lugar correspondió a problemas en el diagnóstico con 12.4%, identificando retrasos en el diagnóstico, diagnósticos erróneos y omisión de medios para llegar a integrar el diagnóstico. El tercer lugar fue ocupado por problemas durante el tratamiento en 10.5% de los casos, destacando entre estos el exceso terapéutico, tratamiento erróneo o incorrecto, la omisión y las complicaciones o eventos adversos ocasionados por el tratamiento. Otro tipo de problemas que se detectaron fueron problemas en los procedimientos Auxiliares de Diagnóstico y Tratamiento (falsos positivos y falsos negativos) con 3.8%, retrasos en la atención médica (3.8%) y quejas debidas a problemas de tipo administrativo (2.9%) (Cuadro 3).

En los casos que llegaron hasta el arbitraje (n=26), se concluyó que hubo buena práctica médica en 65.4%, deficiencias en la atención médica o mala práctica médica en

23.1%, deficiencias administrativas en 7.7% y transgresiones bioéticas en 3.8% de los casos.

Discusión

Los tumores malignos (n=170) más frecuentes correspondieron a tumores de los órganos genitales femeninos (ovarios, cuello y cuerpo del útero) con 18.8%, en segundo lugar los tumores malignos de la mama (17.6%) y en tercero los tumores malignos del tejido linfático y de los órganos hematopoyéticos (13.5%), el porcentaje restante correspondió a otros tumores malignos. Es importante mencionar que 36.4% de los tumores malignos correspondieron a tumores que se presentan en el sexo femenino y destacar que contamos con Normas Oficiales Mexicanas¹⁰ relacionadas con estas patologías, que se tendrán que difundir aún más entre la comunidad médica.

Así mismo, se señala la urgente necesidad de orientar a las mujeres sobre la importancia que tiene el acudir regularmente al médico con el fin de detectar y tratar oportunamente este tipo de tumores, así como participar en programas de *screening* o tamizaje que se llevan a cabo en las diferentes instituciones del Sector Salud.

Al analizar la VMI, disponible en 105 quejas, con el fin de evaluar la presencia de problemas de calidad de la atención, se observó que en 53.3% de los casos existió buena práctica y que 46.7% tuvieron mala práctica. En estos casos, las irregularidades detectadas con mayor frecuencia fueron los problemas quirúrgicos, en donde el más frecuente fue el diferimiento quirúrgico injustificado (hasta por seis meses), en donde no se observó una razón que justificara el retraso de la cirugía y, por otra parte, ocasionó que el paciente empeorara su condición clínica. En ocasiones, el tratamiento quirúrgico ya no fue suficiente.

Se identificaron cirugías innecesarias, por ejemplo en mujeres que presentaban una tumoración mamaria (benigna), que no fue suficientemente estudiada y a quienes se les realizó una mastectomía, tratamiento que además conlleva problemas psicológicos para la paciente. Otros problemas que se presentaron en el tratamiento quirúrgico fue el manejo inadecuado, complicaciones quirúrgicas o impericia para realizar la cirugía, en virtud de que el médico involucrado en la cirugía no contaba con la preparación académica especializada para realizar la cirugía.

El segundo lugar, en orden de frecuencia, fue para los problemas en el diagnóstico, en donde sobresalieron los retrasos, principalmente por las fechas tan distantes que se dan a los pacientes en instituciones de seguridad social y públicas para hacer los estudios que apoyen el diagnóstico. Este problema se identificó en varios casos de tumores de mama; también se detectaron diagnósticos erróneos y omisiones de medios. En el caso de los diagnósticos erróneos, en general se debieron a la falta de estudios de gabinete y anatomopatológicos para apoyar el diagnóstico, la mayor parte de los errores en el diagnóstico fueron en el sentido de diagnosticar un tumor benigno como maligno.

En tercer lugar, se identificaron problemas en el tratamiento (exceso terapéutico, tratamiento incorrecto, omisión, erróneo o complicaciones por el tratamiento utilizado). Hubo casos en los que el tratamiento no era el adecuado y no cumplía con las normas establecidas por la Ley General de Salud. Con base en estos resultados podemos señalar la urgente necesidad de establecer los protocolos de tratamiento para tumores malignos específicos, así como implementar las estrategias necesarias para evitar retrasos en el diagnóstico y en la dotación de medicamentos a los pacientes, que corresponden más al área administrativa de los servicios de salud.

De acuerdo con la información previa, cabe destacar varios puntos de interés: la importancia que actualmente tienen en nuestro país los tumores malignos, tomando en consideración la frecuencia; debido a los cambios ocasio-

nados en las últimas décadas por la transición demográfica y epidemiológica, se espera que las tasas de mortalidad por tumores malignos se incrementen, pues aumentó el número de personas en los grupos de edad más avanzados: los datos más recientes sobre mortalidad por tumores malignos en el grupo de 65 años y más, es de 611.7 x 100,000 habitantes, mientras que para el segundo grupo, en orden de frecuencia es de 39.5 x 100,000 habitantes y corresponde al grupo de 15-64 años⁴.

Con base en los datos anteriores y de acuerdo a los tumores malignos más frecuentes, que son en primer lugar los tumores de la tráquea, de los bronquios y del pulmón, las leucemias en segundo sitio y los tumores malignos de la mama en tercer lugar, se requiere reforzar los programas de tipo preventivo (por ejemplo: programas contra el tabaco) así como los programas dirigidos a la detección. Así mismo, es necesario identificar a las poblaciones expuestas a factores de riesgo que pueden ser evitables (poblaciones de alto riesgo), como las personas expuestas laboralmente a sustancias o agentes asociados con algún tipo de cáncer (polvos, humos y radiaciones, entre otros factores).

Otros factores de riesgo que son modificables en la población general son el tabaquismo, el consumo de alcohol, la obesidad (particularmente las dietas ricas en grasas y bajas en fibra), que constituyen factores de riesgo que pueden evitarse, y que adicionalmente reducen el riesgo de otras patologías como las enfermedades cardiovasculares.

Otro aspecto a considerar, es el manejo integral que debe darse al paciente oncológico, se requiere de un equipo multidisciplinario que incluya un oncólogo, un cirujano-oncólogo y un radio-oncólogo, para lograr un manejo óptimo, sin dejar de considerar la presencia en el equipo de un psicólogo o psiquiatra, dependiendo de las circunstancias, para que proporcione el apoyo adecuado al paciente y sus familiares. Respecto a esto último, es muy importante considerar el manejo de la información que se va a proporcionar al paciente.

Desde el momento que se tiene la sospecha de un tumor maligno, debe cuidarse la forma como el médico va a comunicar al paciente y sus familiares el diagnóstico, y debe evitarse la emisión de un diagnóstico de esta naturaleza sin tener elementos que lo sustenten (estudios de gabinete y laboratorio).

En cuanto al diagnóstico de cáncer se señalan algunos puntos que deben considerarse como son: I) Evaluación del estado funcional del paciente, II) Antecedentes médicos y examen físico, III) Evaluación del estado nutricional, IV) Pruebas y procedimientos, diagnósticos comunes y V) Estadificación del cáncer.⁷

En relación al tratamiento, se señala la necesidad de establecer protocolos de atención, según los diferentes tipos de cáncer y en la comunicación con el paciente hacer énfasis, desde el inicio del tratamiento, en los alcances de éste, es decir, si tiene fines curativos o únicamente es paliativo. Siempre se le debe dar al paciente la mejor calidad de vida posible.

Recomendaciones

1. Conservar una estrecha relación con el paciente y mantener una actitud propositiva.

- Ponerse en lugar del paciente y no juzgar prematuramente sus reacciones.
- No actuar con discriminación (social, de etnia, de género y/o cultural).
- Ser tolerante y mostrar interés en su padecimiento.
- Mostrar una actitud optimista.
- Mantener la confianza del paciente y sus familiares.

2. Comunicar permanentemente al paciente y sus familiares.

- Dialogar con el paciente sobre su enfermedad y hacerlo participe del manejo integral.
- Hablar siempre con un lenguaje entendible.
- Informar sobre los avances, no sólo lo negativo.
- El diagnóstico debe ser discutido primero con el paciente, cuando el caso lo permita.
- Evitar falsas expectativas sobre el pronóstico de su enfermedad.
- Explicar el beneficio de un tratamiento convencional.
- Informar sobre efectos secundarios al tratamiento y sobre el pronóstico.
- Informar sobre los riesgos potenciales de cáncer en los familiares del paciente.
- No dar noticias fatalistas.

3. Establecer un diagnóstico y tratamiento oportuno.

- No demorar injustificadamente la atención.
- Utilizar protocolos diagnósticos y terapéuticos probados, tomando en cuenta las condiciones clínicas de cada paciente.
- Fomentar la atención especializada y multidisciplinaria.

4. Integrar un expediente clínico completo en el paciente con cáncer.

- El expediente clínico es un documento legal.
- Documentar en el expediente clínico todas las acciones médicas realizadas por el personal de salud.
- Todas las acciones médicas deben estar firmadas por el médico responsable.

5. Elegir el momento y sitio adecuado para dar a conocer un diagnóstico de cáncer.

- Elegir el sitio adecuado con privacidad, para discutir el diagnóstico, con el paciente y/o sus familiares.

- No mentirle al paciente y ser muy claro.
- No se debe dar un diagnóstico como posible o sospecha de cáncer, hasta tener la confirmación histopatológica de malignidad.
- Evitar consultas por teléfono, radio, carta e internet

6. Asegurar el entendimiento y aceptación de los procedimientos diagnósticos y terapéuticos propuestos a través de un consentimiento informado específico.

- Solicitar el consentimiento del paciente para recibir el tratamiento acordado.
- Obtener la firma del consentimiento informado para procedimientos diagnósticos con riesgo.
- Asegurar que el consentimiento informado contenga la información que explique el procedimiento al que se va a someter al paciente.

7. Ejercer una práctica clínica con bases éticas y científicas.

- Sólo actuar cuando se tiene la capacidad reconocida y se cuenta con la especialidad y la certificación correspondiente.
- Evitar prácticas inspiradas en la charlatanería.
- No simular tratamientos
- En caso de que el paciente solicite una segunda opinión, sugerir que sea tratado por un médico certificado.
- Mantener una actualización médica permanente.

8. Asegurar al paciente una atención integral, continua, resolutive y rehabilitatoria.

- Conocer la capacidad instalada de la unidad de salud donde se pretende dar la atención médica.
- Informar al paciente y su familia sobre la capacidad instalada de la unidad de salud.
- Referir a otro centro de especialidad cuando no se le garantice seguridad al paciente en las instalaciones.
- Preferir cuando sea posible centros oncológicos calificados y/o certificados.

9. Atención especial al paciente en fase terminal.

- Atención especial del manejo del paciente en fase terminal.
- Procurar la mejor calidad de vida posible.
- Control del dolor.
- Tratamiento psicológico especializado.
- Apoyar la atención domiciliaria en la medida de lo posible.



BIBLIOGRAFIA

1. Soberón G. Evolución y Revolución en Salud (Ensayo). Ponencia presentada en el Simposio internacional «Evolución y Revolución en Salud», México, D.F. 9 de julio 1990. *Revista de Salud Pública de México*. 1992;34(1).
2. Soberón G, Kumate J. La Salud en México: Testimonios 1988. *Especialidades Médicas en México*. Biblioteca de la Salud, Volumen 2, Tomo 4, pág. 25-47.
3. Murphy G, Lawrence W Jr., Lenhard RE. Causas del Cáncer en: *Oncología Clínica*. Manual de la American Cancer Society. Segunda edición, Organización Panamericana de la Salud. pág. 11-44.
4. Secretaría de Salud. Dirección General de Estadística e Informática. Mortalidad 1999. Noviembre 2000.
5. Okamura H, Uchitomi Y, Sasako M, Eguchi K, Kikizoe T. Guidelines for telling the true to cancer patients. *Japanese Journal of Clinical Oncology*. 1998;1-4
6. Meredith P, Symonds P, Webster L, et al. Information needs of cancer patients in West Scotland: cross sectional survey of patients views. *BMJ*. 1996;313:724-726.
7. Cámeron R. Introducción al paciente con cáncer en: *Oncología Práctica*. Manuales Clínicos, Editorial Panamericana, Buenos Aires, Argentina, 1995, pp 1-4.
8. Tattersall M, Thomas H. Recent advances in Oncology. *Clinical Reviews*. *BMJ*. 1999;318:445-448.
9. Cleeland C. Undertreatment of cancer pain in the elderly patients, *JAMA*. 1998;279:1914-1915.
10. Secretaría de Salud. Proyecto de Norma Oficial Mexicana PROY-NOM-041-SSA2-2000, (Prevención, Control y Vigilancia epidemiológica del cáncer de mama). *Diario Oficial*, lunes 23 de abril de 2001.