

**REPÚBLICA DE CUBA  
UNIVERSIDAD DE CIENCIAS MÉDICAS  
CIEGO DE ÁVILA**

**Comportamiento del Programa Nacional de  
Diagnóstico Preclínico y Precoz del Cáncer de  
Mama después de implementado el Plan de  
Acción. Consejo Popular Patria.**

**AUTORA:** Dra. Balnia Linares Sánchez

**TUTORA:** Dra. Lesbia M. Valdivia Parra

**ASESORA:** Dra. Jeanny Varona Morales

Policlínico Universitario Sur. Morón

**Morón, 2015**

**REPÚBLICA DE CUBA**

**UNIVERSIDAD DE CIENCIAS MÉDICAS  
CIEGO DE ÁVILA**

**Comportamiento del Programa Nacional de  
Diagnóstico Preclínico y Precoz del Cáncer de  
Mama después de implementado el Plan de  
Acción. Consejo Popular Patria.**

**EN OPCIÓN AL TÍTULO DE ESPECIALISTA de I GRADO  
EN MGI**

**AUTORA:** Dra. Balnia Linares Sánchez. Residente de segundo año de MGI.

**TUTORA:** Dra. Lesbia M. Valdivia Parra. Especialista de Segundo Grado en MGI. Master en Atención Integral a la Mujer. Profesora Asistente.

**ASESORA:** Dra. Jeanny Varona Morales. Especialista de Primer Grado en MGI

Policlínico Universitario Sur. Morón  
**Morón, 2015**

# **PENSAMIENTO**

"Para ser médico, se requiere una sensibilidad exquisita, una gran calidad humana, gran capacidad intelectual y una moral a toda prueba"

Fidel Castro

# **AGRADECIMIENTOS**

- A mis asesores por estar siempre dispuestos a colaborar conmigo.
- A mis pacientes por su cooperación.
- En especial a mi tutora la Dra. Lesbia M. Valdivia Parra por su dedicación y paciencia para enseñarme y hacer posible la culminación de este trabajo.
- A la Dra. Alba Marina por su entendimiento y comprensión.
- A todos en general gracias.

# DEDICATORIA

- A mi niño por ser la gran personita que es, mi razón de vivir.
- A mi esposo por ser mi inseparable compañero, mi amigo mi asesor, por dedicarme su tiempo, ayuda y toda su comprensión para poder realizar este trabajo.
- A mi madre por darme la oportunidad de ser quien soy, a mi familia en general.
- A mi suegra por apoyarme y ser paciente.
- A mi seres queridos que ya no están, pero establecieron un papel importante en mi vida.

## **RESUMEN**

Se realizó una Investigación en Sistemas y Servicios de Salud preexperimental de tipo antes después en los consultorios del Consejo Popular Patria del Municipio Morón desde Julio del 2014 hasta febrero del 2015 con el fin de Implementar el plan de acción elaborado para erradicar las causas que provocan el incumplimiento con el Programa Nacional de Diagnóstico Preclínico y Precoz de Cáncer de Mama. El universo estuvo constituido por las mujeres de 30 a 60 años, los Equipo Básico de Salud, Grupo Básico de Trabajo y Directivos involucrados en el cumplimiento del Programa. Los resultados muestran que después de la intervención se evalúan los indicadores de estructura, proceso y resultados y se obtiene que se incrementan los conocimientos para capacitar sobre el autoexamen de mama, la cantidad de mujeres con examen de mama realizado, el cumplimiento de los Grupos Básicos de Trabajo y Directivos con su trabajo en el Programa y las mujeres con conocimiento de la técnica para realizarse el autoexamen y disminuyen las mujeres que no se han realizado el examen. Las diferencias entre el antes y el después de la intervención son significativas estadísticamente y por lo tanto se corrobora la hipótesis de que si se implementa el plan de acciones elaborado entonces se podrá determinar si el mismo se comportó de manera eficiente para diagnosticar precozmente esta enfermedad, por lo que se puede afirmar que dichas acciones mejoraron el cumplimiento con el **Programa**, sin embargo, dicho plan de acción no fue efectivo pues para ello se requiere una elevación al 90 % del cumplimiento del Programa una vez aplicado el mismo y solo se alcanzó un 87.96 %.

**Palabras Clave:** Programa Nacional de Diagnóstico Preclínico y Precoz de Cáncer de Mama, Investigación en Sistemas y Servicios de Salud

# INDICE

I-	Introducción	1
II-	Objetivos	5
III-	Marco teórico	6
IV-	Método	15
V-	Análisis y discusión de los resultados.	22
VI-	Conclusiones.	35
VII-	Recomendaciones	36
VIII-	Referencias bibliográficas	37

## INTRODUCCION

El cáncer de mama constituye un importante problema mundial de salud y es la segunda causa de muerte en el mundo con 10,9 millones de casos nuevos anuales (1) se prevé que en el 2030 más de 1,6 millones de personas morirán por esta causa, debido a los cambios demográficos y a una mayor exposición a los factores de riesgo (2). En su informe Anual de Salud del año 2008 (basado en datos del 2002), la Organización Mundial de la Salud (OMS) declaró que en el año murieron 7 108, 769 personas por cáncer y estimó que la tasa bruta de mortalidad por este problema de salud a nivel mundial fue de 114,4 x 100 000 habitantes y para Cuba fue de 156,2 x 100 000(2,3).

La tasa mundial ajustada por edades (a la población estándar de OMS) fue de 140 x 100 000 habitantes y para Cuba fue 130 x 100 000. Según esta cifra y en una relación descendente de países según sus tasas de mortalidad por cáncer, Cuba se ubica en el lugar 103 entre los 192 países del mundo reportados en el informe, y se encuentra por debajo de la media mundial (3,4). La población cubana ocupa el lugar 15 en Las Américas y el sexto en el Caribe, precedida por Bolivia, Granada, Perú, Uruguay, Jamaica, Antigua y Barbuda, Argentina, Paraguay, Honduras, Canadá, Chile, Barbados, Estados Unidos y República Dominicana, en ese orden (2,5). Una de cada ocho mujeres se le diagnostica un cáncer de mama (3, 4,5). El 70% de los cánceres de mama se diagnostica por mamografía y el examen médico (6).

En Cuba el cáncer constituye la segunda causa de muerte entre las 10 primeras, y la primera en 12 provincias del país desde hace más de tres décadas, el cáncer de mama es la primera causa de muerte por neoplasia maligna en la mujer. La mortalidad por esta enfermedad se ubica en alrededor de 1100 mujeres cada año (7). El cáncer de mama puede ser detectado con relativa facilidad debido a la asequibilidad de la mama y a la eficiencia de los métodos de diagnóstico con que se cuenta en la actualidad, su índice de curabilidad es elevado siempre que el diagnóstico se realice en estadios tempranos. Sin embargo, hay que estar muy atentos y detectar lo más precozmente los procesos malignos, ya que el cáncer

demama es el más frecuente entre las mujeres cubanas y el segundo en orden de aparición en países desarrollados como los Estados Unidos (8).

Cada año se le diagnostica cáncer de mama a un millón de mujeres aproximadamente en Norteamérica y ello permite estimar que antes de cumplir los 80 años, una de cada diez habrá padecido esta enfermedad (9). En los últimos años la tasa de mortalidad ha disminuido un 5% en las mujeres menores de 65 años, pero ha incrementado un 10% en las mujeres mayores de 65 años (10). A nivel mundial las tasas más altas están en Inglaterra, Dinamarca y Escocia. Mientras que las tasas más bajas están en China, Corea y Tailandia (11). En Estados Unidos la incidencia es mayor para los negros hasta la edad de 55 a 59 años.

Cuba cuenta desde el año 1990 con el Programa de Diagnóstico Pre clínico y Precoz del Cáncer de Mama. Una de las tareas más importantes de este programa es la enseñanza del auto examen de mama a todas las mujeres (12).

El examen clínico tiene una sensibilidad y especificidad que depende de la pericia y experiencia del examinador. Con la incorporación de la mamografía (Mx) y el ultrasonido (US) se ha logrado reducir la mortalidad, aumentar la supervivencia y mejorar la calidad de vida de las enfermas (13).

Cuba está entre los países con mayor tasa de mortalidad por cáncer de mama en América y es uno de los países en que mayor número de años de vida se pierde por esta causa. Recientemente se dieron a conocer las tasas globales de supervivencia relativa a cáncer de mama en un estudio de cinco años y en el mismo se obtuvo una tasa de supervivencia de solo el 61%. Se calcula que anualmente se diagnostican en Cuba 2 mil nuevos casos de cáncer de mama y que cada año muere igual número de mujeres por esta causa. En el año 1999 la incidencia por en Cuba fue de 17,8 y la mortalidad de 15,3 por cada 100 000 mujeres. Estas cifras justifican plenamente la afirmación de que el cáncer de mama es un problema de salud muy importante y que cuantas medidas se tomen para disminuir esta morbi-mortalidad serán siempre pocas. Esta incidencia no es

uniforme en todas las provincias, siendo más frecuente en las provincias occidentales, sin que estén bien establecidas las causas de estas diferencias, entre los múltiples factores etiológicos conocidos (14, 15).

A pesar de la gran cobertura que tiene en Cuba el plan de medicina familiar se siguen diagnosticando neoplasias de mamas en estadios muy avanzados, lo que obliga a la realización de cirugías mucho más cruentas y mutilantes, así como que los resultados a largo plazo no sean buenos. Por lo que desde su escenario comunitario, el Equipo Básico de Salud y los Grupos Básicos de Trabajo deben reforzar las acciones de educación para la salud, prevención primaria y secundaria del cáncer así como capacitarse aún más en cuidados paliativos (4, 16,17). Los profesionales del nivel secundario y terciario, responsables de la atención directa al enfermo de cáncer, también deberán reforzar su enfoque preventivo, independientemente de su función predominantemente curativa, especialmente los oncólogos, no obstante, debe considerarse que el enfrentamiento a este problema de salud desborda los marcos del sector de la salud en cualquier sociedad (18,19).

El cáncer de mama sigue siendo un problema de salud importante y en la provincia Ciego de Ávila los casos en estadios avanzados se siguen observando. Cada año se diagnostican más cáncer de mamas en etapas tardías, a pesar de tener en este país un programa de diagnóstico precoz de cáncer de mama. A través de la presente investigación se espera aportar evidencia científica que contribuya a la evaluación de este problema de salud y a la toma de decisiones, en correspondencia con los objetivos del Programa de Diagnostico Pre clínico y precoz del Cáncer de Mama (20,21).

En la provincia ciego de Ávila así como en el municipio Morón, que está en igualdad de condiciones con el resto del país pues la tasa de mortalidad por cáncer sigue siendo la segunda causa de muerte con una tasa de 118,2 x 10x10 habitantes dentro de las enfermedades crónicas no transmisibles, donde en la mujeres sigue siendo el cáncer de mama la segunda causa de muerte con un 12% para 26 casos del total de fallecidos.

En Morón de forma general desde 2011 hasta el cierre del 2012, 166 pacientes habían fallecido a causa de neoplasias, 89 de ellos del área sur, 6 de mama y, hasta agosto del 2014 no se ha reportado casos fallecidos por cáncer de mama, pero se han diagnosticado un total de 12 nuevos casos en todo el municipio, la mayoría con diagnósticos tardíos de ellos 5 casos son del Consejo Popular Patria. El programa del médico y enfermera de la familia es el primer eslabón del Programa de Detección Precoz de cáncer de Mama, ya que a través de estos programas de prevención y diagnóstico precoz son los responsables de explicarle la importancia de realizarse el auto-examen de mama mensual, y el examen de mama anual por parte de su médico.

Esta problemática llevó a que se realizara una investigación concluida en junio del 2014, cuyo objetivo era evaluar el comportamiento del Programa de diagnóstico precoz de cáncer de mama y elaborar un plan de acción para mejorar su cumplimiento en el Consejo Popular Patria perteneciente al Policlínico Universitario Sur de Morón(22). Como resultado de dicha investigación se determinó que las **Causas** del problema son:

1. Falta de preparación por parte del Equipo Básico de Salud en la Técnica correcta del examen de mamas.
2. Falta de conocimiento por parte de las pacientes de lo establecido en el programa.
3. Se subestima por pacientes y médicos la importancia del autoexamen y el examen de mamas en el diagnóstico de la enfermedad en estadio precoz.
4. Se suple el examen de mamas con el uso de otros medios diagnósticos (no aplicación del método clínico) por lo que incrementa la demora, se sobrecarga el trabajo del radiólogo y del equipo lo que puede restar calidad al proceder.

Y en función de las mismas se elaboró un Plan de Acción en el cual las acciones propias del sector de salud son decisivas para desarrollar este programa.

Los anteriores argumentos justifican la necesidad de resolver el **problema científico** de esta investigación: ¿Cómo contribuir al cumplimiento del Programa

Nacional de Diagnóstico Preclínico y Precoz de Cáncer de Mama en el Consejo Popular Patria del Municipio Morón?

Para lograr el objetivo y resolver el problema, la presente investigación plantea la siguiente **hipótesis**: Si se evalúa el plan de acciones elaborado para erradicar las causas que provocan el incumplimiento con el Programa Nacional de Diagnóstico Preclínico y Precoz de Cáncer de Mama en el Consejo Popular Patria entonces se podrá determinar si el mismo se comportó de manera eficiente para diagnosticar precozmente esta enfermedad y se brindará una herramienta a los médicos de la Atención Primaria de Salud (APS) para facilitar este trabajo preventivo.

Al plantear la **novedad científica y la justificación** de la investigación se expone que con este estudio se logra implementar un sistema de acciones que contribuye a cumplir con uno de los Programas de Diagnóstico Precoz más importantes que se lleva a cabo en nuestro país y que garantiza una mayor calidad de vida de la mujer cubana y un incremento en su esperanza de vida al nacer, así como promocionar y aumentar el conocimiento de la población sobre el mismo. Además la confección y validación de este Plan de Acción le brinda a la atención primaria de salud una herramienta más para un adecuado pesquisaje del Cáncer de mama.

Por lo tanto se propone como **objetivo general** de esta investigación:

- Evaluar el plan de acción implementado para erradicar las causas que provocan el incumplimiento con el Programa Nacional de Diagnóstico Preclínico y Precoz de Cáncer de Mama en el Consejo Popular Patria del Municipio Morón.

Para dar respuesta al problema y alcanzar el objetivo se plantean los siguientes

**objetivos específicos:**

- Describir el comportamiento del cumplimiento del Programa antes y después de la implementación del Plan de acción.
- Evaluar el impacto del sistema de acciones.

## **MARCO TEORICO**

El cáncer de mama es la proliferación acelerada, desordenada y no controlada de células con genes mutados, los cuales actúan normalmente suprimiendo o estimulando la continuidad del ciclo celular perteneciente a distintos tejidos de

una glándula mamaria. El tipo más común es el carcinoma ductal, que tiene su origen en la proliferación acelerada e incontrolada de células que tapizan, en 90% de los casos, el interior de los conductos que durante la lactancia, llevan la leche desde los acinos glandulares, donde se produce, hasta los conductos galactóforos, situados detrás de la areola y el pezón, donde se acumula en espera de salir al exterior. En el 10% de los casos restantes el cáncer tiene su origen en los propios acinos glandulares y se le llama carcinoma lobulillar. Y se encuentra con mayor frecuencia en ambas mamas con respecto a otro tipo de cáncer de mama (22).

Se conoce desde épocas antiguas, siendo la neoplasia maligna más frecuente en la mujer en todo el mundo, y el tumor que mayor número de muertes produce en la mujer en nuestro país. Es una de las enfermedades más relevantes del mundo occidental y la más importante en la población femenina (2, 22,23).

Muchas mujeres se despreocupan de la misma, presentan síntomas y signos que son llamativos hacia un posible padecimiento benigno o maligno de la mama por prejuicios y tabúes que aún persisten en nuestra población y en ocasiones por desconocimientos no se atienden en etapas tempranas donde hay mayores posibilidades curativas.

Este trabajo busca la profundización del estudio del Cáncer de mamas, el cual es raro en los hombres, “Más del 99% de los casos ocurre en mujeres. La distribución según las diferentes bandas de edades hablan de un incremento acorde con la edad de las pacientes, es decir, es tanto más frecuente cuanto mayor es la edad de las enfermas. Este hecho se cumple mientras la edad de las mujeres no alcanza los setenta años, comenzando a decrecer su frecuencia a partir de ese momento. En general, el pronóstico del cáncer de mama guarda una relación inversa con edad de las pacientes”.

“El Día Internacional del Cáncer de Mama se celebra el 19 de octubre , tiene como objetivo sensibilizar a la población general acerca de la importancia que esta enfermedad tiene en el mundo industrializado”.

“El cáncer de mama es uno de los cánceres tumorales que se conoce desde antiguas épocas. La descripción más antigua del cáncer (aunque sin utilizar el término «cáncer») proviene de Egipto, del 1600 a. C. aproximadamente”.

“El papiro Edwin Smith describe 8 casos de tumores o úlceras del cáncer que fueron tratados con cauterización, con una herramienta llamada "la horquilla de fuego". El escrito dice sobre la enfermedad: «No existe tratamiento» cuando el tumor es sangrante, duro e infiltrante. A lo mínimo un caso descrito es de un hombre. También se hacen descripciones en el antiguo Egipto y en el papiro Ebers. Más recientemente Hipócrates describe varios casos y apunta que las pacientes con el cáncer extendido y profundo no deben ser tratadas pues viven por más tiempo”.

Por siglos los médicos han descrito casos similares, todos teniendo una triste conclusión. No fue sino hasta que la ciencia médica logró mayor entendimiento del sistema circulatorio en el siglo XVII que se lograron felices avances. En este siglo se pudo determinar la relación entre el cáncer de mama y los nódulos linfáticos axilares. El cirujano francés Jean Louis Petit (1674-1750) y posteriormente el cirujano Benjamín Bell (1749-1806) fueron los primeros en remover los nódulos linfáticos, el tejido mamario y los músculospectoriales, abriendo el camino a la mastectomía moderna. Bell es el autor de la obra más importante en esta materia de su época: Tratado de las enfermedades del seno y de la región mamaria. Su senda de comprensión y avance fue seguida por William Stewart Halsted que inventó la operación conocida como "mastectomía radical de Halsted", procedimiento que ha sido popular hasta los últimos años de los años setenta.

Hablando etimológicamente el nombre de carcinoma hace referencia a la naturaleza epitelial de las células que se convierten en malignas. En realidad, en sentido estricto, los llamados carcinomas de mama son adenocarcinomas, ya que derivan de células de estirpe glandular (de glándulas de secreción externa). Sin embargo, las glándulas de secreción externa derivan de células de estirpe epitelial, de manera que el nombre de carcinoma que se aplica a estos tumores suele aceptarse como correcto aunque no sea exacto. En casos verdaderamente raros hay cánceres escamosos de mama que podrían ser llamados más

precisamente carcinomas. Estos tumores escamosos, verdaderos carcinomas estrictos, son consecuencia de la metaplasia de células de origen glandular.

Existen tumores malignos de mama que no son de estirpe glandular ni epitelial. Estos tumores, poco frecuentes, reciben otros nombres genéricos diferentes. Los sarcomas son producto de la transformación maligna de células del tejido conectivo de la mama. Los linfomas derivan de los linfocitos, un tipo de glóbulos blancos que procede de los ganglios linfáticos. En general, los linfomas no son tumores raros, pero es raro que un linfoma tenga su lugar de origen en una mama y no en otras regiones del organismo.

Hasta el momento el cáncer de mamas continúa afectando de manera drástica la población mundial y cubana, por lo tanto es un problema científico.

El cáncer de mama constituye un importante problema mundial de salud y es la segunda causa de muerte en el mundo con 10,9 millones de casos nuevos anuales(1) se prevé que en el 2030 más de 1,6 millones de personas morirán por esta causa,

debido a los cambios demográficos y a una mayor exposición a los factores de riesgo (2). En su informe Anual de Salud del año 2008 (basado en datos del 2002), la Organización Mundial de la Salud (OMS) declaró que en el año murieron 7 108, 769 personas por cáncer y estimó que la tasa bruta de mortalidad por este problema de salud a nivel mundial fue de 114,4 x 100 000 habitantes y para Cuba fue de 156,2 x 100 000 (2,3).

Las personas tienen una fuerte tendencia a subestimar el riesgo personal y no son pocos los que piensan íntimamente que “una enfermedad grave no puede sucederme a mi “

Se despreocupan de la misma, presentan síntomas y signos que son llamativos hacia un posible padecimiento benigno o maligno de la mama por prejuicios y tabúes que aún persisten en nuestra población y en ocasiones por desconocimientos no se atienden en etapas tempranas donde hay mayores posibilidades curativas.

## **Recomendaciones de la Sociedad Americana Contra El Cáncer sobre la detección temprana del cáncer de seno en las mujeres sin síntomas en sus senos**

**Las mujeres de 40 años en adelante deben hacerse una mamografía al año y deben continuar haciéndose este examen mientras estén en buen estado de salud.**

- La evidencia que existe sobre los beneficios de las mamografía es aún más contundente que en el pasado. En particular, la evidencia reciente confirma que las mamografías ofrecen un beneficio sustancial a las mujeres entre 40 y 49 años de edad. Las mujeres pueden sentirse seguras de los beneficios asociados a las mamografías habituales para encontrar el cáncer en su etapa inicial. Sin embargo, las mamografías también tienen sus limitaciones. Una mamografía puede pasar por alto algunos cánceres, y puede conducir al seguimiento de hallazgos que no son cáncer.
- Las mujeres deben ser informadas sobre los beneficios y limitaciones asociadas a las mamografías que se hacen cada año. A pesar de las limitaciones de la mamografía, éste sigue siendo un recurso muy efectivo y valioso para disminuir el sufrimiento y las muertes causadas por el cáncer de seno.
- Las mamografías deben continuarse sin importar la edad de la mujer, a menos que ésta tenga problemas graves y crónicos de salud, tales como insuficiencia cardíaca congestiva, enfermedad renal en etapa final, enfermedad pulmonar obstructiva crónica y demencia moderada o grave. La edad por sí sola no debe ser la razón para suspender las mamografías que se hacen periódicamente. Las mujeres con problemas graves de salud o una expectativa de vida corta, deben hablar con sus médicos sobre la necesidad de continuar sometiéndose a las mamografías.

**Las mujeres de 20 a 39 años de edad deben someterse a un examen clínico de los senos (CBE, por sus siglas en inglés), como parte de un examen de salud periódico (habitual), por parte de un profesional de la salud preferiblemente cada tres años. A partir de los 40, deben someterse**

**anualmente a un examen clínico de los senos por parte de un profesional de la salud.**

- El examen clínico de los senos se hace junto con las mamografías y ofrece una oportunidad para la mujer y su médico o enfermera de hablar sobre los cambios detectados en sus senos, las pruebas de detección temprana, y los factores en el historial de la mujer que pudieran hacer que ella tenga más probabilidad de padecer cáncer de seno.
- Llevar a cabo el examen clínico de los senos poco antes de la mamografía puede tener algunos beneficios. El examen debe incluir instrucciones para que se familiarice más con sus propios senos. Además, se le debe proveer información sobre los beneficios y limitaciones del examen clínico de los senos y el autoexamen de los senos. La probabilidad de cáncer de seno en una mujer de 20 a 29 años es muy baja, pero aumenta gradualmente con la edad. A la mujer se le debe informar que cualquier síntoma nuevo relacionado con los senos debe ser notificado a su profesional de la salud con la mayor brevedad posible.

**El autoexamen de los senos es una opción para las mujeres a partir de los 20 en sus años de edad. Se debe orientar a las mujeres sobre los beneficios y las limitaciones del autoexamen de los senos. La mujer debe reportar a su médico o enfermera cualquier cambio en los senos lo antes posible.**

- La investigación ha demostrado que el autoexamen de los senos tiene una función menor en el descubrimiento del cáncer de seno cuando se compara con el descubrimiento casual de una masa o bulto, o simplemente con el ser consciente de lo que es normal en cada mujer. Algunas mujeres se sienten muy cómodas haciendo el autoexamen de los senos regularmente (por lo general, una vez al mes después del periodo menstrual), lo que requiere de un método sistemático paso a paso para examinar la apariencia y palpar sus senos. Otras mujeres se sienten más cómodas simplemente palpando sus senos mediante un método menos sistemático (durante el baño o cuando se visten o haciendo un examen completo ocasionalmente).

- Algunas veces, las mujeres se preocupan tanto por hacer correctamente el autoexamen que la técnica les causa estrés. Hacerse el autoexamen de los senos habitualmente permite a las mujeres saber cómo se sienten y lucen normalmente sus senos, así como notar cualquier cambio en ellos. Ya sea que usted opte por hacerse el autoexamen o decida no hacerlo, lo importante es notificar inmediatamente a su médico o enfermera de cualquier cambio en sus senos.
- En las mujeres que opten por el método “paso a paso” del autoexamen de los senos, el profesional de la salud debe revisar, durante el examen físico, la técnica que ellas emplean para hacerse el autoexamen de los senos. Es aceptable que las mujeres opten por no hacerse el autoexamen de los senos o no hacerlo regularmente (una vez al mes). Sin embargo, al hacer el examen periódicamente, la mujer puede saber cómo sus senos lucen y se sienten normalmente, y puede encontrar con más facilidad cualquier cambio. Si se produce algún cambio, tal como formación de una masa o protuberancia, hinchazón, irritación o formación de hoyuelos o hendiduras en la piel, dolor o retracción (contracción) de los pezones, enrojecimiento o piel escamosa de los pezones o de la piel de los senos, o una secreción que no sea leche materna (que manche el sostén o las sábanas), usted debe consultar con su doctor lo antes posible para que le haga una evaluación. Recuerde que en la mayoría de las veces estos cambios que se producen en los senos no constituyen un cáncer.

**Las mujeres que están en alto riesgo de cáncer de seno basado en ciertos factores deben someterse a una imagen de resonancia magnética (MRI) y a una mamografía cada año.**

Esto incluye a mujeres que:

- Tienen un riesgo de padecer cáncer de seno durante su vida de aproximadamente 20 al 25 por ciento o mayor, de acuerdo con las herramientas de evaluación del riesgo que se basan principalmente en el antecedente familiar (tal como el modelo Claus – vea información más adelante).

- Se sabe que presentan una mutación del gen *BRCA1* o *BRCA2*.
- Tienen un pariente de primer grado (madre, padre, hermano, hermana o hija) con una mutación del gen *BRCA1* o *BRCA2*, y no se han sometido ellas mismas a una prueba genética.
- Han sido sometidas a radioterapia en el área del tórax (pecho) cuando tenían una edad de entre 10 y 30 años.

Tienen el síndrome de Li-Fraumeni, de Cowden o de Bannayan-Riley-Ruvalcaba, o tienen parientes de primer grado con uno de estos síndromes.

**La Sociedad Americana Contra El Cáncer no recomienda realizar una MRI como prueba de detección en mujeres cuyo riesgo de cáncer de seno durante la vida sea menor al 15%.**

**No existe suficiente evidencia que permita emitir una recomendación a favor o en contra de realizar una MRI como prueba de detección cada año en mujeres que presentan un riesgo de cáncer de seno moderadamente aumentado (un riesgo durante la vida de 15% a 20% de acuerdo con las herramientas de evaluación del riesgo que se basan principalmente en el antecedente familiar) o en mujeres que podrían tener un riesgo aumentado de cáncer de seno según ciertos factores, tal como:**

- Tienen un antecedente personal de cáncer de seno, carcinoma ductal in situ (DCIS), carcinoma lobulillar in situ (LCIS), hiperplasia ductal atípica (ADH), o hiperplasia lobulillar atípica (ALH).
- Tienen senos densos (“extremadamente” densos o “heterogéneamente” densos) según se observa en una mamografía.

Si se utiliza una imagen por resonancia magnética (MRI), debe hacerse en conjunto con, y no en sustitución de, una mamografía de detección. Esto se debe a que mientras una MRI es una prueba más sensible (que es más propensa a detectar el cáncer que una mamografía), aún podría no detectar algunos cánceres que la mamografía sí detectaría.

Para la mayoría de las mujeres en alto riesgo, la detección con mamografías y MRIs debe comenzar a la edad de 30 años y continuar mientras conserven un buen estado de salud. Pero debido a que la evidencia es limitada respecto a la

mejor edad en la cual comenzar la detección, esta debe ser una decisión compartida entre la paciente y su proveedor de atención médica, tomando en consideración las circunstancias y preferencias personales.

Hay varias herramientas disponibles para la evaluación del riesgo, como el modelo Gail, el modelo Claus y el modelo Tyrer-Cuzick, que ayudan a los profesionales de la salud a calcular el riesgo de cáncer de seno en una mujer. Estas herramientas dan un valor aproximado en lugar de una cifra exacta, calculando el riesgo de cáncer de seno basándose en diferentes combinaciones de factores de riesgo y de conjuntos de datos.

Debido a que diferentes herramientas usan factores distintos para calcular el riesgo, puede que estas provean cálculos de riesgo distintos en una misma mujer. Por ejemplo, el modelo Gail basa su estimado del riesgo en ciertos factores de riesgo personales, como la edad actual, la edad al momento del primer periodo menstrual e historial de biopsias del seno, junto con cualquier otro historial de cáncer de seno en familiares de primer grado. En contraste, el modelo Claus estima el riesgo basándose solamente en el antecedente familiar de cáncer de seno tanto en familiares de primer grado como de segundo grado. Estos dos modelos podrían fácilmente proporcionar diferentes cálculos para la misma persona.

Las herramientas para la evaluación del riesgo (como el modelo Gail, por ejemplo) que no están basadas principalmente en el antecedente familiar no son apropiadas para usarse con las guías de la Sociedad Americana Contra El Cáncer para decidir si una mujer debe someterse a una MRI de detección. El uso de cualquier herramienta para la evaluación del riesgo y sus resultados debe ser discutido por la mujer y su médico.

Se recomienda que la mujer que se somete a la detección con MRI lo haga en un centro de atención que pueda realizar biopsias del seno guiadas con MRI al mismo tiempo, en caso de ser necesario. De no ser así, la mujer podría requerir un segundo examen con MRI en otro centro de atención cuando se haga la biopsia.

No hay evidencia en este momento sobre si la MRI es una herramienta de detección eficaz para las mujeres en riesgo promedio. Mientras que la MRI ofrece un estudio más sensible que las mamografías, también genera un nivel mayor de resultados falsos positivos (es más propensa a detectar algo que resulte no ser cáncer). Esto resultaría en biopsias innecesarias y otras pruebas en muchas mujeres que han sido sometidas a las pruebas de detección, lo que puede causar mucha preocupación y ansiedad.

La Sociedad Americana Contra El Cáncer considera que el uso de mamografías, imágenes de resonancia magnética (en mujeres de alto riesgo), exámenes clínicos de los senos, así como encontrar y reportar pronto cualquier cambio en los senos, de acuerdo con las recomendaciones que se describen anteriormente, ofrece a las mujeres la mejor oportunidad de reducir el riesgo de morir de cáncer de seno. Este enfoque es claramente superior a cualquier otro examen o prueba individual.

Sin duda alguna, el examen físico de los senos sin una mamografía no permitiría detectar muchos tumores cancerosos que son demasiado pequeños para que la mujer o su médico los pueda palpar, pero que pueden observarse en las mamografías. La mamografía es un método de detección sensible, aunque un pequeño porcentaje de los tumores cancerosos de los senos no se ven en las mamografías, pero pueden ser palpados por la mujer o por su doctor. Para las mujeres en alto riesgo de cáncer de seno, como aquellas con mutaciones del gen BRCA o con un antecedente familiar significativo, se recomiendan los exámenes de los senos que incluyan MRI y mamografía.(42)

## **MÉTODO**

Se realizó una investigación en Sistemas y Servicios de Salud (ISSS) con diseño pre experimental del tipo antes y después en los consultorios del Consejo Popular Patria perteneciente al Área de Salud Sur del Municipio Morón en el periodo comprendido entre Julio del 2014 hasta febrero del 2015 con el objetivo de evaluar el plan de acción implementado para erradicar las causas que provocan el con el Programa Nacional de Diagnóstico Preclínico y Precoz de Cáncer de Mama

El universo de estudio estuvo constituido por el total de mujeres de 30 – 60 años(918) que quedan incluidas dentro del Programa del referido Consejo Popular, el cual una vez aplicados los criterios de inclusión y exclusión quedo constituido por 914 pacientes, los Miembros de los Equipo Básico de Salud (EBS) del Consejo Popular Patria, Grupo Básico de Trabajo (GBT) y Directivos involucrados en el cumplimiento del programa.

### **Criterios de inclusión:**

- Mujeres que participaron en la investigación anterior y de las cuales se obtuvo la información necesaria para elaborar el plan de acción.

### **Criterios de exclusión:**

- Las que estén fuera del área temporalmente.
- Por ética médica aquellas que se negaron a participar en el estudio.

### **Ética:**

Se le informó a cada paciente de forma verbal y por escrito los objetivos del estudio, sus beneficios potenciales, los posibles riesgos a los que se exponían además de los derechos de voluntariedad que tendrían de participar o abandonar cuando así lo entendieran. De estar de acuerdo firmaron el documento de consentimiento informado (Anexo 1), el paciente y el médico.

### **Métodos teóricos**

**Método histórico-lógico:**Se emplea para conocer los antecedentes y evolución del Cancer de mamas en el Mundo y Cuba. En el caso que se estudia, se han

analizado determinados ejemplos que son representativos en el mundo y Cuba partiendo de un ordenamiento cronológico, donde se comienza por las civilizaciones antiguas hasta llegar a nuestros días en la propia Cuba.

**Método de análisis y síntesis:** Se emplea para el estudio del entorno nacional e internacional y para hacer valoraciones que posibiliten establecer criterios para el desarrollo de medidas anticipadas en la zona objeto de estudio y así poder practicar la medicina preventiva, eliminar o disminuir factores de riesgo.

### **Métodos empíricos**

**Observación:** Vercomportamiento del cumplimiento de lo establecido por el programa, una vez aplicado el plan de acción al trabajo del médico, la enfermera el Grupo Básico y los directivos, realización de técnica de examen, orientación de autoexamen, condiciones estructurales y recursos humanos necesarios y disponibles. (Guía de observación Anexo 2)

**Análisis de documentos:** Historias clínicas de las mujeres incluidas en el Programa, Registros del Departamento de Estadística para conocer el número de mujeres de 30- 60 años del año anterior con diagnóstico de cáncer de mamas, para comprobar el cumplimiento del programa del año anterior y libretas de supervisión de los CMF. Para ello se elaboró un Cuestionario validado por expertos. (Anexo 3)

**Entrevista:** Realizadas a las mujeres del Programa que no acudieron a realizarse el examen de mama (Guía de entrevista Anexo 4)

### **Técnicas y procedimientos de obtención de información:**

#### **1- Formación de la base documental**

Pasiva: Localización de las fuentes de información en formato papel y digital

- Libros, trabajos de diploma, artículos, etc.
- Internet y bibliotecas virtuales
- Memoria de eventos

Activa: Observación de la realidad. Visitas a centros:

- Aplicar entrevistas

- Bibliotecas, consultorios, departamento de estadísticas, etc.
- Consulta a especialistas
- Revisión Programa de Detección Precoz de Cáncer de Mamas.
- Revisión del Plan de Medidas realizadas al Programa de Detección Precoz de Cáncer de Mamas.
- Análisis comparativo antes de la aplicación del Plan de Medidas y después de la aplicación del mismo.

**2- Utilización de materiales.** Se utilizan los siguientes materiales:

- Programa de Detección Precoz de Cáncer de Mamas.
- Plan de Medidas realizadas al Programa de Detección Precoz de Cáncer de Mamas.
- Tabla estadística sobre el comportamiento de la incidencia de casos avanzados de Cáncer de Mamas.
- Entrevistas a especialistas del Policlínico Sur

En un primer momento se diseñó el instrumento de pesquisa que se validó por expertos en el tema, el mismo exploró además de datos generales, descripción detallada de aspectos específicos del Programa.

En un segundo momento se aplicó y evaluó los resultados obtenidos en la pesquisa. Se contempló en dicho instrumento el seguimiento periódico mientras duró el estudio.

El sistema de acciones diseñado se aplicó en los CMF del Consejo Popular Patria, EBS, GBT y otros Directivos del Área.

Unido a todo este proceso se realizaron técnicas de educación para la salud con los temas más importantes que debían ir conociendo las mujeres incluidas en el estudio.

**Variable independiente:**

**Plan de acción:** sistema de acciones donde se realizaron técnicas de educación para la salud con diversos medios de enseñanza para los profesionales de la

salud y las mujeres seleccionadas los que quedaron lo mejor preparados posible en cuanto a esta temática ya que el cáncer de mama no solo debe ser preocupación del médico sino también de toda mujer que se encuentre en edad de riesgo para así lograr el cumplimiento con el Programa(Anexo 5).

**Variable dependiente:**

**Programa Nacional de Diagnóstico Preclínico y Precoz de Cáncer de Mama:**Conjunto de acciones diseñadas por el Ministerio de Salud Pública de Cuba para el pesquisaje y diagnóstico precoz del cáncer de mama en la población femenina mayor de 30 años.

**Operacionalización de las variables:** Como estructura se comprenderá condiciones estructurales, recursos materiales y recursos humanos necesarios para dar cumplimiento a lo establecido. Como proceso se evaluaría el conocimiento y habilidades del equipo básico de salud. Como evaluación el papel del Equipo Básico, Grupo básico de trabajo y directivos.

Variable	Clasificación	Nivel de medición	Dimensiones	Indicadores
Grupos de edad.	Cuantitativa continua	Interval	Grupos decenales 30 a 39 años 40 a 49 años 50 a 60 años	No y %
<b>Indicadores de estructura</b>				
condiciones de servicio	Cualitativa	Nominal politómica	Iluminación buena Iluminación mala Privacidad buena Privacidad mala Suministro de agua bueno Suministro de agua malo	No y %
Recursos Humanos EBS	Cualitativa	Nominal dicotómica	Completo (Médico y enfermera) Incompleto (falta uno de los 2)	No y %
<b>Indicadores de proceso</b>				
Conocimientos para realizar examen de mama	Cualitativa	Nominal dicotómica	Adecuada (técnica bien realizada) Inadecuada (omite o no se realiza adecuadamente algún aspecto de la técnica)	No y %

Conocimientos para capacitar sobre el autoexamen de mama	Cualitativa	Nominal dicotómica	Adecuada (técnica bien explicada con paciente que la comprende) Inadecuada (técnica mal o explicada con paciente que no la comprende)	No y %
Identificación de grupo de riesgo en Población de riesgo de 30-60 años	Cualitativa	Nominal dicotómica	Buena Mala	No y %
Identificación de grupo de riesgo en Población de riesgo menor de 30 años.	Cualitativa	Nominal dicotómica	Buena Mala	No y %
<p>Para ambas variables de identificación de grupos de cobertura a realizar:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Buena: identificado y con el seguimiento como lo establece el programa en el rango de 30 a 60 años y otros factores riesgos en menores de 30 años, como son menstruación a temprana edad, antecedentes personales o familiares de cáncer de mama o de enfermedad benigna (no cancerosa) en la mama, madre o hermana con cáncer de mama consumir bebidas alcohólicas, ser de la raza blanca y nuliparidad.</li> <li>➤ Mal: no identificado rango de edades y factores de riesgo, fichas clínicas familiares desactualizadas y/o. con deficiencias en el seguimiento como establece el programa.</li> </ul>				
Resultados de exámenes de mama realizados	Cualitativa	Nominal politómica	Negativos Positivos sin diagnóstico de cáncer de mama. No se realizan el examen.	No y %
Seguimiento de los casos con Morbilidad	Cualitativa	Nominal politómica	Positivos a examen de mama con ultrasonido indicado. Positivos al ultrasonido con mamografía indicada. Positiva a mamografía con seguimiento por patología de mama.	No y %
<b>Indicadores de resultados</b>				
Trabajo del GBT y Directivos del Área	Cualitativa	Nominal dicotómica	Cumplido: Si en las historias clínicas aparece la evaluación y seguimiento del ginecólogo de todas las pacientes con examen de mama positivo hasta su diagnóstico. Y sugerencias en	No y %

			libreta de supervisión sobre el programa. Análisis en reuniones de GBT del cumplimiento del programa y de los casos diagnosticados y se toman medidas. Incumplido: Si no cumple con lo anterior. No se analiza en el GBT ni se toman medidas.	
Respuestas de las mujeres a la pregunta "fecha del último examen realizado"	Cualitativa	Nominal politómica	No recuerdan Nunca se lo han realizado De 1 a 2 años 2 a 4 años 5 o más años	No y %
Respuesta a la pregunta "Motivo por el que no se lo han realizado"	Cualitativa	Nominal politómica	Se niegan por pudor Prefieren una médica mujer. Falta de privacidad en el CMF No lo consideran importante	No y %
Respuesta a la pregunta "Conocimiento de la técnica del autoexamen"	Cualitativa	Nominal dicotómica	Si No	No y %
Implementación, validación el sistema de acciones diseñado y evaluación de su impacto en el Consejo Popular Patria	Cualitativa	Nominal dicotómica	Exámenes de mama realizados (Efectivo el Plan de acción si se eleva al 90 por ciento del cumplimiento del programa según lo establece el MINSAP)  Exámenes de mama no realizados (No efectivo si queda por debajo del 90%).	No y %

### **Métodos estadísticos.**

De la estadística descriptiva se utilizaron las medidas de frecuencia absoluta (No) y relativa (%).

Para establecer si las diferencias encontradas entre el antes y el después de la

aplicación del plan de acción fueron significativos o no se utilizó, de la estadística inferencial la prueba no paramétrica de Chi cuadrado de homogeneidad pues se cumplen los supuestos para su utilización. El programa estadístico utilizado fue el SPSS.

Se trabajó con un 95% de confianza y un 5% de margen de error ( $p=0.05$ ) con un grado de libertad (1 gl).

Interpretación:

Si Chi cuadrado calculado ( $X^2$ ) es mayor que Chi cuadrado tabulado ( $X^2_{(0.05)}^{(1)}$ ) se rechaza la Hipótesis nula ( $H_0$ ) y se acepta la Hipótesis alternativa ( $H_1$ ).

$H_0$ - no hay diferencias significativas entre el antes y el después.

$H_1$ -hay diferencias significativas entre el antes y el después con lo cual se corrobora que el sistema de acciones es efectivo.

La técnica de procesamiento de la información fue computacional y se realizó la revisión y validación de la misma.

Los resultados se presentan en tabla de distribución de frecuencia.

Se redactó un informe final teniendo en cuenta los requisitos establecidos por la Facultad de Ciencias Médicas de Ciego de Ávila

## **ANALISIS Y DISCUSION DE LOS RESULTADOS**

Tabla 1: Distribución de mujeres de 30 a 60 años según grupo de edad antes y después de la aplicación del plan de acción

Grupos de	Antes 2014	Después 2015
-----------	------------	--------------

edad	No.	%	No.	%
30 a 39 años	294	32,03	292	31.94
40 a 49 años	384	41,83	384	42.02
50 a 60 años	240	26,14	238	26.04
Total	918	100,00	914	100,00

Fuente: Registros estadísticos e historias clínicas

En la tabla 1 se distribuyen las mujeres del estudio según grupos de edad, y el comportamiento de los mismos es similar tanto antes como después de la implementación del plan de acción, pues solo difiere en 4 mujeres que salieron del estudio por encontrarse fuera del Área. El mayor por ciento en ambos momentos corresponde al grupo de 40 a 49 años con cifras que se encuentran entre el 41 y 43 % respectivamente.

**Tabla 2:** Distribución de los consultorios según condiciones de servicio en los locales antes y después de la aplicación del plan de acción

Condiciones	Antes 2014		Después 2015	
	No.	%	No.	%
Iluminación				
buena	5	62.50	8	88.90
mala	3	37.50	1	11.10

Privacidad				
buenas	5	62.50	9	100
mala	3	37.50	0	0
Suministro de agua				
bueno	5	62.50	8	88.90
malo	3	37.50	1	11.10

Fuente: Guía de observación

En cuanto a prestación de servicios de los inmuebles donde funcionan los consultorios, se presenta una fuerte tendencia a la mejoría lo cual supone un logro que se traduce en mayor calidad de vida para el paciente ya que al mejorar estas condiciones se favorece el programa de detección precoz de cáncer de mamas logrando incluir en el mismo un número mucho mayor de pacientes pues se presenta un crecimiento hacia la columna de las buenas condiciones de un 26.38% en cuanto a iluminación, un 37.5 en cuanto a privacidad y un 26.38% en el suministro de agua potable.

**Tabla 3:** Distribución de los consultorios médico de la familia según recursos humanos antes y después de la aplicación del plan de acción.

Recursos Humanos EBS	Antes 2014		Después 2015	
	No.	%	No.	%
Completo	6	75.00	7	77.78
Incompleto	2	25.00	2	22.22
Total	8	100.00	9	100.00

Fuente: Guía de observación

En relación con el completamiento de los recursos humanos de los EBS los resultados son similares tanto antes como después de la implementación del plan de acción pues se mantiene entre un 75.0 y un 78.0 % de equipos completos, lo cual se muestra en la tabla 3.

**Tabla 4:** Distribución de los médicos según conocimiento para la realización de examen de mama y capacitación sobre el autoexamen antes y después de la aplicación del plan de acción.

Conocimientos	Antes 2014		Después 2015	
	No.	%	No.	%
Para realizar examen de mama				
Adecuada	8	100.00	9	100.00
Inadecuada	-	-	-	-
Total	8	100.00	9	100.00
Para capacitar sobre el autoexamen de mama				

Adecuada	4	50.00	8	88.90
Inadecuada	4	50.00	1	11.10
Total	8	100.00	9	100.00

Fuente: Guía de observación

En la tabla 4 se observa que con los conocimientos para realizar el examen de mama no hay problemas pues tanto antes como después de la intervención estos fueron adecuados en el 100.0 % de los médicos incluidos en el estudio, sin embargo, con los conocimientos para capacitar a las mujeres sobre la técnica del autoexamen de mama, los resultados fueron diferentes pues antes de la implementación del plan de acciones estos fueron adecuados en el 50,0 % de los médicos y después de su implementación los resultados mejoraron hasta un 88,9 % pues un médico no lo hizo de la forma indicada en la literatura.

**Tabla 5:** Distribución de los consultorios de médico de la familia según identificación de los grupos de riesgos del cáncer de mama antes y después de la aplicación del plan de acción.

Identificación de grupo de riesgo	Antes 2014		Después 2015	
	No.	%	No.	%
Población de riesgo 30-60 años				
Buena	8	100.00	9	100.00
Mala	-	-	-	-
Total	8	100.00	9	100.00
Población de riesgo menos 30 años.				
Buena	6	75.00	7	77.78
Mala	2	25.00	2	22.22
Total	8	100.00	9	100.00

Fuente: Registros estadísticos e historias clínicas

La tabla 5 muestra la identificación de grupos de riesgo de cáncer de mama en población de riesgo de 30 a 60 años y menor de 30 años, y en ambos grupos, tanto antes como después de la intervención los resultados fueron similares cuando se analizó el trabajo de los EBS, siendo mejores, en ambos momentos, en el grupo de 30 a 60 años.

**Tabla 6:** Distribución de mujeres de 30-60 años según resultados de los exámenes de mama realizados antes y después de la aplicación del plan de acción.

Resultados de exámenes de mama realizados	Antes 2014		Después 2015	
	No.	%	No.	%
Negativos	520	56.64	702	76.85
Positivos sin diagnóstico de cáncer de mama	112	12.21	102	11.11
No se realizan el examen	286	31.15	110	12,04
Total	918	100.00	914	100.00

Fuente: Registros estadísticos e historias clínicas

De las 918 mujeres incluidas en el estudio, y que se distribuyen en la tabla 6, antes de la intervención, solo el 68,85 % (632) se realizó el examen de mama, de los cuales 112 fueron positivos sin diagnóstico de cáncer de mama ya que con este examen no se puede concluir que está presente el cáncer de mama, además,

286 mujeres no acudieron a realizarse el examen las que representan un 31.15 %. Después de la intervención con el plan de acción, se realizaron el examen 804 mujeres que representan un 87.96 %, y de ellas resultaron con examen positivo sin diagnóstico de cáncer 102. No acudieron a realizarse el examen 110 mujeres para un 12.04 %.

**Tabla 7:** Distribución del seguimiento de los casos con morbilidad con ultrasonido y mamografía antes y después de la aplicación del plan de acción.

Seguimiento de los casos con Morbilidad	Antes 2014 Seguimiento con ultrasonido y mamografía.				Después 2015 Seguimiento con ultrasonido y mamografía.			
	Cumplido		Incumplido		Cumplido		Incumplido	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
Positivos a examen de mama con ultrasonido indicado	112	100.00		-	102	100.00	-	-
Positivos al ultrasonido con mamografía indicada	14	100.00		-	12	100.00	-	-
Positiva a mamografía con seguimiento por patología de mama	11	100.00		-	7	100.00	-	-

Fuente: Registros estadísticos e historias clínicas

El seguimiento de los casos con morbilidad, o sea, positivos al examen de mama, con ultrasonido, mamografía o por consulta de patología de mama, no presentó problemas, ni antes, ni después de la intervención, pues en ambos momentos se cumplió con el mismo de la forma adecuada en el 100.0 % de los casos diagnosticados, lo cual se muestra en la tabla 7.

**Tabla 8:** Distribución del trabajo del Grupo Básico de Trabajo y Directivos del Área según su cumplimiento por consultorio de médico de la familia antes y después de la aplicación del plan de acción.

Trabajo del GBT y Directivos del Área	Antes 2014		Después 2015	
	No.	%	No.	%
Cumplido	-	-	8	88.90
Incumplido	8	100.00	1	11.10
Total	8	100.00	9	100.00

Fuente: Revisión de libretas de supervisión de CMF e historias clínicas.

Antes de la implementación del plan de acción, el GBT incumplió con su trabajo en todos los CMF del Consejo Popular Patria pues no se observó lo que se considera cumplido y que es cuando en las historias clínicas aparece la evaluación y seguimiento del ginecólogo de todas las pacientes con examen de mama positivo hasta su diagnóstico, cuando se hacen sugerencias en las libretas de supervisión sobre el programa y cuando se analiza en las reuniones de GBT el cumplimiento del programa y los casos diagnosticados y se toman las medidas necesarias para el buen funcionamiento del mismo. Después de la intervención el GBT cumplió con su trabajo en el 88.90 % de los CMF, incumpliendo solamente en uno de ellos.

Se hace necesario señalar que ha resultado imposible discutir los resultados obtenidos en esta investigación pues en la literatura revisada no se ha encontrado otra investigación con diseño y tema similar al nuestro y que nos permita hacer comparaciones.

**Tabla 9:** Distribución de las mujeres que no se realizaron el examen de mama según respuesta ofrecida a la pregunta “fecha del último examen realizado” antes y después de la aplicación del plan de acción.

Respuestas de las mujeres	Antes 2014		Después 2015	
	No.	%	No.	%
No recuerdan	158	55.24	27	24.55
Nunca se lo han realizado	128	44.75	83	75,45
De 1 a 2 años	-	-	-	-
2 a 4 años	-	-	-	-
5 o más años	-	-	-	-
Total	286	100.00	110	100.00

Fuente: Guía de entrevista

En la **tabla 9** se expresa que ninguna de las mujeres que no se han realizado el examen de mama presenta antecedentes de habérselo realizado alguna vez. Antes de la aplicación del plan de acción más del 55 % refirió que no recordaba y alrededor del 44 % que nunca se lo habían realizado. Después de la intervención, los resultados se invierten y el 75.45 % refirió que nunca se lo habían realizado y solo el 24,55 % que no recordaba.

**Tabla10:** Distribución de las mujeres que no se realizaron el examen de mama según respuesta ofrecida a la pregunta “Motivo por el que no se lo han realizado” antes y después de la aplicación del plan de acción

Respuestas de las mujeres	Antes 2014		Después 2015	
	No.	%	No.	%
Se niegan por pudor.	97	33.92	37	33.63
Prefieren una médica mujer.	189	66.08	73	66.37
Falta de privacidad en el CMF	-	.	-	-
No lo consideran importante	-	.	-	-
Total	286	100.00	110	100.00

Fuente: Guía de entrevista

En relación con la respuesta a la pregunta sobre el motivo por el que no se han realizado el examen de mama, las respuestas fueron similares pues tanto antes como después de la intervención, el 66 % de las mujeres respondió que era porque preferían una médica mujer. Según lo reflejado en la tabla 10, ni antes, ni después del plan de acción, las mujeres que no se han realizado el examen de mama, respondieron que fue por falta de privacidad en el CMF o porque no lo consideran importante.

**Tabla 11:** Distribución de las mujeres que no se realizaron el examen de mama según respuesta ofrecida a la pregunta “Conocimiento de la técnica del autoexamen” antes y después de la aplicación del plan de acción.

Respuestas de las	Antes 2014	Después 2015
-------------------	------------	--------------

mujeres	No.	%	No.	%
Si	133	46.50	96	87.30
No	153	53.50	14	12.70
Total	286	100.00	110	100.00

Fuente: Guía de entrevista

En la tabla 11 se muestra la respuesta de las mujeres que no se han realizado el examen de mama a la pregunta relacionada con sus conocimientos sobre la técnica del autoexamen y se observa que antes del plan de acción solamente el 46.5 % de ellas respondió afirmativamente mientras que después de la intervención la respuesta afirmativa fue de un 87,30 % de las mujeres.

**Tabla 12:** Resultados de la implementación, validación del sistema de acciones diseñado y evaluación de su impacto en el Consejo Popular Patria antes y después de la aplicación del plan de acción.

Resultados obtenidos	Antes 2014		Después 2015	
	No.	%	No.	%

Exámenes de mama realizados	632	68.85	804	87.96
Exámenes de mama no realizados	286	31.15	110	12.04
Total	918	100.0	914	100.0

$$X^2 = 9.62 \quad gl = 1 \quad p = 0.05$$

$$X^2_{(0.05)}^{(1)} = 3.84$$

$X^2$  calculado mayor que  $X^2_{(0.05)}^{(1)}$  tabulado

En la tabla 12 se muestran los resultados de la cobertura del programa en el Consejo Popular Patria antes y después de la implementación del plan de acción, y como se puede observar el número de mujeres que no tienen realizado el examen de mama disminuyó en 176 y en un 19.11 % después de implementado el plan de acción, o sea, que se realizaron el examen 172 mujeres más que representan un incremento del 19.12 %-

Como el Chi cuadrado calculado fue mayor que el Chi cuadrado tabulado se rechaza la hipótesis nula ( $H_0$ ) y se acepta la hipótesis alternativa ( $H_1$ ) por lo que las diferencias entre el antes y el después de la aplicación del plan de acciones son significativos desde el punto de vista estadístico y por lo tanto dichas acciones mejoraron el cumplimiento con el **Programa Nacional de Diagnóstico Preclínico y Precoz de Cáncer de Mama** en el Consejo Popular Patria, sin embargo, no se puede afirmar que dicho plan de acción sea efectivo pues para ello se requiere una elevación al 90 % del cumplimiento del programa una vez aplicado el plan de acción y solo se alcanzó un 87.96 %.

Además, el cumplimiento del propósito de exámenes de mamas anual a grupos de cobertura del programa y de riesgo se considera:

- Cumplido: cuando se le realiza el examen de mama del 95% al 100% de la cobertura corroborado con muestreo.
- Incumplido. No se cumple lo anterior.

Como otros datos de interés se puede señalar que de acuerdo al Plan de Acción que se implementó:

- ✓ Se alcanzó un mayor conocimiento entre la población del Programa de detección precoz de cáncer de mamas, un total de 1181 personas recibieron charlas instructivas y educativas sobre el mencionado programa.
- ✓ De la población estudiada 396 mujeres asistieron a la ilustración de autoexamen de mamas.
- ✓ Se distribuyeron 53 pancartas explicativas sobre el autoexamen de mamas para su promulgación en los consultorios del Consejo Popular "Patria".
- ✓ Se imprimieron 556 volantes y 261 folletos ambos instructivos y explicativos de manera didáctica.

## **CONCLUSIONES**

Después de la aplicación del plan de acción se evalúan los indicadores de estructura, proceso y resultados y se obtiene que se mantienen igual en su comportamiento los grupos de edad de las mujeres estudiadas, el completamiento de los EBS, los conocimientos para realizar el examen de mama, la identificación de los grupos de riesgo, el seguimiento adecuado a los casos con morbilidad y el requerimiento de médicas para realizarse el examen de mama, se incrementan las mejores condiciones del servicio, los conocimientos para capacitar sobre el autoexamen de mama, la cantidad de mujeres con examen de mama realizado, el

cumplimiento de los GBT y Directivos con su trabajo en relación con el Programa y la cantidad de mujeres con conocimiento de la técnica para realizarse el autoexamen y por supuesto, disminuye la cantidad de mujeres que no se han realizado el examen de mama.

Las diferencias entre el antes y el después de la intervención son significativas estadísticamente y por lo tanto con este estudio se corrobora la hipótesis de que si se implementa el plan de acciones elaborado para erradicar las causas que provocan el incumplimiento con el Programa Nacional de Diagnóstico Preclínico y Precoz de Cáncer de Mama, entonces se podrá determinar si el mismo se comportó de manera eficiente para diagnosticar precozmente esta enfermedad, y se puede afirmar que dichas acciones mejoraron el cumplimiento con el Programa en el Consejo Popular Patria, sin embargo, dicho plan de acción no fue efectivo pues para ello se requiere una elevación al 90 % del cumplimiento del Programa una vez aplicado el plan de acción y solo se alcanzó un 87.96 %.

## **RECOMENDACIONES**

- Dar a conocer los resultados de esta investigación a las autoridades sanitarias del Área de Salud Sur.
- Enriquecer el plan de acción con nuevas actividades para que incremente su efectividad.

## REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- 1-Hernández M, Díaz V. Valoración del conocimiento sobre el auto examen mamario en sectores del médico de familia. Rev Cubana Med Gen Integr. 1993; 9(1):28-35.
2. Organización Panamericana de la Salud. Plan de Acción Regional de Prevención y Control del Cáncer [monografía en Internet]. Washington DC; 2008. [citado 12 Dic 2011].
3. World Health Organization. World Health Statistics [monografía en Internet]. Washington DC; 2008. [citado 12 Dic 2011].
4. Ministerio de Salud Pública; Dirección Nacional de Estadísticas y Registros Médicos. Anuarios Estadísticos de Salud 1970-2006. La Habana. (Cuba):MINSAP;1971-2007
5. Mendoza M, Cáceres CL, Jiménez H. Mortalidad por cáncer en la provincia Camagüey, período de 1980 a 1984. Rev Cubana Oncol. 1987;3(3).
- 6-Saslow D, Boetes C, Burke W. American cancer society guidelines for breast screening with MRI as an adjunct to mammography. CA Cancer J Clin. 2007; 57:75-89.
- 7-US.Preventive Services.task force screening for Breast cancer [página en internet]. [citado 14 Ene 2011]. [aprox. 2 p.]. Disponible en: <http://www.ahrq.gov/clinic/3rdusp f/breastcancer/brcanrr.htm>
- 8-Mahon B, Pugh T. Principios y métodos de Epidemiología. La prensa médica mexicana. 2da edición. Ciudad México: Press Mexico; 2000.
- 9- Salsali M. A study of the clinical features and the treatment of breast cancer in 374 patients in Iran. Tumors. 2003; mar- apr; 89(2): 132-5.

10- Marinello S, Chávez F, Romero T; Lence J. Riesgo de morir por cáncer de mama en Cuba. Rev Cub Oncol. 2007; 14 (1): 22-25.

11- Apantaku L. Breast cancer diagnosis and screening. American Family Physician [Internet]. 2000 [citado 28/6/2011]. Disponible en: <http://www.aafp.org/afp/20000801/596.html>

12-Natl J. Breast cancer. Black Nurses Assoc. 2008; 19(2):42-9.

13-Ortiz A. Revitalización del Programa de Detección Preclínica y Precoz del Cáncer de mama. Gaceta Médica Espirituana. 2005; 7(3).

14-Chávez F, Romero T, Marinello S, Lence J, Santos T. Riesgo de morir por cáncer en Cuba. Rev cub Oncol. 2006; 13(1): 5-11.

15-Ferlay J, Bray F, Pisani P, Parkin DM. Cancer incidence, mortality and prevalence worldwide. Globocan. 2ed. Lyon: IARC Press; 2001

16. Linares TME, Ibarra EJ, Díaz H, Rabelo G, Suárez C. Cáncer, ocupación y supervivencia. Rev Cubana Salud Trabajo [serie en Internet]. 2005 [citado Dic 2011];6(2).

17. Rodríguez A, Martín A. El Registro Nacional de Cáncer en Cuba. Procedimientos y resultados. Rev Bras Cancerol. 2001;47(2):171-7.

18. Ministerio de Salud Pública. Proyecciones de salud en Cuba para el 2015 [monografía en Internet]. 2006 [citado Dic 2011].

19. Centro de Estudios de Población y Desarrollo de la Oficina Nacional de Estadísticas (ONE). La Habana: ONE;2011.

20-Holli K. Duodecim Medical Institute for Clinical Systems Improvement. Health Care Guideline. Diagnosis of breast disease. Breast Cancer [Internet]. 2005 Nov [citado 26 de junio de 2011]. Disponible en: [www.icsi.org](http://www.icsi.org)

- 21-Chlebowski R.T. y Cols. Influence of estrogen plus progestin on breast cancer and mammography in healthy postmenopausal women: the Women's Health Initiative Randomized Trial. JAMA. 2003; 289(24):3243-53.
22. Cumplimiento del Programa Nacional de Diagnóstico Preclínico y Precoz de Cáncer de Mama en Consejo Popular Patria.
23. García JA. *El cáncer de mama es el tumor más frecuente en Europa*. Ann Oncol 2007;18(3):581-92.
24. Lovelle I, Cordero N, Álvarez AM, Gutiérrez JA, Méndez M, Rodríguez I. Comportamiento de la mortalidad por tumores malignos. MediCentro [sitio en Internet].2007 [citado Dic 2011];11(2).
25. Rodríguez A. El Registro Nacional del Cáncer. Epidemiología del cáncer en Cuba. La Habana: Ministerio de Salud Pública; 1993.
26. Ministerio de Salud Pública. Anuario estadístico nacional 2003. La Habana: Ministerio de Salud Pública. Dirección Nacional de Registros Médicos; 2003.
27. Wikipedia (base de datos en Internet). Cáncer de mama [Actualizado 6 Jun 2009; Dic 2011].
28. Cáncer de mama [citado Dic 2011].
29. Chacaltana A, Guevara G. Factores de riesgos modificables en pacientes con cáncer de mama. Revista de la Sociedad Peruana de Medicina Interna 2003;16(2):69-73.
30. Lactancia materna protege a las mujeres de sufrir cáncer de mama [actualizado 18 Abr 2007; citado Dic 2009].
31. Cruz M. Riesgo para la salud por radiaciones no ionizantes de las redes de energía eléctrica en el Perú. RevPeruMedExp Salud Publica 2009;26(1):104-12.

32. Cortinas C, Espinosa J. Carcinogénesis. En: Corey G, ed. Cáncer y ambiente. Bases epidemiológicas para su investigación y control. México: Metepec Universidad Nacional Autónoma; 2005.p. 1-26.

33. Barranco H. Cáncer de mama ¿puede evitarse? [actualizado 7 Ago 2007; citado Dic 2011].

34-Singletary SE. Rating the risk factors for breast cancer. Ann surg. 2006; 237: 474-82.

35-Falkenberry S, Legre Rd. Risk factors for breast cancer. Obst and GynClin. 2002; 29(1): 243-54.

36-Ferlay J, Bray F, Pisani P, Parkin DM. Cancer incidence, mortality and prevalence worldwide. Globocan. 3ed. Lyon: IARC Press; 2001.

37-Reis J. Distribution of p63, a novel myoepithelial marker in fine needle aspiration biopsies of the breast. An analysis of 82 samples. Cancer. 2003; 99(3): 172.

38-Falkenberry S, Legre R. Risk factors for breast cancer. Obst and GynClin. 2002; 29(1): 243-54.

39-Miller A. The rate of screening in the fight against breast cancer. WorldHealthForum. 2010; 13(4):277-85.

40-Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos. Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial. Tokio 2004. 52a Asamblea General [monografía en Internet]. Escocia: Asamblea Médica Mundial; 2000. Citado:2011.

41-Instituto Nacional del Cáncer (sitio web en Internet). Cáncer de seno (mama) [citado 8 Dic 2011].

42<http://www.cancer.org/espanol/cancer/cancerdeseno/recursosadicionales/fragmentado/cancer-de-seno-deteccion-temprana-a-c-s-recs> (On Line)



## ANEXO 1

MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA

Policlínico Universitario Sur

MORÓN

### CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo-----, estoy de acuerdo a ser incluido en la investigación, **Implementación del plan de acción elaborado para erradicar las causas del incumplimiento con el Programa Nacional de Diagnóstico Preclínico y Precoz de Cáncer de Mama. Consejo Popular Patria**, en el policlínico universitario sur de morón y se me han explicado las bases del estudio

He podido hacer preguntas sobre la investigación. .

He recibido suficiente información sobre el estudio.

Comprendo que mi participación es voluntaria.

Comprendo que puedo retirarme del estudio:

Cuando quiera

Sin tener que dar explicaciones

Sin que esto repercuta en mis cuidados médicos

Presto libremente mi conformidad para participar en la investigación.

Fecha\_\_\_\_\_

Firma del participante\_\_\_\_\_

## **ANEXO 2**

### **GUIA DE OBSERVACIÓN:**

**OBJETIVO:** Ver comportamiento del cumplimiento de lo establecido por el programa, una vez aplicado el plan de acción al trabajo del médico, la enfermera el Grupo Básico y los directivos, realización de técnica de examen, orientación de autoexamen, condiciones estructurales y recursos humanos necesarios y disponibles.

Aspectos A Observar:

#### 1- Condiciones de servicios

- Iluminación buena
- Iluminación mala
- Privacidad buena
- Privacidad mala
- Suministro de agua bueno
- Suministro de agua malo

#### 2- Recursos Humanos (Equipo básico de Salud)

- Completo
- Incompleto

#### 3- Conocimientos para realizar examen de mama

- Inadecuada
- Adecuada

#### 4- Conocimientos para capacitar sobre el autoexamen de mama

- Adecuada
- Inadecuada

## **ANEXO 3 CUESTIONARIO**

**OBJETIVO:** Cuestionario validado por expertos para recoger los datos del **Análisis de documentos:** Historias clínicas de las mujeres incluidas en el Programa, Registros del Departamento de Estadística para conocer el número de mujeres de 30- 60 años del año anterior con diagnóstico de cáncer de mamas, para comprobar el cumplimiento del programa del año anterior y libretas de supervisión de los CMF.

### 1- Grupos de edad.

- 30 a 39 años
- 40 a 49 años
- 50 a 60 años

### 2- Identificación de grupo de riesgo en Población de riesgo de 30-60 años

- Buena
- Mala

### 3- Identificación de grupo de riesgo en Población de riesgo menor de 30 años.

- Buena
- Mala

### 4- Resultados de exámenes de mama realizados

- Negativos
- Positivos sin diagnóstico de cáncer de mama.
- Positivos con diagnóstico de cáncer de mama.
- No se realizan el examen.

### 5- Seguimiento de los casos con Morbilidad

- Positivos a examen de mama con ultrasonido indicado.
- Positivos al ultrasonido con mamografía indicada.
- Positiva a mamografía con seguimiento por patología de mama.

### 6- Trabajo del GBT y Directivos del Área

- Cumplido
- Incumplido

## **ANEXO 4    GUIA DE ENTREVISTA**

**OBJETIVO:** Entrevistar a las mujeres del Programa que no acuden a realizarse el examen de mama.

1- ¿Recuerda Ud. la fecha del último examen de mama que le realizaron?

- No recuerdan
- Nunca se lo han realizado
- De 1 a 2 años
- 2 a 4 años
- 5 o más años

2- ¿Cuál es el motivo por el que no se lo ha realizado?

- Se niegan por pudor
- Prefieren una médica mujer.
- Falta de privacidad en el CMF
- No lo consideran importante

3- ¿Conoce Ud la técnica del autoexamen de mama?

- Si
- No

**ANEXO 5 PLAN DE ACCION ELABORADO PARA IMPLEMENTAR EN EL  
CONSEJO POPULAR PATRIA**

<b>Causa que dificultan el funcionamiento del programa</b>	<b>Acciones a realizar</b>	<b>Fecha</b>	<b>Responsables</b>	<b>Resultados esperados</b>
<p>1. <b>Baja percepción del riesgo de la enfermedad de las pacientes dadas por el poco nivel de información sobre la misma.</b></p> <p>2. <b>Deficiente trabajo de educación para la salud del equipo básico de trabajo donde la promoción y prevención son tareas fundamentales.</b></p>	<p><b>Incrementar el nivel de información a través de los medios de comunicación.</b></p> <p><b>Realizar charlas educativas sobre los riesgos de cáncer de mama a nivel de consultorio de médico de familia y comunidad.</b></p> <p><b>Mejorar la interrelación médico de familia – organizaciones de masa( FMC,CDR)</b></p>	<p><b>2014</b></p>	<p><b>Equipo Básico de salud. (EBS)</b></p>	<p><b>Elevar el nivel de conocimiento sobres los riesgos de cáncer de mama.</b></p>
<p>1. <b>Deficiente identificación de las mujeres menores de 30 años con factores de riesgos.</b></p>	<p><b>Lograr la correcta dispensarización del total de la población.</b></p> <p><b>Capacitar al 100% de los EBS sobre programa de diagnóstico precoz de cáncer de mama.</b></p>	<p><b>2014</b></p>	<p><b>EBS- Grupo Básico de Trabajo(GBT)</b></p>	<p><b>Aumentar en un 90% el # de exámenes de mama a grupos de riesgo menores de 30 años.</b></p> <p><b>Mejorar el nivel científico del EBS.</b></p>

<p><b>1. Deficiente control del grupo básico de trabajo con respecto al programa de cáncer de mama(no monitorean periódicamente el cumplimiento del mismo)</b></p>	<p><b>Control del GBT a través de las interconsultas del cumplimiento adecuado del programa.</b></p> <p><b>Reflejar en las libretas de supervisión medidas para el cumplimiento del mismo.</b></p> <p><b>Análisis de la morbimortalidad de cáncer de mama en casos iniciales.</b></p>	<p><b>2014</b></p>	<p><b>GBT</b></p>	<p><b>Equipo Básico de salud cumpla con los objetivos del programa de cáncer de mama.</b></p>
<p><b>1. No orientación e indicación por parte de los médicos del autoexamen de mama a las mujeres de 30-60 años y menores de 30 con factores asociados.</b></p> <p><b>2. No cumplimientos de los médicos en la realización anual del examen de mama según cobertura.</b></p>	<p><b>Análisis en la reunión del GBT de los médicos que no cumplan con la realización de los exámenes de mama según cobertura y orientación de autoexamen de mama.</b></p>	<p><b>2014</b></p>	<p><b>GBT.</b></p>	<p><b>Realizar del 95-100% de exámenes de mama en su estimado del año.</b></p>

**ACTIVIDADES DE PROMOCION DE SALUD REALIZADAS DURANTE LA IMPLEMENTACIÓN DEL PLAN DE ACCIÓN**

<b>Principales Actividades</b>	<b>Temas</b>	<b>Forma Organizativa</b>	<b>Responsable</b>	<b>Medios De Enseñanza</b>	<b>Tiempo</b>	<b>Lugar</b>	<b>Fecha</b>
<b>Se Incrementó el nivel de información a través de los medios de comunicación y se realizaron actividades educativas</b>	<b>Factores de riesgo para el cáncer de mama.</b>	<b>A través de los medios de comunicación</b>	<b>Equipo Básico de salud. (EBS)</b>	<b>Radio y TV</b>	<b>Dos horas</b>	<b>Consultorios Médico de la Familia.</b>	<b>2015</b>
	<b>Los riesgos de cáncer de mama a nivel de consultorio de médico de familia y comunidad.</b>	<b>charlas educativas</b>	<b>Equipo Básico de salud. (EBS)</b>	<b>Pancartas Plegables</b>	<b>Cuatro Horas distribuidas en 8 actividades de 30 minutos</b>	<b>Consultorios Médico de la Familia.</b>	<b>2015</b>
<b>Mejorar la interrelación médico de familia – organizaciones de masa (FMC,CDR)</b>	<b>Dando a conocer la importancia del apoyo necesario de dichas masas para llevar acabo con disciplina todas las actividades relacionadas con el tema.</b>	<b>Asambleas comunitarias</b>	<b>Equipo Básico de salud. (EBS)</b>	<b>Pancartas Plegables</b>	<b>Tres horas. Distribuías en 3 actividades de 1 hora</b>	<b>comunidades</b>	<b>2015</b>
<b>Se capacitó al 100% de los EBS de mama.</b>	<b>Programa de detección precoz de cáncer de mama.</b>	<b>Conferencias y seminarios</b>	<b>Equipo Básico de salud. (EBS)</b>	<b>Computadora y CD Pizarra pancartas</b>	<b>Durante las reuniones del GBT</b>	<b>Aulas</b>	<b>2015</b>