

UNIVERSIDAD MÉDICA DE CIEGO DE ÁVILA
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS DE MORÓN
“ARLEY HERNANDEZ MOREIRA”
POLICLINICO UNIVERSITARIO
SUR DE MORÓN

**Título: Intervención Educativa sobre Diagnóstico Precoz de Cáncer de Mama
en Consultorio 21 de Ciro Redondo.**

Autor:

Dra. Shirley Katherine Barrera Loayza

Residente de 2do año Medicina General Integral

UNIVERSIDAD MÉDICA DE CIEGO DE ÁVILA
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS DE MORÓN
“ARLEY HERNANDEZ MOREIRA”
POLICLINICO UNIVERSITARIO
SUR DE MORÓN

**Título: Intervención Educativa sobre Diagnóstico Precoz de Cáncer de Mama
en Consultorio 21 de Ciro Redondo.**

Autor:

Dra. Shirley Katherine Barrera Loayza

2017

*"... El medico será algo más que alguien que atiende a uno que se enferma y
va al hospital, sino que tendrá un papel especial en la medicina
preventiva... "*

En fin, será un "Guardián de la salud"

(1983).

FIDEL CASTRO RUZ.

RESUMEN:

Se realizó un estudio Retrospectivo transversal de Intervención Educativa sobre Diagnostico Precoz de Cáncer de Mama en mujeres pertenecientes al Consultorio Médico de la familia # 21 del policlínico de Ciro Redondo, en el período comprendido desde mayo de 2016 a mayo de 2017 con el objetivo de elevar el nivel de conocimiento sobre el Cáncer de Mama a mujeres mayores de 30 años mediante una Intervención Educativa y evaluar los conocimientos de estas, antes y después de la misma. El universo de estudio estuvo constituido por el total de pacientes mujeres mayores de 30 años residentes en Área de "El Manguito" Ciro Redondo con un total de 350 mujeres y la muestra del estudio quedo conformado por un total de 50 mujeres, respetando los criterios de inclusión y exclusión, las cuales dieron su consentimiento informado. Se efectuó una revisión bibliográfica de bibliografía autorizada y sitios autorizados de Internet. Para la recolección de la información se aplicó un cuestionario sobre el Cáncer de Mama, datos personales y conocimientos antes y después de la intervención; donde se recogieron los datos, se tabularon manualmente, expresándose los mismos en números y porcentajes. Evaluamos los conocimientos generales sobre Cáncer de Mama antes y después de la intervención educativa, vemos que después de la Intervención educativa se obtuvo una marcada mejoría en el nivel de conocimiento sobre el Diagnostico Precoz de cáncer de mama de las mujeres encuestadas un 94% obtuvo una buena calificación. Se elevó satisfactoriamente el nivel de conocimiento sobre cáncer de mama.

Palabras clave: Intervención Educativa, Diagnostico precoz, Cáncer de Mama.

INDICE

Introducción	P á g .
Problema Científico	P á g .
Objetivos	P á g .
Marco Teórico	P á g .
Materiales y Métodos	P á g .
Variables a estudiar	P á g .
Resultados y Discusión	P á g .
Conclusiones	P á g .
Referencias Bibliográficas	P á g .
Anexos	P á g .

INTRODUCCION

Hace algo más de 30 años que algunos ginecoobstetras en Cuba, siguiendo criterios que se estaban fundamentando internacionalmente, comenzaron a percibir la mama como parte integral de los genitales femeninos y, por ende, la necesidad de entrenamientos especiales, para capacitarse en la atención completa de esta glándula. (1).

De unos pocos existentes hasta finales de la década de los 80, hoy prácticamente la mayoría de los hospitales ginecobstétricos, de Cuba tienen un servicio de mamas y especialistas preparados para atender las variables entidades que pueden presentarse. El autor es un ginecobstetra de amplia experiencia y dedicación en todos los aspectos referentes al diagnóstico y tratamiento de la patología benigna y maligna de la mama. (1).

Por otra parte, la extensión de la medicina cubana a la atención primaria y desarrollo de programas de detección precoz del cáncer de mamario han preparado a especialistas en medicina general integral (MGI) en entrenamientos especializados, para servir como escalón intermedio en el diagnóstico y tratamiento de las afecciones mamarias, por lo que es necesaria la permanente superación de estos especialistas. (1).

En Cuba, cada año se diagnosticaron aproximadamente 2000 nuevos casos de cáncer mamario, con una incidencia de 34 por 100.000 mujeres y una mortalidad por esta causa de unas 1.100 mujeres cada año. La supervivencia global (incluyendo todos los estadios) es de alrededor de 54 % a los 5 años de realizada la terapéutica inicial, con cifras que van de 95 % en las etapas o estadios I y II, hasta menos de 30 % en el estadio IV. Aun son elevadas las cifras que se diagnostican en etapas avanzadas con menores posibilidades de solución satisfactoria. (1).

Existe un riesgo de padecer esta enfermedad, que se expresa en una curva que de los 30 a 40 años de edad apenas hace su separación de la horizontal, para iniciar a los 40 un ascenso progresivo que después de los 50 años tiende a mantenerse, pero con menos agudeza en la curva y con un nuevo ascenso importante, alrededor de 55 y hasta 65 años. Esta curva muestra dos periodos de diferentes condiciones en la biología de este cáncer. Un periodo en el climaterio (premenopáusico) sometido a los factores hereditarios y a una fuerte influencia hormonal ovárica básicamente estrogénica, debido a los desajustes propios de esta etapa de la vida femenina (ciclos anovulatorios), y un segundo periodo después de los 55 años (posmenopáusico) con una tendencia a la hipertensión y al estado diabetógeno asociada a la obesidad y relacionados con la alimentación grasa excesiva, lo que condiciona un aumento de la conversión de los precursores andrógenos de origen suprarrenal hacia estrógenos, con la nociva influencia de estos sobre la mama sin tener la contrapartida de los progestágenos. (1)

Desde el 2014 en Cuba, cada año se detectan alrededor de 1500 nuevos casos de cáncer de mama y lamentablemente todavía una parte importante de ellos en estadio avanzado. Esto se debe por lo general a diagnóstico médico tardío, pobre trabajo de pesquisa en las áreas, decisión tardía de la mujer en buscar ayuda médica e inexistencia de la práctica del autoexamen de mama. (2).

Cuba está entre los países con mayor tasa de mortalidad por cáncer de mama en América y es uno en los que mayor número de años de vida se pierde por esta causa. Es la afección que ocupa el primer lugar dentro de las causas de incidencia y mortalidad entre las neoplasias malignas del sexo femenino. Se ha concluido que 1 de cada 14 a 16 mujeres podrá presentar cáncer de mama, en algún momento de su vida, y es más frecuente entre los 45 y 65 años de edad. (3)

En los últimos años, gracias a la aplicación del Programa Integral para el Control del Cáncer en Cuba, se han logrado detectar un número mayor de casos nuevos diagnosticados en estadios iniciales etapas I y II y esto permite tratamientos menos invasores y eleva los índices de supervivencia con mejor calidad de vida de la mujer afectada. Ahí radica la importancia de realizar el autoexamen y de acudir al médico. (3)

En estudios de pesquiasje realizados en Cuba, se informa hasta en un 56 % del total de las mujeres examinadas. La prevención es el objetivo principal para el control de todo cáncer, cuya metodología es identificar los factores de riesgo que predisponen al desarrollo de esta patología. Entre los riesgos y sus variables se destacan factores hormonales, genéticos, historia familiar, edad de la menarquia, edad de la menopausia, paridad, edad al primer parto, entre otros. Como la mama puede ser examinada con facilidad y las mujeres pueden desempeñar un papel importante en la detección de enfermedades de las glándulas mamarias, es recomendable la divulgación de los procedimientos para el autoexamen de las mismas, pues estas técnicas empleadas sistemáticamente, permiten la detección de anomalías que pueden corresponderse con las manifestaciones clínicas iniciales de una neoplasia. Es recomendable también, precisar los conocimientos que tiene la población femenina sobre estos procedimientos. El cáncer de mama es más fácil de tratar cuanto más temprano se descubra, por esta razón se recomienda que todas las mujeres mayores de 20 años se realicen mensualmente un autoexamen de mamas para identificar cualquier alteración en las mismas. (3) El simple hecho de ser mujer es el principal riesgo de padecer cáncer de seno. Los hombres pueden padecer cáncer de seno, pero es aproximadamente 100 veces más común en las mujeres que en los hombres. Esto probablemente se debe a que los hombres tienen menos tejido mamario y menos de las hormonas femeninas estrógeno y progesterona, las cuales pueden promover el crecimiento de células cancerosas de los senos. (4)

Las mujeres afroamericanas de EE. UU. Son más propensas a morir de cáncer de mama a pesar de que las mujeres blancas tienen más probabilidades de ser diagnosticadas de esta enfermedad. Incluso después del diagnóstico, las mujeres negras son menos propensas a recibir tratamiento en comparación con las

mujeres blancas. La causa podría ser la falta de acceso a la detección, la menor disponibilidad de técnicas más avanzadas médicas y quirúrgicas, o alguna característica biológica de la enfermedad en esta población, aunque lo más probable es que las diferencias en la mortalidad se deban a motivos socioeconómicos. (5)

El cáncer de mama está fuertemente relacionado con la edad, y solo el 5% de estos tumores ocurren en mujeres menores de 40 años. Sin embargo, estudios recientes tanto nacionales como internacionales alertan sobre el descenso de la edad en el diagnóstico de cáncer de mama, la mayor dificultad diagnóstica a estas edades por la menor sensibilidad de la mamografía en mamas jóvenes, más densas, y la mayor proporción de cáncer avanzado a estas edades. (5)

Como curiosidad, en países como México existen casos de cáncer de mama documentados desde la segunda década de la vida y la incidencia máxima se da entre los 40 y los 54 años (una década antes que en las mujeres norteamericanas y europeas), con un descenso paulatino a partir de la quinta década. (5)

El cáncer de mama es más frecuente en Norteamérica y Europa occidental, y más bajo en Asia, África y América Latina, es decir, más alta en países desarrollados, a excepción de Japón, país donde la incidencia es baja, pese a que en los últimos años también se está incrementando. (5)

Cambios en el perfil epidemiológico de la población mundial y el aumento de la esperanza de vida al nacer, han elevado la prevalencia de enfermedades crónicas como el cáncer, transformándolo en un importante problema de salud pública. El cáncer de mama es la primera causa de muerte por cáncer en la mujer en el mundo, falleciendo más de 410.000 mujeres por año, constituyendo una tasa de 13.2×100.000 mujeres. La tasa de incidencia se estima en 37.4 por 100.000 mujeres mayores de 15 años con 1.151.298 nuevos diagnósticos por año en el mundo. En Chile, el año 2008, el cáncer de mama alcanzó una tasa de mortalidad de 14.5 por 100.000 mujeres. (6).

Hasta hace poco tiempo atrás, los esfuerzos médicos se concentraban en el diagnóstico precoz y tratamiento oportuno del cáncer de mama. La incorporación de programas de pesquisa precoz o screening; O tamizaje por mamografía ha permitido diagnosticar tumores cada vez más pequeños, lo que ha permitido una disminución en aproximadamente 30% de la mortalidad por cáncer de mama en mujeres mayores de 50 años. (7).

En la actualidad se han identificado diferentes factores de riesgo que están presentes en mujeres sanas que las hacen aumentar en distinto grado su probabilidad de desarrollar un cáncer mamario en el futuro. La ventaja de conocer estos factores, es que permite distinguir diferentes grupos de mujeres de mayor riesgo de cáncer mamario, lo que contribuye a elaborar estrategias de vigilancia en el tiempo de estas mujeres, como también permite establecer estrategias para disminuir el riesgo aumentado y de esta forma, prevenir el desarrollo de un cáncer

de mama. El manejo clínico racional de mujeres de alto riesgo constituye un desafío que deberá incorporarse en todos los centros de diagnóstico y tratamiento de cáncer de mama. (8).

El cancer de mama es una enfermedad debida al crecimiento anormal y desordenado de células del epitelio de los conductos o lobulillos mamarios y que tiene la capacidad de diseminarse. Los tipos histológicos de mayor frecuencia son el carcinoma ductal y el carcinoma lobulillar, con menor frecuencia puede originarse en los tejidos estromales, que incluyen a los tejidos conjuntivos fibrosos y grasos de la mama. Entre sus múltiples agentes causales se reconocen factores genéticos, familiares y conductuales. Así, cerca de 5-10% obedece a causas hereditarias y sobre un 85% son esporádicos. (9).

Según estimaciones de GLOBOCAN 2012, durante el año 2012 se diagnosticaron poco más de un millón y medio de nuevos casos de cáncer de mama a nivel mundial, con una tasa estandarizada de 43.3 por 100.000 mujeres y fallecieron 521.817 mujeres por esta causa, alcanzando una tasa estandarizada por edad de 12.9 por 100.000 mujeres.(9)

Para Sudamérica, la misma fuente calcula una tasa de mortalidad estandarizada por edad de 15.1 por 100.000 mujeres y una tasa de incidencia estandarizada por edad de 46.0 por 100.000, lo que se traduciría en que anualmente fallecieran 24.681 mujeres y se producirían 75.907 casos nuevos en este continente.(10)

Si se tiene en cuenta que afecta sólo a la mitad femenina de la humanidad pues el cáncer mamario masculino es raro, el de mama, es el carcinoma más frecuente en nuestros medios, Sobrepasa con mucho al de útero y de ovario y también a los de otras localizaciones extragenitales. Este carcinoma, antes, no era estudiado por los ginecólogos, sino por los cirujanos generales, que le prestaban una atención quirúrgica sólo cuando ya se había desarrollado, no haciéndose ninguna dase de diagnóstico precoz ni de profilaxis.(11)

En los últimos 20 años, este cáncer ha pasado a ser del dominio ginecológico y ello ha permitido hacer campañas para su detección precoz. Hoy día se ha creado, dentro de la Ginecología, una subespecialidad, la Senología, Pero el que haya especialistas nada más que en mama no justifica que los médicos de mujeres no nos ocupemos de este rumor, ya que somos los que primero lo vemos y, por tanto, lo podemos diagnosticar precozmente. La lección anterior y, sobre todo, son hoy día, temas inexcusables de todo programa de la materia Obstetricia y de ginecología. (12)(13)

La organización mundial de la salud (OMS) lo considera uno de los principales problemas de salud pública en el mundo, él más frecuente en la mujer en países desarrollados y en vías de desarrollo, que en los últimos 25 años duplicó el número de casos nuevos anuales. En cambio, la mortalidad en los países desarrollados ha disminuido debido a la detección temprana y tratamientos efectivos. (9) El riesgo de padecer esta enfermedad es superior en las mujeres de

países con nivel socioeconómico alto, pero el riesgo de morir por ella es mayor entre las mujeres que habitan países pobres, debido a un menor acceso a los servicios de salud para la detección temprana, tratamiento y control. (14)

Entre los años 2004 y 2008, la incidencia de cáncer de mama en EE. UU. fue mayor en mujeres blancas no hispánicas (125 casos por 100.000 mujeres) que en mujeres de origen asiático (85 casos por 100.000 mujeres), y la incidencia se mantuvo estable durante dicho periodo para estos subgrupos étnicos. El peso de un posible factor racial en estos casos es controvertido, y tal vez se deba a factores ambientales. (15)

El cancer de mama continúa siendo una de las neoplasias malignas mas frecuentes en Cuba y el mundo. La existencia de programas de detección precoz mediante la pesquisa activa en mujeres sanas, ha elevado la proporción de casos que se diagnostican en estadios 0 y I, especialmente en países desarrollados, considerándose por tanto un cancer prevenible y curable. El Programa de Control del Cancer Mamario iniciado a fines de los años 80 en Cuba, ha permitido el corrimiento de los estadios clínicos al diagnóstico a estadios más tempranos, más del 70 % de las mujeres con cancer de mama se diagnostican en estadios 0, I y II, sin embargo las dificultades en la ejecución del Programa no han logrado reducir la mortalidad, mientras la incidencia ha seguido aumentando durante las últimas décadas. Excluyendo la piel, es la localización de cancer más frecuente y la segunda causa de muerte por cancer, en la mujer cubana. (16)

En el 2002 se diagnosticaron 2 437 nuevos casos en mujeres, para un 17 % del total de casos de cancer en el sexo femenino y una tasa cruda de 43,3 por 100 000 mujeres. En el hombre la incidencia es baja. En ese mismo año de diagnóstico cancer mamario en 24 hombres, lo que represento el 0,9 % del total de casos de cancer de mama y una tasa cruda de 0,4. En el 2005 fallecieron 1 201 mujeres por cancer de mama, equivalente al 14,9 % de las muertes, para una tasa cruda de 21,6 por 100 000 mujeres y 5 hombres, para un tasa cruda de 0,1 por 100 000. La reducción de la mortalidad, particularmente en mujeres, depende del diagnóstico lo más temprano posible, donde el examen clínico anual y el auto-examen mamario tienen un papel importante, pero sin dudas la mamografía como método de pesquisa activa junto al tratamiento correcto de los casos son determinantes. El estadiamiento de los casos, basado en la evaluación clínica y especialmente en la información que aporta el estudio anatomo-patologico convencional riguroso, así como la determinación de la expresión de receptores hormonales y HER-2 en los tumores por técnicas de inmuno- histoquímica son fundamentales para la decisión terapéutica correcta. Hoy es posible aplicar esquemas terapéuticos, basados en el empleo de técnicas quirúrgicas no mutilantes, complementadas con eficaces tratamientos regionales y sistémicos (radio, quimio y hormonoterapia). Simultáneamente, se ha modificado la conducta en el tratamiento de estadios avanzados. Numerosas investigaciones pre-clínicas, clínicas y epidemiológicas, continúan llevándose a cabo de manera integrada, intentando encontrar y establecer nuevos y más efectivos métodos de prevención, diagnóstico y tratamiento del cancer de mama. (16).

La clasificación histopatológica de los carcinomas mamarios de acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS) se divide en no invasores (*in situ*), invasores y otros (enfermedad de Paget del pezón). Aproximadamente 75-80% de los cánceres son invasivos o infiltrante, esta característica le da a las células la capacidad de penetrar alrededor de los canales linfáticos y vasculares dando metástasis. El tipo histológico más frecuente es el carcinoma ductal invasor que representa el 70 al 80%, el segundo más común es el lobulillar invasor (5-10%), difícil de diagnosticar por su diseminación difusa en vez de formar una masa, su tasa de multifocalidad y bilateralidad es alta. (17)(18)

La enfermedad de la mama comienza como un simple nódulo indoloro, de tamaño variable más frecuente en el cuadrante supero externo de una mama, que puede mostrar o no señales de fijación superficial, (piel de naranja) o a los planos musculares y acompañarse de adenopatías axilares, la retracción del pezón y la ulceración de la piel son signos tardíos que asocian siempre metástasis distantes (pulmón, hígado, huesos, cerebro y otros). (19).

Las pruebas de imagen, continúan siendo el pilar básico en la evaluación de los nódulos mamarios y el diagnóstico de la patología mamaria maligna. En concreto, la mamografía, que no ha cambiado sustancialmente en los últimos años salvo en lo referido a cuestiones técnicas menores, sigue siendo la prueba radiológica inicial en el estudio de pacientes sintomáticas > 35 años o entre 30-35 años si existen antecedentes familiares de carcinoma de mama. La ecografía constituye una prueba complementaria a la mamografía en estas pacientes para caracterizar mejor una lesión visualizada en la mamografía (sobre todo para diferenciar los nódulos sólidos de los quísticos) o bien ante una anomalía palpable cuando el estudio mamográfico sea negativo. La ecografía es, sin embargo, la prueba de elección inicial en pacientes < 35 años. La resonancia magnética mamaria es una prueba complementaria que posee unas indicaciones muy específicas, efectuadas por el propio radiólogo o por el ginecólogo, generalmente tras un estudio inicial positivo, ante la sospecha de multicentricidad o bilateralidad.(20).

El cáncer de mama es un problema de salud pública a nivel mundial. Su alta frecuencia, las implicaciones biológicas, el impacto emotivo y económico que acarrea en la paciente y sus familiares, hacen de esta enfermedad uno de los problemas de salud más discutidos a nivel médico-familiar y en la sociedad desde tiempo inmemorial hasta la actualidad. Las razones pueden encontrarse en la cultura en general y en la medicina en particular. La mama es un símbolo de la maternidad y se relaciona directamente con la descendencia. En términos fisiológicos la mama tiene una función única, ya que es el órgano productor de alimento del recién nacido y al concluir dicha función, continúa siendo parte de la figura, personalidad y belleza de la mujer. Por desgracia también es el sitio frecuente de desarrollar diferentes patologías, entre ellas el cáncer. A partir del año 2001 pasa a encabezar la lista, al mantener graduales aumentos en su tasa anual. Existe una marcada diferencia entre las tasas elevadas de las provincias occidentales y centrales en relación con las tasas menores de las provincias

orientales. La mayor incidencia de las provincias occidentales la tiene la provincia de Ciudad de la Habana, de las centrales Ciego de Ávila y de las orientales Santiago de Cuba. (21)

En los estadios iniciales del cáncer de mama la mujer no suele presentar síntomas. El dolor de mama no es un signo de cáncer aunque el 10% de estas pacientes lo suelen presentar sin que se palpe ninguna masa. El primer signo suele ser un bulto que, al tacto, se nota diferente del tejido mamario que lo rodea. Se suele notar con bordes irregulares, duro, que no duele al tocarlo. En ocasiones aparecen cambios de color y tirantez en la piel de la zona afectada. No todos los tumores malignos presentan estas características pues algunos tienen bordes regulares y son suaves al tacto. Por este motivo, cuando se detecte cualquier anomalía se debe consultar con el médico. En las primeras fases, el bulto bajo la piel se puede desplazar con los dedos. En fases más avanzadas, el tumor suele estar adherido a la pared torácica o a la piel que lo recubre y no se desplaza. El nódulo suele ser claramente palpable e incluso los ganglios de las axilares pueden aumentar de tamaño. Los síntomas de estas etapas son muy variados y dependen del tamaño y la extensión del tumor. (21)

Existen dos tipos principales de cáncer de mama. El carcinoma ductal infiltrante, que comienza en los conductos que llevan leche desde la mama hasta el pezón, es por mucho el más frecuente (aproximadamente el 80 % de los casos). El segundo lugar lo ocupa el carcinoma lobulillar infiltrante (10 a 12 % de los casos), que comienza en partes de las mamas llamadas lobulillos, que producen la leche materna.¹ Los restantes tipos de cáncer de mama no superan en conjunto el 10 % de los casos. (21)

Comúnmente se habla de "cáncer de mama en etapa temprana" cuando está en los Estadios 0, I o II. Si el cáncer de mama ha progresado a Estadios posteriores o ha sido diagnosticado en Estadios III o IV, se le denomina "cáncer de mama avanzado" (22)

Entre otras situaciones especiales se describe el Carcinoma de Paget es una presentación poco habitual del cáncer de mama (menor del 5%). Se define como la presencia de células tumorales en el complejo aréola-pezón. Puede estar asociado tanto con un carcinoma intraductal como con un carcinoma infiltrante, que se originan en los conductos subareolares. Sin embargo, también puede encontrarse un cáncer en cualquier otra parte de la mama. Clínicamente, se caracteriza por un enrojecimiento y prurito del pezón, que evoluciona a cambios eczematoides y ulcerativo. (23)(24)

A las mujeres cuya edad no hace necesaria la realización de una mamografía, se les puede sugerir que se auto examinen las mamas una vez al mes, como alternativa. Lo mejor, en el caso de las que tienen la menstruación, es hacerlo unos cinco días después de haberla tenido, cuando las mamas están menos

tensas e hinchadas; para las que no la tengan, se recomienda hacerlo siempre en la misma fecha para no olvidarse.(25)(26)

El sistema TNM es una estrategia para agrupar a las pacientes con respecto a su pronóstico. Además, se pueden formular decisiones terapéuticas, en parte de acuerdo a su categoría, respecto a su clasificación linfonodal.(27)

La reconstrucción mamaria forma parte del tratamiento integral del cáncer de mama, toda paciente con mastectomía es candidata potencial a reconstrucción mamaria. (28)

Una alternativa a la mastectomía radical por el cáncer de mama en estado precoz es la terapia de conservación de la mama. La terapia de conservación de mama incluye: tumorectomía, disección de los ganglios linfáticos axilares, y por lo general, terapia de radiación. El tratamiento tiene dos objetivos: reducir el riesgo de recurrencia del cáncer, y preservar la anatomía del seno de la mejor manera posible. Un estudio de 22 años con sobrevivientes de cáncer de mama comparó la mastectomía con la terapia conservadora de la mama. Todas las mujeres del estudio habían sido diagnosticadas en estado I o II de carcinoma de mama. Tanto la supervivencia global y la supervivencia libre de enfermedad mostraron poca diferencia entre los dos grupos. (29)(30)

Lesiones mamarias que no son palpables ya sea por su tamaño pequeño, localización profunda, o consistencia similar al parénquima mamario, y sólo son detectadas por mamografías, ecografías mamarias o algún otro método de imágenes. El concepto de cáncer no palpable, no significa siempre que sea pequeño, a veces puede comprometer todo un cuadrante y permanecer no palpable, como por ejemplo algunos carcinomas no invasores. La jerarquía de este consenso radica no sólo en el crucial manejo de este tipo de lesiones, sino en la mayor importancia del hallazgo de las mismas. Para ello es fundamental la concientización con respecto a la detección precoz, incentivando el control y screening mamario. (31)(32)

En Las Tunas, en el policlínico docente Dr. Manuel Fajardo Rivero, en el que un primer estudio reflejó que solo el 31% de las pacientes se realizaba el autoexamen de mama antes de la intervención, lo cual se incrementó el doble luego de la misma. Además con los resultados obtenidos por el Dr. Hernández Muñoz, quien a pesar de describir en su estudio un alto conocimiento de la técnica por parte de las féminas encuestadas, reporta que solo un 45% de las mismas lo practica.(33)

Problema científico: ¿Cómo elevar el nivel de conocimiento sobre cáncer de mama en pacientes femeninas del Consultorio médico de la familia No.21 de Ciro redondo?

Hipótesis: Si se aplica una Intervención educativa sobre cáncer de mama elevara el nivel de conocimiento de esta entidad en las mujeres por tanto ayudara al diagnóstico precoz de cáncer de mama, disminuirá el riesgo de padecer cáncer de mama en un futuro y ayudara para el control de esta entidad.

O b j e t i v o s g e n e r a l e s :

1. E v a l u a r e l n i v e l d e c o n o c i m i e n t o s o b r e e l D i a g n o s t i c o P r e c o z d e C á n c e r d e M a m a e n m u j e r e s m a y o r e s d e 3 0 a ñ o s d e l C o n s u l t o r i o M é d i c o d e l a f a m i l i a # 2 1 , C i r o R e d o n d o . A n t e s y d e s p u é s d e l a I n t e r v e n c i ó n E d u c a t i v a .

O b j e t i v o s e s p e c í f i c o s :

1. F u n d a m e n t a r l o s s u s t e n t o s t e ó r i c o s s o b r e C á n c e r d e M a m a .
2. I d e n t i f i c a r e n f i c h a s f a m i l i a r e s m u j e r e s m a y o r e s d e 3 0 a ñ o s .
3. C a r a c t e r i z a r l a m u e s t r a a l t e n e r e n c u e n t a e d a d , n i v e l d e e s c o l a r i d a d y o c u p a c i ó n .
4. C o m p a r a r l o s c o n o c i m i e n t o s d e l a s m u j e r e s s o b r e f a c t o r e s d e r i e s g o y c u a d r o c l í n i c o d e l C á n c e r d e m a m a a n t e s y d e s p u é s d e l a i n t e r v e n c i ó n .
5. D e s c r i b i r e l c o m p o r t a m i e n t o d e l a s m u j e r e s s e g ú n e l c o n o c i m i e n t o y l a p r á c t i c a d e l a u t o e x a m e n d e m a m a y e x a m e n c l í n i c o d e l a s m a m a s a n t e s y d e s p u é s d e l a i n t e r v e n c i ó n .
6. E v a l u a r e l n i v e l d e c o n o c i m i e n t o d e l a s p a c i e n t e s s o b r e e l C á n c e r d e m a m a a n t e s y d e s p u é s d e l a i n t e r v e n c i ó n e d u c a t i v a .

MARCO TEORICO

Breve Historia

El Cáncer de mama es una enfermedad que ha acompañado a la humanidad desde tiempos ancestrales.

En el Papiro de Edwin Smith, dedicado a la cirugía de los años 3000-2500 a.C. se describen 8 casos de tumores mamarios (10).

Fue Hipócrates (460-370 a.C.) quien dio el nombre de cáncer a las enfermedades malignas por su semejanza al cangrejo señalando en sus escritos posteriores la evolución mortal de las mujeres con tumores mamarios "ocultos", y evitar cualquier tratamiento ya que éste aceleraba su muerte, la cual se presentaba por caquexia y las pacientes sin tratamiento vivían por largos períodos de tiempo (10).

En el segundo siglo de la era Cristiana, Galeno (131-203 d.C.) reafirmó la etiología Humoral del cáncer postulada por Hipócrates, considero al cáncer como una enfermedad sistémica causada por un aumento de la bilis negra (atrabilis) y recomendó para su manejo "limpia inicialmente el humor melancólico con purgantes y después, haz incisiones precisas alrededor del tumor sin dejar una sola raíz". Recomendó exprimir los vasos sangrantes y sugirió no usar ligaduras ya que provocaban recurrencias en tejidos vecinos (10).

Muy poco progreso hubo durante la edad media. Los postulados de Hipócrates y Galeno, persistieron durante este período, considerando casi una herejía su cuestionamiento. El concilio de Tours en 1162, no recomendó la cirugía como tratamiento del cáncer de mama. (10)

Fue durante la época del renacimiento entre los siglos XV y XVI, sobre todo en los años 1450-1550, cuando artistas, pintores y escultores-científicos, como Miguel Ángel y Leonardo da Vinci, mostraron en sus pinturas y esculturas parte de la anatomía humana, conocimientos que posiblemente obtuvieron al realizar disecciones sobre cadáveres humanos, procedimientos prohibidos en esa época, sus trabajos culminaron con el magnífico tratado de anatomía de André Vesalio (1514-1564), "De humani Corporis Fabrica de 1543" (10).

Los conocimientos de anatomía y desarrollo de instrumentos de la época, dieron paso al tratamiento quirúrgico de los tumores mamarios, mediante la mastectomía total, la cual era realizada utilizando un instrumento circular con cuchillas en su interior a manera de guillotina, colocando la mama entre las dos hojas de la pinza, haciendo el corte con el cierre de las mismas. Otra técnica consistía en la colocación de riendas en los bordes de la mama en forma circular, jalándolas hacia arriba, haciendo un corte rápido en toda la base de la glándula con un instrumento cortante con una sola maniobra. Para la hemostasia se utilizaba el hierro candente y compresión (10).

El concepto de curación del cáncer de mama. Con cirugía, fue postulado por Jean Louis Petit (1674 - 1750) afirmando "Las raíces del cáncer son los ganglios linfáticos crecidos. Los ganglios deben ser buscados y extirpados con la fascia pectoral y algunas fibras del músculo deben ser removidas sin dejar cualquier tejido sospechoso". (21)

Fue Henry Francois Le Dran (1685-1770), quién consideró al cáncer como una enfermedad local en sus etapas iniciales y subrayó, que la única esperanza de curación era la cirugía temprana (hipótesis de enfermedad local). (21)

Con la introducción de la anestesia general en el año 1846, se propusieron cirugías más radicales, recomendado la resección completa de la mama y el corte de los extremos superiores de los músculos pectorales, para obtener una mayor exposición de la axila durante la disección ganglionar. Es interesante mencionar a Billrot, quien trató al cáncer de mama con "lumpectomía", en etapas tempranas, recomendando, sin embargo, la extirpación completa de la mama en etapas avanzadas. (10)

A pesar de los procedimientos quirúrgicos recomendados en esa época, existían voces pesimistas que dudaban de la curación de esta enfermedad. Sir James Paget en 1863, señaló en el Royal College of Surgeons en Inglaterra "No conozco un solo caso de recuperación franca; es decir, que la paciente de cáncer de mama haya vivido más de 10 años libre de enfermedad" (hipótesis enfermedad sistémica). (21)

Treinta años después Halsted, (hipótesis enfermedad local), pronuncia su hipótesis de diseminación ordenada del cáncer mamario, al afirmar que el cáncer se originaba en la mama, para después a través de los linfáticos se extendía a los ganglios axilares; atribuía la alta tasa de recurrencia a la falta de lograr márgenes adecuados y proponía la resección en bloque de la mama incluyendo gran porción de la piel que la recubre, los músculos pectorales mayor, menor y el contenido célula-adiposo ganglionar de la axila, desde el borde anterior del dorsal ancho por fuera hasta el ligamento costo-clavicular por dentro. Este mismo autor reportó sus resultados en el año 1907, con sobrevividas del 85 % libre de enfermedad a 3 años, cuando en los ganglios axilares resecados no se encontraron metástasis, disminuyendo al 34 % cuando estaban afectados. La mastectomía radical Tipo Halsted, se popularizó y fue la intervención quirúrgica estándar durante varias décadas, produjo una baja muy significativa en las recurrencias loco-regionales y marcó el inicio del tratamiento moderno de ésta enfermedad. (21)

Definición

El **cáncer de mama** es una proliferación maligna de las células epiteliales que revisten los conductos o lobulillos mamarios. Es una enfermedad clonal, donde una célula individual producto de una serie de mutaciones somáticas o de línea germinal adquiere la capacidad de dividirse sin control ni orden, haciendo que se reproduzca hasta formar un tumor. El tumor resultante, que comienza como anomalía leve, pasa a ser grave, invade tejidos vecinos y, finalmente, se propaga a otras partes del cuerpo. (19)

Factores de riesgo

Existen grupos de mujeres, dentro de la población femenina, expuestos a desarrollar, con mayor frecuencia, el cáncer de mama, relacionados con la existencia de determinados factores etiológicos de riesgo. Mientras más factores de riesgo tenga una mujer más posibilidades tiene esta de desarrollar un cáncer

Los factores de riesgo para el desarrollo del cancer de mama son:

1. Factores de riesgo primario (Alto riesgo):

- Portadoras de mutaciones de alta penetrancia en genes BRCA 1 y BRCA 2. (Cáncer de mama hereditario)
- Edad mayor de 50 años.
- Nulíparas.
- Primer parto después de los 30 años de edad.
- Antecedente de afecciones benignas.
- Antecedentes personales de cancer de mama, colon u ovario.
- Antecedentes familiares de cancer mamario de primera línea.

2. Factores de riesgo secundario (Riesgo moderado):

- Antecedentes familiares de cancer mamario de segunda línea
- Antecedente familiar de segunda línea de cancer de colon, ovario u otros.
- menarquía temprana (menor de 10 años).
- menopausia tardía (mayor de 55 años).
- Escasa lactancia (menos de 6 meses)
- Estilo de vida (hábito de fumar, alcoholismo, estrés, sedentarismo).
- Enfermedades crónicas (Diabetes, hipertensión, obesidad).
- Utilización de hormonas
- Estado socio económico.
- Historia de radiaciones ionizantes.(2)(3)(1)

Edad .

El riesgo de padecer cáncer de seno se incrementa conforme aumenta la edad .

Es el factor de riesgo hallado en la inmensa mayoría de las pacientes, A partir de los 30 años comienza una curva muy ligeramente ascendente al principio que haciendo un pico más agudo a partir de los 50 años, se mantiene progresivamente hasta los 65 años donde hace una meseta y un posterior y lento descenso. El riesgo relativo de la edad se incrementa cuando se asocian otros factores, en especial los de tipo primario. Últimamente se ha visto un ligero incremento en la aparición del cancer mamario en edades entre 35 y 45 años comparados con cifras conocidas anteriores. (1)

La edad más común es la comprendida entre los cincuenta y los setenta años y con menor frecuencia de mujeres con edad avanzada. (11)

.Aproximadamente uno de ocho cánceres de seno se detecta en mujeres menores de 45 años de edad, mientras que aproximadamente dos de tres cánceres invasivos del seno se encuentran en mujeres de 55 años o más.(4)

Antecedentes personales de cancer mamario

El antecedente de haber sido tratada con anterioridad de un cáncer de mama aumenta el riesgo de presentar un segundo cáncer primario en la mama tratada u otro cáncer en la mama contralateral.

No hay dudas con respecto al incremento del riesgo en mujeres que ya tuvieron un cáncer de mama, especialmente para la mama contralateral, pues los factores que favorecieron el daño inicial se mantienen en esta. Por mutaciones genéticas personales que pudieran estar presentes (BRCA 1 y BRCA 2), se agrega como riesgo la historia previa de cáncer de ovario, endometrio o colon. (1)

Una mujer con cáncer en una mama tiene un mayor riesgo de padecer un nuevo cáncer en el otro seno o en otra parte del mismo seno. Este riesgo es aún mayor si el cáncer de mama fue diagnosticado a una edad más temprana. (4)

Antecedentes familiares de cáncer mamario .

El riesgo de cáncer de mama es mayor entre las mujeres cuyos parientes consanguíneos cercanos desarrollaron esta enfermedad.

El factor hereditario en cáncer, y en particular en mamas, se ha hecho cada día más evidente. Hoy se sabe que este factor aumenta considerablemente las probabilidades de aparecer en la descendencia y, aún más, cuando se asocia a otros antecedentes familiares, llegando a constituir un verdadero síndrome que algunos autores denominan *el síndrome de cáncer hereditario*, lo que obliga, en

pacientes con historia familiar, a profundizar en las investigaciones genéticas para tomar medidas oportunas. (1)

Los principales elementos de la historia familiar que implican riesgo son:

- 1 Cáncer mama en familiares de primer grado (madre, tías maternas, hermanas), especialmente si hay más de un familiar con ese antecedente. Este factor aumenta mientras más joven fue el familiar con la historia de este cáncer, en especial si apareció antes del climaterio.
- 2 Los familiares paternos y de segunda línea también tienen influencia en la descendencia, aunque más baja.
- 3 Historia familiar de cáncer de mama bilateral o con múltiples focos primarios.
- 4 Historia de otros tipos de cáncer (ovario, endometrio, colon), donde existen las mismas mutaciones genéticas que en el cáncer mamario.
- 5 Cáncer de mama en hombres de la familia. (1)

Existe un riesgo aumentado de cáncer de mama en mujeres con antecedentes familiares de este tumor, especialmente si se desarrolló en la premenopausia, si fue bilateral o sucedió en familiares de primer grado de parentesco, con un incremento mayor del riesgo a mayor número de familiares afectados. (5)

Portadoras de mutaciones de alta penetrancia en genes BRCA 1 y BRCA 2. (Cáncer de mama hereditario):

Se ha encontrado que el 10 % de las mujeres con cáncer de mama, son portadoras de la presencia de mutación en algunos de los genes BRCA 1 y/o BRCA 2. La mutación del gen BRCA 1 se observa con mayor frecuencia, acompañado del cáncer medular de mama que es de menos agresividad (aunque el resto de los tumores con esta mutación son generalmente los más agresivos) Estos genes producen un riesgo que se incrementa cada año en las portadoras hasta llegar (la mitad a los 40 años), mientras en la población general el riesgo a esa edad es, aproximadamente, de 8 a 10% de probabilidades. (1)

Existen otros genes asociados a un incremento del riesgo, pero en general estos aparecen en ciertas enfermedades de carácter crónico y de rara aparición en los que el cáncer de mama es una más de las múltiples entidades que estos tienen, como el gen TP 53 que se asocia al síndrome de Li-Fraumeni, el gen ATM de la ataxia telangectásica, el PTEN, asociado al síndrome de Cowden y otros. (1)

Cambios en los genes BRCA1 y BRCA2: En las células normales, estos genes ayudan a prevenir el cáncer al producir proteínas que ayudan a evitar el crecimiento sin control de las células. Si se heredó de los padres una copia mutada de cualquiera de estos, tiene un alto riesgo de padecer cáncer de seno en el transcurso de la vida. Con frecuencia, los cánceres de seno relacionados con estas mutaciones afectan ambos senos y se presentan en mujeres más jóvenes que en los cánceres que no están relacionados con estas mutaciones. Las

mujeres con estas mutaciones hereditarias también tienen un riesgo aumentado de padecer otros tipos de cánceres, particularmente cáncer de ovario. (5)

La presencia del BRCA (BREast CÁncer) conlleva la posibilidad de desarrollar esta entidad. El BRCA 1 se expresa en distintos epitelios del organismo durante el desarrollo, se ve aumentada en el embarazo y disminuye tras el parto. Se ha observado que el BRCA 1 causa un aumento de la proliferación de células de epitelio mamario, tanto normal como canceroso. En los cánceres de mama hereditarios y en algunos esporádicos, se ha detectado una menor expresión de la proteína de BRCA 1 normal. Al inocular células humanas de cáncer de mama a ratones, se ha observado que el gen BRCA 1 es capaz de inhibir el desarrollo de tumores e incluso la expresión del gen elimina en ocasiones tumores preexistentes, alargando la vida de los animales, de acuerdo con esto, la expresión del gen normal, pero no de las formas mutadas, inhibe el crecimiento de células tumorales de mama y ovario. La delección de los 10 últimos aminoácidos del BRCA1 es suficiente para abolir su capacidad de inhibir el crecimiento tumoral. En tumores de mama de pacientes no seleccionados por su historia familiar, la expresión de niveles bajos del BRCA 1, que desde un 50% de los valores del epitelio normal a su total ausencia, sugiere también un desempeño de la proteína BRCA 1 en la inhibición del crecimiento celular. (2)

Un segundo gen mayor de predisposición al cáncer de mama fue descrito e identificado como BRCA 2 en el brazo largo del cromosoma 13 en 13q12-13 y recientemente secuenciado. Este último sería responsable de una parte importante de los síndromes hereditarios que incluyen cáncer de mama masculino. La implicación de BRCA 2 en el cáncer de ovario es menor que la del BRCA1. (2)

En cáncer hereditario se han identificado dos oncogenes supresores denominados BRCA1 y BRCA2 relacionados con el control de proliferación, expresión génica y reparación del daño producido en el DNA. Se transmiten por herencia autosómica dominante y la pérdida de su funcionalidad requiere de la alteración de ambos alelos del cromosoma. Las alteraciones corresponden a diversas y numerosas mutaciones que incluyen inserciones, delecciones, etc. Esto debido a que las proteínas codificadas por estos genes mutados influyen en la reparación del DNA y en el control de la replicación de las células epiteliales de la mama. Los portadores de las mutaciones descritas desarrollarán la enfermedad a edades más tempranas que lo observado en casos de cánceres esporádicos. Como se trata de herencia autosómica dominante, cada hijo tiene 50% de probabilidades de heredar la mutación, es transmitido igualmente por ambos sexos y lo habitual es que no se salten generaciones. La presencia de una determinada mutación del BRCA1 o BRCA2 constituye un riesgo al cual debe agregarse la posibilidad de portar otras mutaciones de esos genes o de otros por identificar. (6)

Antecedente de afecciones benignas.

Aunque clasificadas como afecciones benignas, la existencia de elementos proliferativos o hiperplásicos encontrados en lesiones mamarias a las que se

realizó biopsias antes, las convierten en lesiones premalignas. Ejemplos típicos son la hiperplasia epitelial atípica y la papilomatosis e incluso el carcinoma *in situ* de tipo lobular que según algunos autores es una lesión premaligna. (1)

Se ha comprobado que las lesiones proliferativas tienen un altísimo riesgo de transformación maligna, en particular las mencionadas; sin embargo los cambios fibroquísticos en mamas (sin cambios proliferativos) constituyen una afección mamaria muy común (mal denominada displasia), pero no es un proceso premaligno y, por tanto, no requiere medidas de excepción, aunque algunos sugieren que cuando se acompañan de mastalgia persistente sí constituye un riesgo que se debe tener en cuenta. (1)

Lesiones no proliferativas: estas lesiones no están relacionadas con el crecimiento excesivo del tejido mamario. No parecen afectar el riesgo de cáncer de seno y de hacerlo, es en muy poca extensión. Éstas incluyen: (4)

- Fibrosis y/o quistes simples (algunas veces llamada *enfermedad fibroquística o cambios fibroquísticos*)
- Hiperplasia leve
- Adenosis (no esclerosante)
- Tumor filloide (benigno)
- Un solo papiloma
- Necrosis adiposa
- Ectasia ductal
- Fibrosis periductal
- Metaplasia apocrina y escamosa
- Calcificaciones relacionadas con el epitelio
- Otros tumores benignos (tales como lipoma, hamartoma, hemangioma, neurofibroma, adenomioepitelioma)

La mastitis (infección del seno) no es una lesión, y no aumenta el riesgo de cáncer de mama.

Lesiones proliferativas sin atipia: estas afecciones muestran un crecimiento excesivo de células en los conductos o lobulillos del tejido mamario. Parecen aumentar ligeramente el riesgo de cáncer de seno en una mujer (de una y media a dos veces respecto al riesgo normal). Éstas incluyen: (4)

- Hiperplasia ductal usual (sin atipia)
- Fibroadenoma
- Adenosis esclerosante
- Varios papilomas (*papilomatosis*)
- Cicatriz radial

Lesiones proliferativas con atipia: en estas afecciones, existe crecimiento excesivo de células en los conductos o lobulillos del tejido del seno, y algunas de las células no lucen normales. Estas afecciones tienen un efecto mayor en el

riesgo de cáncer de mama, aumentando el riesgo normal en aproximadamente 4 a 5 veces. Estos tipos de lesiones incluyen: (4)

- Hiperplasia ductal atípica
- Hiperplasia lobulillar atípica

Las mujeres con un antecedente familiar de cáncer de seno y con hiperplasia o hiperplasia atípica tienen un riesgo aún mayor de padecer cáncer de seno.

Nuliparidad

Las mujeres que pasan de los 40 años y no lograron tener su primer hijo, se convierten en serias candidatas a tener un cáncer de mama, al parecer en relación con la influencia hormonal estrogénica que condiciona la infertilidad, por ser esta una causa frecuente de nuliparidad. Se sabe además que la estrona y el estradiol ejercen acción proliferativa sobre las mamas ejercen acción proliferativa sobre las mamas, mientras el estriol, sé que tiene especial aumento durante el embarazo, actúa de forma contraria en su capacidad estimulante. (1)

Al estar las mamas sometidas a la prolongada acción de los estrógenos (ciclos anovulatorios) sin la contrapartida de la progesterona o por ausencia de embarazos, se crea el terreno propicio para el crecimiento exagerado primero (hiperplasia) y posterior desorganización epitelial (atípica) y, en algún momento después, el cáncer mamario, en particular, cuando se asocian otros factores de riesgo. (1)

Las mujeres que no han tenido hijos o aquellas que tuvieron su primer hijo después de los 30 años tienen en general un riesgo ligeramente mayor de padecer cáncer de seno. Los embarazos múltiples y quedar embarazada a una edad temprana reducen el riesgo del cáncer de seno en general. Aun así, el efecto del embarazo es diferente para los distintos tipos de cáncer de seno. (4)

Primer parto después de los 30 años.

De forma similar a la descrita para la nulípara, se comporta la influencia hormonal sobre las mamas en la mujer que tiene su parto producto de un embarazo a término después de los 30 años. Se conoce que, si el primer parto ocurre antes de los 18 años las probabilidades de tener cáncer de mama es solo la tercera parte que la de la población por lo que es solo un factor protector, mientras todo lo contrario ocurre en la primiparidad tardía, donde la prolongada acción estrogénica se convierte en riesgo similar al de la nuliparidad. (1)

Edad de la menarquia y de la menopausia.

La precocidad menstrual de la adolescente (menarquia antes de los 10 años) se ha vinculado a mayor riesgo de cáncer, sin embargo, solo cuando aparece en la misma paciente la menopausia tardía (55 años o más), padece tener

estadísticamente alguna significación debido a los mismos factores mencionados para la paridad tardía. (1)

Las mujeres que hayan tenido más ciclos menstruales (periodos) debido a que comenzaron la menstruación a una edad temprana (antes de los 12 años) presentan un riesgo ligeramente mayor de padecer cáncer de seno. Este aumento en el riesgo podría deberse a una exposición más prolongada a las hormonas estrógeno y progesterona durante la vida. (4)

Las mujeres que han tenido más ciclos menstruales debido a que experimentaron tarde la menopausia (después de los 55 años) tienen un riesgo ligeramente mayor de padecer cáncer de seno. Este aumento en el riesgo podría deberse a una exposición más prolongada a las hormonas estrógeno y progesterona durante la vida. (4)

Escasa lactancia.

No se ha podido determinar que la prolactina tenga un papel protector específico, por lo que no se puede afirmar que la lactancia sea un factor de protección. Sin embargo, se ha reportado que solamente en grupos de mujeres con lactancia muy prolongada (2 años o más), la aparición de cáncer de mamas fue menos frecuente que la media poblacional. Este factor también ha mostrado tener poca influencia. (1)

Algunos estudios sugieren que la lactancia podría disminuir ligeramente el riesgo de cáncer de mama, especialmente si se lacta al bebé por al menos un año. La razón para este posible efecto puede ser que la lactancia reduce el número total de ciclos menstruales en la vida de una mujer (lo mismo que comenzar los periodos menstruales a una edad mayor o experimentar la menopausia temprano). (4)(6)

Utilización de hormonas (estrógenos y exógenos).

El papel carcinogénico de los estrógenos se ha comprobado en la experimentación animal y, en la práctica clínica, el uso de los antiestrógenos lo ha confirmado. En la actualidad se conoce que el estriol tiene un papel antagónico a la estrona e el estradiol, y que ejerce un efecto protector para el tejido mamario. Los reportes de Cole y Maman (citados por Marchant), evidencian que el decenio posterior a la menarquia tienen una alta producción de estriol, lo que también ocurre en el embarazo y que explica su efecto protector. La teoría de las *ventanas estrogénicas* abiertas en la pubertad precoz y en el climaterio con escasa y muy variable producción de progesterona justificaría el mayor riesgo en esas circunstancias. (1)

Con respecto a la progesterona, se conoce su efecto moderador de la influencia estrogénica, pero no ha mostrado acciones favorables para neutralizar en realidad el efecto cancerígeno atribuido a estos. (1)

Píldoras anticonceptivas:

El uso de tabletas anticonceptivas combinadas no ha mostrado acción negativa, aunque algunos autores recomiendan no comenzar su uso antes de los 20 años de edad y no prolongado por más de 10 años sin embarazos ni usarlas después de los 35 años. (1)

Los estudios han indicado que las mujeres que usan anticonceptivos orales tienen un riesgo ligeramente mayor de tener cáncer de mama que aquellas mujeres que nunca los han usado. El riesgo parece bajar a lo normal con el paso del tiempo una vez se dejan de tomar las pastillas anticonceptivas. Las mujeres que dejaron de usar los anticonceptivos orales hace más de 10 años no parecen tener aumento del riesgo de padecer cáncer de seno. (4) (11)

Acetato de medroxiprogesterona de depósito (DMPA; Depo-Provera):

Es una forma inyectable de progesterona que se administra una vez cada tres meses como método anticonceptivo. Unos pocos estudios han estudiado el efecto del DMPA sobre el riesgo de cáncer de mama. Las mujeres que actualmente usan el DMPA parecen tener un aumento en el riesgo, pero el riesgo no parece aumentado si este medicamento se usó hace más de 5 años. (4)

Ante la necesidad del uso de hormonas ováricas para paliar los desfavorables efectos de la menopausia, es decir, para reducir las posibilidades de osteoporosis y fracturas, además de incrementar la producción cardiovascular en la mujer postmenopausica, se comenzó a utilizar el denominado tratamiento de remplazo con estrógenos. Este proceder ha dado resultados que se han cuestionado por varios autores y se le atribuye un marcado incremento del riesgo para el cancer mamario, incluso, cuando se asocia la progesterona al tratamiento. No obstante se ha recomendado que en cada paciente que se considere necesaria la utilización de este proceder se tomen medidas de estudio previos en lo posibles órganos blanco de efectos indeseables como mama y endometrio. (1)

Exposición al dietilestilbestrol.

Desde los años 40 a los 70, a algunas mujeres embarazadas se les administraba dietilestilbestrol (DES), un medicamento parecido al estrógeno, ya que se pensaba que éste disminuía las probabilidades de perder el bebé (aborto espontáneo). Estas mujeres tienen un riesgo ligeramente mayor de padecer cáncer de seno. Las mujeres cuyas madres tomaron dietilestilbestrol durante el embarazo también pudieran tener un riesgo ligeramente mayor de cáncer de mama. (4)

Estilo de vida.

Este es un factor múltiple pues lo forman varias condiciones que se asocian básicamente en determinados grupos poblacionales, aunque algunas de estas e pueden observar en cualquier otro grupo de población.

Habito de fumar. Factor controvertido, pues se le atribuye riesgo para el cancer de ovario y este se relaciona muy estrechamente con el de las mamas, aunque paradójicamente se reporta en otros estudios como protector de cáncer endometrial. (1)

Alcoholismo. Parece aumentar el riesgo, debido a su efecto estimulante de la producción estrogénica y a la deficiencia de ácido fólico que este mal habito condiciona y es considerada esta vitamina un factor protector del epitelio mamario. (1). El consumo de bebidas alcohólicas está claramente relacionado con un aumento en el riesgo de padecer cáncer de seno. El riesgo aumenta con la cantidad de alcohol consumido. Se sabe también que el consumo excesivo de bebidas que contienen alcohol incrementa el riesgo de desarrollar otros tipos de cáncer.

Alta frecuencia del estrés. En la vida moderna se ha asociado a varias enfermedades no hay reportes serios que vinculen el estrés, al riesgo de cáncer mamario. (1)

Sedentarismo. A través de las múltiples consecuencias que condiciona, se puede inferir que tiene influencias en el riesgo de cáncer mamario. Los trastornos que se observan comúnmente en el sedentarismo, como la hipertensión arterial, la obesidad y la hipercolesterolemia, probablemente por un exceso de ingestión grasa que conlleva un exceso de nivel de colesterol. (1)

La falta de realización sistemática de ejercicio físico que también se asocia, se ha menciona como elemento de riesgo, aunque en escasa cuantía. (1)

Enfermedades crónicas.

La diabetes, con sus trastornos metabólicos también se ha incluido en el riesgo y se estudia una triada (Hipertensión arterial, Diabetes y Obesidad), que se ha visto con un incremento importante del riesgo de cáncer mamario y endometrio, sobre todo en la posmenopausia. (1)

Estudios realizados en inmigrantes de países con baja incidencia de cáncer mamario que se han trasladado a países con más alta incidencia, han visto aumentar la frecuencia de aparición del cáncer en estos al adaptarse sucesivas generaciones al medio ambiente. (1)

Todo esto lleva a concluir que el estilo de vida tiene una influencia en el cáncer mamario.

Sobrepeso u obesidad.

El sobrepeso o la obesidad después de la menopausia aumentan el riesgo de cáncer de mama. Antes de la menopausia, sus ovarios producen la mayor cantidad de estrógeno, y el tejido adiposo produce una pequeña cantidad. Por otro lado, después de la menopausia (cuando los ovarios dejan de producir estrógeno), la mayor parte del estrógeno de una mujer proviene del tejido adiposo. Un exceso de tejido adiposo después de la menopausia puede aumentar su probabilidad de padecer cáncer de mama al aumentar los niveles de estrógeno. Además, las mujeres que tienen sobrepeso tienden a presentar niveles de insulina en la sangre más elevados. Los niveles de insulina más elevados también están relacionados con algunos tipos de cánceres, incluyendo el cáncer de mama. La relación entre el peso y el riesgo de cáncer de seno es compleja. Por ejemplo, el riesgo parece ser mayor en las mujeres que aumentan de peso en su vida adulta, pero es posible que no aumente en aquellas mujeres que han tenido exceso de peso desde la infancia. Además, un exceso de grasa en el área de la cintura afecta el riesgo más que la misma cantidad de grasa en las caderas y en los muslos. Los investigadores creen que las células grasas de varias partes del cuerpo tienen diferencias sutiles que pueden explicar esta observación. (4)

Estado socioeconómico elevado.

En países donde el modo de vida es económicamente superior, se conoce que hay un aumento proporcional de cáncer mamario en las mujeres con mejores condiciones que las demás, al parecer relacionado con hábitos alimentarios, dados por exceso de ingestión de carnes y grasas y mayor frecuencia de hábitos tóxicos (Alcohol, Cigarros, etc.). Por otra parte es más frecuente en estas la escasa paridad y la paridad tardía. (1)

Historia de radiaciones ionizantes.

La conocida historia de las consecuencias de la exposición a radiaciones producto del genocida ataque atómico a Hiroshima y Nagasaki, al final de la II Guerra Mundial, mostró un considerable aumento del cáncer en sus diferentes modalidades del cáncer mamario. (1)

El surgimiento de la mamografía y la necesidad de su repetición periódica para el diagnóstico precoz del cáncer de mamas, creó el temor de la posible influencia negativa, por el empleo de radiaciones ionizantes, sin embargo, este proceder utiliza dosis muy bajas de radiaciones y aun sin negar en su totalidad los posibles efectos secundarios, se considera que el comienzo a partir de los 50 años de edad y la repetición anual y limitada a las pacientes de alto riesgo hasta los 65 años de edad condiciona más ventajas (diagnóstico del cáncer en etapa temprana) que riesgos por el uso de la radiaciones ionizantes. No obstante en algunos grupos en especial riesgo (mutación de los BRCA1 y BRCA2) se aconseja comenzar la pesquisa desde los 40 años con repetición anual, sin que se reporten daños colaterales de importancia. (1)

Antecedente de radiación al tórax.

Las mujeres que siendo niñas o jóvenes fueron tratadas con radioterapia en el área del tórax para otro tipo de cáncer (como la enfermedad de Hodgkin o el linfoma no Hodgkin) tienen un mayor riesgo de padecer cáncer de seno. Esto varía con la edad de la paciente al momento de recibir la radiación. El riesgo es el mayor si la radiación se administró durante la adolescencia, cuando los senos aún estaban en desarrollo. La radioterapia después de los 40 años no parece aumentar el riesgo de padecer cáncer de mama. (4)

Raza y origen étnico.

En general, las mujeres de raza blanca tienen una probabilidad ligeramente mayor de padecer cáncer de seno que las mujeres de raza negra, aunque éstas últimas tienen una mayor probabilidad de morir de este cáncer. Sin embargo, en las mujeres menores de 45 años de edad, el cáncer de seno es más común en las mujeres de raza negra. Las mujeres asiáticas, hispanas e indias americanas tienen un menor riesgo de padecer y morir de cáncer de seno. (4)

Clasificación TNM en el cancer mamario.

La clasificación en el cancer de mama, al igual que en el resto de las localizaciones malignas, es un procedimiento dirigido a crear un sistema de estadio clínico que permita establecer patrones de comparación internacional, orientando las conductas terapéuticas específicas en cada caso.

T = Tumor (expresado en su diámetro mayor y en la propagación a regiones vecinas).

N = Ganglios linfáticos (que expresan la diseminación del tumor por esta vía).

M = Metástasis a órganos distantes (que expresa la diseminación a otras partes del organismo).

El sistema TNM es una estrategia para agrupar a las pacientes con respecto a su pronóstico. Además, se pueden formular decisiones terapéuticas, en parte de acuerdo a su categoría, respecto a su clasificación linfonodal.

Tumor primario (T):

TX: el tumor primario no puede ser demostrado.

T0: no hay evidencias de tumor primario (no palpable).

Tis: carcinoma *in situ*

- Tis (DCIS): Carcinoma ductal *in situ*.
- Tis (LCIS): Carcinoma lobular *in situ*.
- Tis (Paget): Enfermedad de Paget del pezón no asociada a masa tumoral.

T1: Tumor menor de 2 cm en su diámetro mayor.

- T1mic: Microinvasión hasta 0,1 cm.
- T1a: Tumor mayor que 0,1 cm hasta 0,5 cm.
- T1b: Tumor mayor que 0,5 cm hasta 1 cm.
- T1c: Tumor mayor que 1cm hasta 2 cm.

T2: Tumor mayor que 2 cm hasta 5 cm.

T3: Tumor mayor que 5 cm.

T4: Tumor de cualquier tamaño con:

- T4a: Extensión a pared costal (no al pectoral).
- T4b: Extensión a piel (ulceración o piel de naranja).
- T4c: Extensión a ambos.
- T4d: Carcinoma inflamatorio.

Ganglios Linfáticos (N):

NX: La invasión regional no puede ser demostrada.

N0: No hay invasión regional ganglionar.

N1: Hay invasión de uno o varios ganglios, pero aislados y en la misma región axilar. (3 ganglios metastásicos axilares)

N2: Los ganglios metastásicos forman masas fijas unidas entre sí o a otras estructuras. (de 4 a 9 ganglios)

N3: Hay invasión de los linfáticos infraclaviculares o supraclaviculares o invasión de la cadena mamaria interna, (10 o más ganglios metastásicos)

Metástasis a órganos distantes (M):

MX: Las metástasis distantes no han sido demostradas.

M0: No hay metástasis a órganos distantes.

M1: Hay metástasis a órganos distantes.

Estadios del cáncer de mama.

Estadio 0: Tis, N0 y M0.

Estadio I: T1, N0 y M0.

Estadio IIa: T0-1, N1, M0 -y- T2, N0 y M0.

Estadio IIb: T2, N1, M0 -y- T3, N0 y M0.

Estadio IIIa: T0-2, N2, M0 -y- T3, N1-2 y M0.

Estadio IIIb: T4, N0-2 y M0.

Estadio IIIc: cualquier T, N3 y M0 (incluye el carcinoma inflamatorio)

Estadio IV: cualquier T, cualquier N y M1. (27)(1)

Carcinoma in situ

En el carcinoma lobulillar in situ (*lobular carcinoma in situ*, LCIS), las células con aspecto de células cancerosas crecen en los lobulillos de las glándulas productoras de leche del seno, pero no han atravesado la pared de los lobulillos. Algunas veces, el LCIS (también llamado *neoplasia lobulillar*) y el carcinoma ductal in situ (*ductal carcinoma in situ*, DCIS) son considerados un cáncer no invasivo de seno. Sin embargo, a diferencia del DCIS, el LCIS no parece convertirse en cáncer invasivo si no se trata. Las mujeres con LCIS tienen un riesgo de siete a once veces mayor de padecer cáncer en cualquiera de los senos.

- **Carcinoma Intraductal.** Éste es el carcinoma que se origina a partir de aquellos adenomas benignos intracanaliculares que estudiamos en el capítulo anterior. El epitelio de estas formaciones puede irse haciendo maligno progresivamente. Esta forma de epitelio maligno, que por crecer intracanalicular no tiene carácter de romper la basal, es lo que algunos autores calificar como carcinoma in situ O carcinoma intraepitelial de la mama. Este concepto, a diferencia de cuello uterino, es un concepto relativo y discutible. Por ejemplo, en la ya mencionada figura la porción que podría calificarse de intraepitelial formaba parte de un comedocarcinoma invasivo. Dentro de este tipo de carcinoma el más común es el comedocarcinoma y algo menos frecuente, pero también de hallazgo común, el carcinoma sólido intraductal. Pertenecen también a esta misma estirpe el carcinoma papilar o intraquístico, que es el que se forma a expensas del epitelio de las papilas y que puede aparecer en los quistes benignos. (11)
- **Carcinoma ductal.** A diferencia del anterior, que crece por proliferación de adenomas intraductales, éstos crecen por proliferación de la pared epitelial del mismo galactóforo. La forma intraepitelial puede darse aquí también, pero es mucho más rara. La forma más común es aquella en la que el colágeno peritumoral prolifera dando lugar a un tumor duro, de consistencia fibrosa, que es el escirro o carcinoma escirroso de la mama. (11)
- **Carcinoma lobulillar.** derivan de los conductos galactóforos, esta variedad está formada por cánceres que derivan del lobulillo secretor mamario. Por alguna razón que se ignora, estos tumores son menos frecuentes. Aunque no es del todo seguro, parece que los carcinomas de los otros dos grupos son estrógeno dependiente, mientras que éstos serían prolactino dependientes. Esto explica el distinto comportamiento del carcinoma de mama ante el tratamiento hormonal. (11)
- **Carcinoma de Paget.** Es una presentación poco habitual del cáncer de mama (menor del 5%). Se define como la presencia de células tumorales en el complejo aréola-pezones. Puede estar asociado tanto con un carcinoma intraductal como con un carcinoma infiltrante, que se originan en los conductos subareolares. Sin embargo, también puede encontrarse un cáncer en cualquier otra parte de la mama. Clínicamente, se caracteriza por un enrojecimiento y prurito del pezón, que evoluciona a cambios eccematoides y ulcerativos. (23)

La mamografía puede ser normal o mostrar cambios en el complejo aréola-pezón (engrosamiento, retracción, calcificaciones). Asimismo, puede demostrar la presencia de una lesión maligna en la región retroareolar o incluso alejada. La ecografía puede ser útil para valorar una masa retroareolar, que puede ser de difícil valoración en la mamografía. La RM es

útil para definir el tamaño del cáncer mamario asociado, ya que puede ser infravalorado con la mamografía o la ecografía. El diagnóstico se realiza ante los signos clínicos que se han comentado y mediante la práctica de una biopsia del pezón. (23)

Carcinoma inflamatorio. El carcinoma inflamatorio tiene un mal pronóstico. Afortunadamente supone menos del 1% de los cánceres mamarios. No es un subtipo histológico, sino una forma clínica de presentación con eritema, edema, calor local y piel de naranja. En la biopsia dérmica se encuentran émbolos tumorales en los linfáticos. No obstante, la definición no está completamente clara, ya que no siempre se demuestran los émbolos tumorales en los casos clínicamente típicos, ni todos los carcinomas con émbolos tumorales dérmicos se presentan con los signos clínicos característicos. En mamografía se identifica un engrosamiento intersticial trabecular y de la piel. En la ecografía se aprecia el engrosamiento cutáneo, así como la dilatación de los conductos y el edema intersticial. Asimismo, permite identificar el tumor mamario. En RM, las secuencias T2 son útiles para valorar el edema y el engrosamiento cutáneos. En el estudio dinámico con contraste se aprecia a menudo una captación difusa, como corresponde a esta afectación masiva de la mama. (23)

Cuadro clínico

Desafortunadamente, aún hoy día, es la propia paciente la que acude al médico en busca de diagnóstico, cuando detecta en una de sus mamas la presencia de un nódulo u otra alteración. Corresponde entonces al especialista de atención primaria, calificado para este tipo de entidad, iniciar el proceso clínico investigativo de acuerdo con la metodología clásicamente aceptada en medicina; es decir, anamnesia, examen físico, e investigaciones complementarias al respecto. Se debe criticar y combatir la tendencia de algunos al modificar esta metodología, comenzando el estudio de estas pacientes por complementarios de fácil y rápida realización como el ultrasonido sin haber realizado siquiera el examen físico previo, lo cual puede complicar peligrosamente el diagnóstico definitivo, sobre todo, si el resultado es negativo y se ignora el importante porcentaje de falsos negativos que puede existir en cualquier investigación complementaria.

Anamnesis.

La detallada recogida de todos los datos de la historia de salud y enfermedad de la paciente y sus familiares allegados, es el primer paso de interés en este proceso. Resulta muy importante insistir en los datos que se consideran factores de riesgo, pues su existencia favorece el criterio diagnóstico presuntivo de malignidad. Los datos referentes a edad, paridad, edad del primer parto, tiempo de lactancia, edad de la menarquía, menopausia, historia de infertilidad, obesidad posmenopausica, historia de ginecopatías relacionadas con hiperestrinismo, enfermedades endocrinas (tiroideas o diabetes), enfermedades benignas de las mamas con anterioridad, y muy en especial, antecedentes personales o familiares de primer grado con cáncer mamario, cáncer de colon, de ovario o de endometrio y otros. Todos estos datos guardan relación con el riesgo mayor o menor de adquirir la

enfermedad. La presencia de una tumoración y de otras lesiones en las mamas, requiere conocer el tiempo evolución, los síntomas acompañantes, si ha aumentado o no en el tiempo transcurrido; así como los resultados de investigaciones o tratamientos previos realizados, el dolor espontaneo en una o las dos mamas es, por lo general, dependiente de alteraciones mamarias benignas o trastornos osteocondriales, aunque, en ocasiones, puede aparecer acompañado a lesiones malignas, por lo que debe insistirse, sobre todo en pacientes mayores de 40 años, en la necesaria búsqueda de otros síntomas y signos para el correcto diagnóstico de estas lesiones. (1)(3)

Examen físico.

Este aspecto del diagnóstico resulta de especial importancia, ya que realizado con la técnica adecuada, es capaz de presumir en la mayoría de los casos la posibilidad de malignidad o benignidad de la lesión mamaria existente. Se identificaran, ahora, los principales datos del examen físico que orientan hacia la malignidad.

Inspección.

Con las maniobras adecuadas se apreciara la presencia de asimetrías, abultamientos, retracción dela piel localizada en un área o hundimiento del pezón. En ocasiones hay edema y también pueden observarse cambios de coloración, exceso de vascularización superficial, ulceraciones o nódulos satelitales.

Palpación.

a) Nódulo mamario.- es la lesión más común referida como hallazgo por la paciente. El nódulo, maligno, es de consistencia general firme, con superficie irregular, puede tener o no cierto grado de fijación a los planos profundos, lo que limitara su movilidad o fijación a los planos superficiales; por lo que aparecerá una retracción dela piel, cuando se intenta mover el nódulo. La diferencia de entidades como la necrosis o nódulo graso y otras consideradas benignas, es en ocasiones necesaria. (1)

Debe hacerse la medición aproximada del nódulo en centímetros, en todas las pacientes y nunca utilizar comparaciones con frutas objetos. Este examen debe realizarse, preferiblemente, con la paciente acostada; aunque en pacientes con mamas pequeñas puede también hacerse en posición sentada. El dolor al examen es, por lo general, poco o ninguno en el e cancer mamario, aunque puede existir, si se le asocian entidades como fibroadenosis y otras.(2)(3)

b) Descarga por el pezón.- es poco común en la malignidad, excepto cuando se debe a lesiones intracanaliculares cercanas a la areola, en cuyo caso es de aspecto serohemático, y en una sola mama. En estos casos debe diferenciarse del papiloma intracanalicular benigno que puede aparecer con síntomas similares. (1)(4)

c) Alteraciones del pezón.- El hundimiento o retracción congénita del pezón o que apareció después de traumas o infecciones de los conductos, es por lo general, benigno. En el resto de las ocasiones que aparezca esta alteración, debe buscarse la posible malignidad como causa. De igual manera, la presencia de ulceraciones o de costras en el pezón, con la existencia palpable de una tumoración retroareolar o sin esta, debe pensarse en la posibilidad del cáncer de Pápagos de la mama. (1)(2)(4)

d) Ganglios axilares.- cuando se palpan con facilidad aumentados de tamaño, e consistencia firme, con escasa movilidad y se encuentran aislados o en grupos, serán indicios evidentes de invasión linfática maligna. Cuando existen ganglios linfáticos con estas características en esta región supraclavicular, constituyen evidencias de cancer en etapa ya avanzada. Cuando se sospecha malignidad, debe realizarse, además, el examen físico general en busca de alteraciones en órganos distantes que orienten la existencia de posibles metástasis. (1)

INVESTIGACIONES COMPLEMENTARIAS.

La mamografía es el método de imagen de elección para el diagnóstico de cáncer, con una sensibilidad del 85-93% , aunque aproximadamente el 10% de los cánceres palpables no se identifican por este método. Se indica para evaluar alguna anomalía detectada por tamizaje o por clínica en las mujeres mayores de 35 años, realizando proyecciones adicionales para definir mejor el área de interés.(17)

Una vez establecida mediante el examen físico la sospecha de malignidad del nódulo mamario, debe realizarse un ultrasonido para aclarar si es quístico o sólido. La presencia de un nódulo quístico no excluye la malignidad, por lo que en estos casos, el estudio citológico del líquido, aspirado con aguja fina, resulta necesario, si este es de color oscuro o sanguinolento, pero si resulta claro, se dará un compás de espera de dos a tres meses y, si aparece la tumoración se precederá a su exéresis y biopsia.

En el nódulo sólido debe realizarse la biopsia aspirativa con aguja fina No.23. la biopsia con aguja gruesa conocida como **CORE** biopsia u otras, son usadas preferentemente cuando el nódulo no es palpable. Con posterioridad se hará el estudio citopatológico detallado de las muestras colectadas y de ser positiva esta biopsia, se prepara la paciente para la realización de la biopsia escisional (quirúrgica). También puede realizarse la biopsia de un ganglio axilar, si tienen características de ser metastásicos, sobre todo cuando la lesión primaria no es evidente. En esta preparación, además de los exámenes preoperatorios habituales en la cirugía y dada la posible necesidad de realizar una intervención de mayor envergadura, se incluirá un estudio radiográfico previo (mamografía) de ambas mamas, para buscar la existencia de otra lesión maligna en la misma mama o en la mama opuesta, además de otros estudios dirigidos a descartar posibles metástasis en hígado, pulmón, y huesos.(1)(3)

MATERIAL Y MÉTODO

METODOLOGÍA A UTILIZAR PARA ENFRENTAR EL PROBLEMA.

Clasificación de la investigación: Retrospectivo transversal de Intervención educativa.

Se realizó un estudio retrospectivo transversal de intervención educativa para precisar la repercusión de la educación sanitaria sobre el conocimiento de Diagnóstico Precoz de Cáncer de mama en mujeres mayores de 30 años de edad pertenecientes al consultorio médico de la familia número 21 residentes en la comunidad "El Manguito" perteneciente a el área Ciro Redondo en el período comprendido de mayo del 2016 a Mayo del 2017. Las variables objeto de estudio fueron aspectos relacionados con la identidad personal y con los conocimientos teóricos y prácticos sobre el cáncer de mama.

El universo de estudio estuvo constituido por el total de 350 pacientes femeninas mayores de 30 años pertenecientes al consultorio médico de la familia # 21.

La muestra de estudio quedo constituido por 50 pacientes femeninas mayores de 30 años, donde se escogió una muestra por muestreo aleatorio probabilístico mediante el muestreo al azar. Se utilizaron criterios de inclusión y de exclusión.

Criterios de inclusión:

1. Pacientes femeninas mayores de 30 años cumplidos
2. Que tengan la disposición de participar en la Intervención Educativa.
3. Pertenecer al Consultorio Médico de Familia No. 21 de Ciro Redondo.
4. Permanencia en el área durante el tiempo que dure la Intervención Educativa.
5. Que no abandone las sesiones planificadas.

Criterios de exclusión:

1. Las pacientes que no entren dentro del grupo etario, (- 30 años).
2. Las pacientes que no tengan la disposición de participar.
3. Que no desee continuar con la Intervención educativa.
4. Irregularidades en la asistencia de los encuentros planificados.

5. Pacientes que a pesar de entrar en el grupo de edad tengan trastornos de la conciencia, retraso mental, parálisis cerebral.
6. Los que residan temporalmente en el área de estudio, las pacientes tránsito, pacientes internacionalista.

Principales variables de estudio.

1. Edad

- 1.1. 30-39 años
- 1.2. 40-49 años
- 1.3. 50-59 años
- 1.4. Más de 60 años

2. Nivel de escolaridad

- 2.1. No escolarizado
- 2.2. Primaria
- 2.3. Secundaria
- 2.4. Preuniversitario o Técnico medio.
- 2.5. Universitario

3. Ocupación

- 3.1. Trabajadora
- 3.2. Ama de casa
- 3.3. Dirigente
- 3.4. Maestra
- 3.5. Médico
- 3.6. Jubilada

4. Conocimiento sobre factores de riesgo de cáncer de mama. Antes y después.

- 4.1. Antecedentes patológicos familiares y antecedentes patológicos personales.
- 4.2. Menarquía precoz.
- 4.3. Menopausia tardía.
- 4.4. Nuliparidad.
- 4.5. No lactancia materna o escasa.
- 4.6. Primer parto luego de los 30 años.
- 4.7. Estilos de vida como hábito de fumar, estrés, sedentarismo.
- 4.8. Radiaciones.
- 4.9. Antecedentes de afección benigna de la mama.
- 4.10. Enfermedades crónicas como Obesidad, Diabetes, Hipertensión.

5. Conocimiento de los síntomas y signos de cáncer de mama. Antes y después.

5.1. Tum oración.

5.2. Retraimiento del pezón como cascara de naranja.

5.3. Adenopatías.

5.4. Supuración por el pezón.

6. Conocimiento sobre la importancia del autoexamen de mama para el diagnóstico precoz y si lo practican. Antes y después.

6.1. Considera im portante el autoexamen de mama.

6.2. No considera im portante el autoexamen de mama.

6.3. No saben.

6.4. Lo conocen y lo practican.

6.5. Lo conocen y no lo practican.

7. Frecuencia de asistencia a consulta para examen clínico de mamas. Antes y después.

7.1. Si molestias

7.2. Cada 6 meses

7.3. Anual

7.4. Nunca

8. Evaluación del conocimiento de la población sobre el cáncer de mama. Antes y después.

8.1. Bueno.

8.2. Regular.

8.3. Malo.

Aspectos Éticos.

Para realizar la Intervención Educativa nos basamos en los principios éticos médicos. Antes de ser incluidos en el estudio se le solicitó a cada paciente su consentimiento a participar en la investigación. Se explicaron los objetivos del estudio y la importancia de su participación. Se le garantizó la confidencialidad de la información que ellos aportaron y la posibilidad de abandonar el estudio si así lo deseaba, sin repercusión alguna. La aceptación de los pacientes a participar en el estudio se realizó de forma escrita a través del modelo de consentimiento informado.

TITULO : Intervención Educativa sobre Diagnóstico Precoz de Cáncer de Mama en mujeres pertenecientes al CMF No.21 policlínico de Ciro Redondo.

RESULTADOS Y DISCUSIÓN.

Tabla 1. Representación de encuesta a mujeres según grupos de edad.

Grupos de edades	Número	Por ciento
30 – 39 años	8	16
40 – 49 años	13	26
50 – 59 años	20	40
60 y más años	9	18
Total	50	100

Fuente: Encuesta.

En la Tabla 1 se aprecia la distribución de la población femenina encuestada según grupo de edades, partiendo de la edad de 30 años que es la recomendada por la Sociedad Americana del Cáncer para el comienzo y sistematización de la práctica del auto examen de mamas (17). En nuestro universo se encontró que la muestra mayor fue el grupo de 50 - 59 años de edad con 20 mujeres, que representan el 40% del total de mujeres incluidas en el estudio de intervención educativa, seguido del grupo de 40-49 años, con 13 pacientes femeninas para un 26% , se muestra además gráficamente por picos en la 4ta y 6ta décadas de la vida; la menor muestra fue la perteneciente al grupo de 30-39 años.

Tabla 2. Distribución de la población según el nivel educacional.

Nivel educacional	No.	%
No escolarizado	0	-
primaria	3	6
secundaria	11	22
Preuniversitario o técnico medio	24	48
Universitario	12	24
total	50	100

Fuente: Encuesta

La Tabla 2 se refiere al nivel educacional y escolar de la población estudiada. Resulta elevado el nivel escolar, con predominio del preuniversitario (48%), sin contar con ninguna sin nivel escolar, de manera que se trata de un conjunto de mujeres en plenitud de facultades intelectuales para comprender e interiorizar la información brindada sobre el Cáncer de mama y la importancia del auto examen de mama, asimilar su ejecución y ponerlo en práctica.

Tabla 3. Distribución de la población según ocupación.

Ocupación	No.	%
Trabajadora	14	28
Ama de casa	18	36
Dirigente	2	4
Maestra	5	10
Trabajadoras de la salud	3	6
Jubilada	8	16
Total	50	100

Fuente: Encuesta.

En la tabla 3 la distribución de la población según ocupación observamos un predominio de las mujeres Ama de casa, con 18 mujeres incluidas, para un 36%. Seguida de mujeres trabajadoras con 14 mujeres, para un 28% por lo que una mayor parte de las mujeres que participaron en la Intervención educativa son amas de casa.

Tabla 4. Conocimiento de los factores de riesgo del cáncer de mama antes y después de la intervención.

Conocimientos sobre Factores de Riesgo de cáncer de mama.	Antes		Después	
	Si	%	Si	%
1. APF y APP de cancer mamario	47	94	50	100
2. Menarquia precoz	4	8	39	78
3. Menopausia tardía	11	22	50	100
4. Nuliparidad	5	10	48	96
5. No lactancia materna o escasa	2	4	48	96
6. Primer parto luego de los 30 años	3	6	47	94
7. Hábitos tóxicos	45	90	50	100
8. Radiaciones	21	42	45	90
9. Antecedentes de afección benigna de la mama	7	14	49	98
10. Enfermedades crónicas como Obesidad, Diabetes, Hipertension	1	2	49	98

Fuente: Encuesta

Tabla 4, podemos observar que el factor de riesgo más conocido antes de nuestra acción educativa fue el relacionado a los antecedentes patológicos personales y familiares con 47 respuestas acertadas, para un 94%, y en segundo lugar los hábitos tóxicos con 45 respuestas acertadas para un 90%, resultado esperado si tenemos en cuenta que son los factores de riesgo que más se explotan en los medios audiovisuales y en las culturas sensacionalistas. El resto de los factores de riesgo asociados al Cáncer de mama no eran bien conocidos por la mayoría, sin embargo luego de concluir nuestro estudio y aplicar nuevamente la encuesta obtuvimos que 9 de los factores de riesgo propuestos tuvieron más del 90% de respuestas acertadas, por lo que se evidencia que una buena acción educativa, eleva los resultados en cuanto al conocimiento teórico. Los menos conocidos fueron los relacionados con enfermedades crónicas como obesidad y la reproducción.

Tabla 5. Distribución de pacientes según conocimiento de los síntomas y signos. Antes y después de la intervención.

Conocimientos	Antes		Después	
	Si	%	Si	%
Tumoración.	50	100	50	100
Retraimiento del pezón como cáscara de naranja	5	10	47	94
Adenopatías.	14	28	50	100
Supuración por el pezón	7	14	49	98

Fuente: Encuesta.

La Tabla 5 que hace referencia a la distribución de pacientes según conocimiento de los síntomas y signos del Cáncer de mama antes y después de la intervención tuvo un comportamiento similar, ya que en la primera aplicación de la encuesta encontramos que solo había conocimiento en las mujeres de la presencia de tumoración en alguna de las mamas, con un 100% de respuestas positivas y en segundo lugar la presencia de adenopatías con un 28% de respuestas positivas. En la segunda aplicación de la encuesta después de la Intervención educativa obtuvimos resultados satisfactorios ya que todas las respuestas acertadas sobre los síntomas y signos presentes en el Cáncer de mama sobrepasaron el 94%. El menos conocido el retraimiento del pezón como cáscara de naranja, el conocimiento luego de la intervención se incrementó en un 94%.

Tabla 6. Distribución de pacientes según conocimiento sobre la importancia del autoexamen de mama para el diagnóstico precoz y si lo practican, antes y después de la intervención.

Importancia del autoexamen de mama.	Antes		Después	
	#	%	#	%
Consideran importante el autoexamen de mama	45	90	50	100
No consideran importante el autoexamen de mama	2	4	-	-
No saben.	3	6	1	2
Lo conocen y lo practican	12	24	48	96
Lo conocen y no lo practican	26	52	1	2

Fuente Encuesta

En la Tabla 6, Al explorar en las encuestadas sobre el conocimiento de la importancia del autoexamen de mamas para el diagnóstico precoz del Cáncer de mama observamos que la mayoría de las pacientes consideraban importante dicho examen, dígase el 90% , dato que no es de extrañar dada la especial atención que desde 1998 Cuba le ha dado al Programa Nacional del Cáncer de Mama (31) Luego de las acciones educativas se logró que el 100% de las pacientes femeninas consideraran y evaluaran de importante el autoexamen de mama para el diagnóstico precoz del Cáncer de mama .

También en la Tabla 6 describe el conocimiento y práctica del autoexamen de mama en nuestra población: lo conocían y lo practicaban el 24% , el 52% no lo

práctica, a pesar de conocerlo y un 6% no lo conocía, luego de la intervención educativa por parte de nuestro equipo obtuvimos un aumento del conocimiento sobre la existencia y práctica del autoexamen de mama de un 96% y solo una sola persona para el 2% no llegó a conocer el autoexamen de mama por no entenderlo, de nuestra muestra una sola persona a pesar de conocer la técnica refirió no practicarla por problemas personales. La práctica de este examen es una conducta compleja, influenciada por numerosos factores psicológicos y barreras tales como el miedo, el pudor, falta de seguridad y destreza, además de la no aceptación por la mujer de encontrarse algo (13)(14). Se señala también, que la mayoría de las pacientes no se realiza el autoexamen de seno porque prefieren sea realizado por personal médico.

Coincidimos con un estudio realizado en Las Tunas, en el policlínico docente Dr. Manuel Fajardo Rivero, en el que un primer estudio reflejó que solo el 31% de las pacientes se realizaba el autoexamen de mama antes de la intervención, lo cual se incrementó el doble luego de la misma. Además con los resultados obtenidos por el Dr. Hernández Muñoz, quien a pesar de describir en su estudio un alto conocimiento de la técnica por parte de las féminas encuestadas, reporta que solo un 45% de las mismas lo practica. (33)

Tabla 7. Frecuencia de realización del autoexamen de mama. Antes y después de la intervención.

Frecuencia de autoexamen	Antes		Después	
	#	%	#	%
Si molestias	7	58.3	2	4.3
Mensualmente	2	16.6	43	93.5
Sin frecuencia regular	3	25	1	2.2
Total	12	100	46	100

Fuente: Encuesta

La tabla 7 se refiere a la frecuencia de realización del autoexamen de mama antes y después de la intervención. Reflejando esta que en un inicio solo 2 de las mujeres, para un 16,6% se realizaba el autoexamen de mama con una frecuencia mensual, posterior a la intervención logramos incrementar la cifra en un 93,5%. Se plantea que casi todas las mujeres desconocen las estadísticas sobre las neoplasias malignas de las mamas, por lo que restan importancia a la práctica sistemática del

auto examen de mama para el diagnóstico precoz del cáncer de mama y el impacto que este tiene en la curación y en la sobrevida a largo plazo. (18)

Tabla 8. Frecuencia de asistencia a consulta para examen clínico de mamas.

Frecuencia de asistencia a consulta para examen clínico de mamas	Antes		Después	
	#	%	#	%
Si molestias	17	34	1	2
Cada 6 meses	-	-	2	4
Anual	8	16	46	92
Nunca	25	50	1	2
Total	50	100	50	100

Fuente: Encuesta.

La tabla 8 refleja la distribución de la población según la asistencia al Consultorio médico de la familia para la realización del examen clínico de las mamas por un personal cualificado. Notamos que, como hasta ahora en nuestro estudio, hemos logrado una mejoría notable de la actitud de las mujeres para con el cuidado de sus senos. En este caso logramos un incremento del 92% con un total de 46 mujeres que se realizaron el examen clínico de las mamas anual. Una paciente que no asistió al examen clínico de las mamas durante este periodo, para un 2%.

Tabla 9. Evaluación del conocimiento de la población sobre el cáncer de mama. Antes y después de la intervención.

Evaluación	Antes		Después	
	#	%	#	%
Bueno	7	14	47	94
Regular	23	46	3	6
Malo	20	40	-	-
Total	50	100	50	100

Fuente: Encuesta

Por último en la tabla 9 evaluamos y comparamos los conocimientos generales sobre el Cáncer de mama antes y después de la intervención educativa, vemos que la mayoría de las encuestadas presentaban una evaluación de regular para un 46% y el 40% de las pacientes fueron evaluadas de mal antes de poner en práctica las acciones educativas y solo un 14 % de mujeres fueron evaluadas de bien; en la segunda evaluación del conocimiento después de la Intervención educativa se obtuvo una marcada mejoría en el nivel de conocimiento sobre el cáncer de mama de las mujeres un 94% de las mujeres encuestadas obtuvo una buena calificación y no obtuvimos evaluadas de mal, ya que antes de la intervención solo hubo evaluación de bien en un 14 % de las mujeres.

CONCLUSIONES

- ✓ Se elevó el nivel de conocimiento sobre Diagnóstico precoz de cáncer de mama en pacientes femeninas de consultorio No.21 Ciro Redondo donde se obtuvo una marcada mejoría en el nivel de conocimiento sobre el cáncer de mama de las mujeres luego de la intervención educativa, ya que antes de la intervención hubo una evaluación de bien en el 14 % de las mujeres y el 94% de las mismas fueron evaluadas de bien en la segunda aplicación de la encuesta, después de la intervención.

REFERENCAS BIBLIOGRAFICAS.

- 1.- ECIMED, La Habana 2010. Alfredo Rodríguez Pérez. AFECCIONES MAMARIAS
- 2.- ECIMED. La Habana 2014. Orlando Rigol Ricardo, Stalina Santisteban Alba. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA, Pág., 205-216
- 3.- Editorial de Ciencias Médicas 2016. Roberto Alvares Sintés. MEDICINA GENERAL INTEGRAL TOMO IV. Capítulo 106. Pág. 1433-1441
- 4.- <https://old.cancer.org/acs/groups/cid/documents/webcontent/003164-pdf.pdf>- 19 oct. 2015 .PDF. Prevención y detección temprana del cáncer de seno
- 5.- SEMERGEN. Madrid. 2010. Plan de calidad para SNS del MSPSI- Medicina de familia. Actualización del cáncer de mama en Atención Primaria (I/V) - Elsevier. Agencia Laín Entralgo Izquierdo F, Blasco Ja, Herramienta de ayuda para la toma de decisiones compartida en cancer de mama. Unidad de evaluación de tecnologías sanitarias. <https://www.elsevier.es>.
- 6.- Clínica Las Condes.. 2014 julio/3 Cáncer de mama -Dr. Octavio Peralta; Bravo ME.; y cols. III Jornada Chilena de Consenso en Cáncer de Mama. Sociedad Chilena de Mastología Coquimbo. https://www.clinicalascondes.cl/Dev_CLC/media/Imagenes/PDF_revista. Email: operalta@clc.cl.
- 7.- Instituto Nacional de Cancerología ESE (INC)-FEDESALUD. Guía de Atención Integral para la Detección temprana. Tratamiento integral, Seguimiento y rehabilitación del Cáncer de Mama, 2012. Report No. Guía No.01.
- 8.- Sociedad Chilena de Mastología. 2010. Alto Riesgo de Cáncer de Mama y Estrategias de Prevención Dr. Octavio Peralta M., Dra. María Eugenia Bravo, Dra. Marcela Amar, Dra. Francisca Arnello, Dra. Carolina Barriga, Dra. Pilar Carvallo, Dr. Francisco Domínguez, Dr. Jorge Gamboa, Dra. Lorena Gutiérrez, Dra. Lilian Jara, Dra. Leonor Moyano, Dra. Paulina Neira, Dr. Mario Pardo, Dra. Dravna Razmilic, Dra. Carla Sáez, Dr. Gonzalo Viguera.. https://www.mastologia.cl/consensosyguia/cnsns_2010/16.pdf.
- 9.- Biblioteca MINSAL. Cáncer de Mama .Ministerio de Salud Publica Nov, 2015. Gobierno de Chile/Guía Clínica AUGE. <https://www.bibliotecaminsal.cl/wp/wp-content/uploads/2016/04/0712015-GPC-CaMama-Final-Ly-P-Publicación.pdf>
- 10.- Historia de la Medicina, tomo IV Medicina moderna. Pág. 567-618.

11.- Universidad Complutense de Madrid. 2008. José Botella Llusia, José A. Clavero Nuñez. TRATADO DE GINECOLOGIA. Cáncer de mama. Cap. 77. Pág. 970-983

12.- ESMO. Guía-para-Pacientes.pdf 2017. Cáncer de mama. <http://www.esmo.org/content/download/6594/114963/file/ES-Cancer-de-Mama->

13.- AFAM. OMS 2016. Cáncer de mama: prevención y control. Fuente: http://www.afam.org.ar/textos/cancer_demama_control_dia.pdf

14.- Consenso Mexicano sobre diagnóstico y tratamiento del cáncer. Colima 2015 Sexta revisión / Coordinadores: Dr. Jesús Cárdenas Sánchez, Dr. Juan Enrique Bargalló Rocha. <http://www.incan-mexico.org/incan/docs/docencia/cmama.pdf>.

15.- Prevención y tratamiento del cáncer de mama. http://www.bcbsu.com.uy/bcbsu/archivos/nota_cancerMama.pdf.

16.- Guía de diagnóstico y tratamiento de cáncer de mama. Enero 2007. CANCER DE MAMA (ICD-O 174). Colectivo de Autores: Cirugía: Dr. Rolando Camacho, Dra. María C. Rubio, Dr. Ronald Rodríguez, Dra. Inés Pérez Braojo, Dra. Zodilina Valdés del Pozo, Dra. Idania Sánchez Varelo. Radioterapia: Dr. Jorge J. Marinello, Dr. Jorge Rodríguez Machado. Oncología Médica: Dr. Jorge L. Soriano, Dr. Elias Gracia, Dr. Delbis Rodríguez, Dr. Luis Vilaú Prieto, Dra. Ana de la Torre, Dr. Joaquín González, Dr. Noyde Batista, Dr. Roberto Rodríguez. Anatomía Patológica: Dra. Sonia Franco, Dra. María V. López, Lic. Irene Álvarez. Imagenología: Dra. Margarita Serres, Dra. Myriam Rodríguez, Dr. José L. Santana. <http://files.sld.cu/oncologia/files/2010/03/mama.pdf>

17.- Medigraphic. Cáncer de mama. 2009. Del Departamento de Radiología e Imagen "Dr. Adán Pitol Croda". Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán. <http://www.medigraphic.com/pdfs/anaradmex/arm-/arm091j.pdf>

18.- Cancer Facts & Figures 2017. Atlanta: American Cancer Society; 2016. <http://www.cancer.org/acs/groups/content/@research/documents/document/acspc-047079.pdf> 1. What is Breast Cancer? American Cancer Society.

19.- Editorial DF, México 2012. Primera Edición. Intersistemas. Manual del Médico Interno de Pregrado.

20.- Servicio de Radiodiagnóstico. Hospital San Juan de la Cruz. Úbeda. Jaén. España. Médico de Familia. Distrito Sanitario Jaén. España. PRUEBAS DE IMAGEN EN PATOLOGÍA MAMARIA. Indicaciones y sistema BI-RADS 2015. Lo que el médico de atención primaria debe conocer Leonardo Aguilar Sánchez y María Reyes Vallejo. Médico Radiólogo.

21.- Sociedad Argentina de Cancerología. Consensos. 2016. Consenso Nacional para el Diagnóstico y Tratamiento sobre Cáncer de mama. intersociedades http://www.socargcancer.org.ar/consensos/2010_inter_soc_cancer_mama.pdf.

22.- ULACCAM. Estadios del cáncer de mama. 2011 -
<http://www.ulaccam.org/novartis.pdf>.

23.- SERAM - Sociedad Española de Radiología Médica. Cap. 9. Patologías Mamarias poco frecuentes.2011 Dr. Luis Pina Insausti Departamento de Radiología Clínica Universidad de Navarra/Heywang-Köbrunner S, Dershaw D, Schreer I. Benign tumors. En Diagnostic Breast Imaging. Ed Thieme, Stuttgart, , pp 209-235.

24.- Folleto del Instituto Nacional del Cáncer (National Cancer Institute, NCI. Lo que usted necesita saber sobre El cáncer de seno 2013.
<http://www.cancer.gov/espanol/publicaciones/educacion-para-pacientes/seno.pdf>

25.- SEOM. El cáncer de mama. 2011.. Detección precoz del cáncer de mama.
https://www.seom.org/seomcms/images/stories/recursos/infopublico/publicaciones/HABLEMOS_CANCER_MAMA.pdf

26.- Guía "Cáncer de mama" - Asociación Española Contra el Cáncer. 2014.
https://www.aecc.es/Comunicacion/publicaciones/Documents/Cancer-Mama_2014.pdf

27 Sociedad Chilena de Mastología.Jornada Chilena de consenso de Cáncer de mama.2012. Clasificación TNM .<http://mastologia.cl/images/consenso03/2.pdf>.

28.- Jornadas de Medicina Interna, Mayo 2015 Cáncer de mama. Screening, diagnóstico y manejo. Dra. Constanza Rojas del Canto. Jefa UPM HSJD...
<https://www.hsjd.cl/web/wp-content/uploads/Cáncer-de-mama.pdf>.

29.- . MINSAL. Ministerio de salud. Universidad Austral de Chile. GUÍA CLÍNICA DE CÁNCER DE MAMA. 1st Ed. Santiago:, 2011.2.Goldhirsch A. Clasificación molecular del cáncer de mama 2011. Felipe Imigo G1, Edgardo Mansilla S2, Ignacio Delama G2, María Teresa Poblete S3, Carlos Fonfach Z4.

30.- Consenso nacional intersociedades de cáncer de mama. Argentina. Noviembre de 2010 SECUENCIA DEL TRATAMIENTO ADYUVANTE EN CÁNCER DE MAMA TEMPRANO - - Early Breast Cancer Trialists Collaborative Group. Effects of radiotherapy and of differences in the extent of surgery for early breast cancer on local recurrence and 15-year survival: an overview of the randomized trials.

31.- Cuba. Ministerio de Salud Pública. Cuba (2010).Programa Integral del Control del Cáncer en Cuba. Pautas para la gestión. Observatorio nacional de cáncer. La Habana. Escuela Nacional de Salud Pública, pp19-22.

32.- SciELO .Conocimiento del cáncer de mama y cáncer de mama . de CMD Prolla – Colombia.2015 - <https://www.inca.gov.br/publicacoes/consensointegra.pdf>
- https://www.scielo.br/pdf/rlae/v23n1/es_0104-1169-rlae-23-01-00090.pdf

33 Barredo Fuentes, Dr. Elio. Especialista de 2do Grado en Obstetricia y Ginecología. Repercusión de la Educación Sanitaria sobre el Autoexamen de Mamas en Mujeres del CMF # 1202 de la Ciudad de Las Tunas. Año 2006.

ANEXOS

ANEXO 1.

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Por razones éticas a todas las pacientes que participaran en la investigación se les brindará la información necesaria en cuanto a las características del estudio, se solicitará su consentimiento informado para que de forma voluntaria y sin ningún tipo de presión colaboraran teniendo confianza en las personas que la realizarían. No se afectará el medio ambiente y los resultados obtenidos solo se divulgarán en revistas y eventos de reconocido prestigio.

Acta de consentimiento informado.

En nuestro municipio se están realizando una serie de investigaciones con el objetivo de mejorar la calidad de los servicios de salud y mejorar la atención a la población. Usted ha sido seleccionada para dicho estudio en el cual se realizará una encuesta que puede responder respetándose sus criterios e inclusive podrá abandonar la investigación cuando lo desee, la cual no enmarca agresión alguna o _____estoy dispuesta a ser entrevistada por la investigadora para ofrecerles datos personales y familiares. Se me ha informado que:

Las informaciones que yo ofrezca, así como los resultados obtenidos serán manejados con estricta confidencialidad.

Sé que si en algún momento decido abandonar este estudio puedo hacerlo ya que mi participación es totalmente voluntaria, sin que esto representa ningún perjuicio para mí y mi familia.

Los resultados serán utilizados en beneficios de la mujer y la sociedad.

Conscientemente de lo anterior, firmo el presente documento: _____

Responsable de la investigación. Dra. Shirley Katherine Barrera Loayza

Fecha _____

ANEXO 2. ENCUESTA

Usted ha sido seleccionada para formar parte de una investigación que investiga los conocimientos sobre Diagnóstico Precoz de Cáncer de mama. Le pedimos su cooperación y que con el mayor rigor posible dé respuesta a las preguntas que le formulamos.

1- ¿Qué edad tiene usted? _____

2- ¿Cuáles su nivel de escolaridad? Marque con una X

Primaria ___ Secundaria ___

Preuniversitario ___ Técnico _____ Universitario ___

3.-¿Cuáles su ocupación? Marque con una X

Ama de casa _____ Trabajadora _____

Maestra _____ Trabajadora de la salud _____

Dirigente _____ Jubilada _____

4.-¿Qué factores de riesgo de cáncer de mama usted conoce? Marque con una X

Tener alguien en la familia con cáncer de mama. _____

Menarquia precoz. (1ra menstruación antes de los 12 años) _____

Menopausia tardía. (después de los 55 años) _____

Nuliparidad (no tener hijos). _____

No lactancia materna o escasa. _____

Primer parto luego de los 30 años. _____

Hábitos tóxicos. _____

Radiaciones. _____

Antecedentes de afección benigna de la mama. _____

Enfermedades crónicas como Obesidad, Diabetes, Hipertensión. _____

5.-¿Cuáles son los síntomas y signos que usted conozca que se presentan en el cáncer de mama? Marque con una X

Tumoración _____ Adenopatías _____

Retraimiento del pezón como cascara de naranja. _____

Supuración por el pezón. _____

6.- ¿Cree usted que es importante el autoexamen de mama para el diagnóstico precoz de cáncer de mama y si lo practica? Marque con una X

Considera importante el autoexamen de mama. _____

No considera importante el autoexamen de mama. _____

No saben. _____

Lo conocen y lo practican. _____

Lo conocen y no lo practican. _____

7.- ¿Con que frecuencia usted asiste a consulta para examen clínico de las mamas? Marque con una X

Si molestias _____ Cada 6 meses _____

Anual _____ Nunca _____

Gracias por su cooperación.