

REPÚBLICA DE CUBA
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
FILIAL “ARLEY HERNANDEZ MOREIRA.” MORON.
POLICLÍNICO UNIVERSITARIO DOCENTE SUR.

Cumplimiento del Programa Nacional de Diagnóstico
Preclínico y Precoz de Cáncer de Mama en Consejo Popular
Patria.

Autora: Dra. Jeanny Varona Morales. Residente de segundo año en
Medicina General Integral.

Morón.

2014



REPÚBLICA DE CUBA
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
FILIAL "ARLEY HERNANDEZ MOREIRA." MORON.
POLICLÍNICO UNIVERSITARIO DOCENTE SUR.

**Cumplimiento del Programa Nacional de Diagnóstico Preclínico y Precoz de
Cáncer de Mama en el consejo popular Patria.**

Autora: Dra. Jeanny Varona Morales. Residente de segundo año en
Medicina General Integral.

Tutor: Dra. Mailen Morales Gonzales. Especialista Primer Grado en Medicina
General Integral. Profesor Instructor.

Asesor: Dra. Dayne Morales Torres. Especialista de Primer Grado en
Ginecobstetricia.

**Trabajo para optar por el título de especialista en primer grado en Medicina
General Integral.**

Morón.

2014.

DEDICATORIA:

- A mi Madre, por su amor infinito y apoyo incondicional durante toda mi vida.
- A mi tutor por la orientación y colaboración ofrecida para la realización de este trabajo.
- A mi Asesora por la colaboración ofrecida para la realización de este trabajo.
- A todas aquellas personas que de una forma u otra tuvieron participación en el desarrollo del estudio realizado.

RESUMEN.

En el Programa Nacional de Diagnóstico Preclínico y Precoz de Cáncer de Mama en el Consejo Patria existen dificultades con los cumplimientos de sus objetivos. Se realizó una investigación en Sistemas y Servicios de Salud (ISSS) con el objetivo de evaluar el cumplimiento del Programa Nacional de Diagnóstico Preclínico y Precoz de Cáncer de Mama en el período comprendido entre Julio del 2013 hasta Mayo 2014 Consejo Patria. El universo de estudio estuvo constituido por las 918 mujeres de 30 a 60 y los 8 consultorios con sus respectivos equipo básico de salud (EBS), grupo básico de trabajo y director del área. Se creó una guía de observación, se realizó una entrevista cara a cara a mujeres que no se habían realizado el examen y revisión de historias clínicas y Fichas familiares. El mayor porcentaje de mujeres se encuentran en los grupos de 40 a 49 años de edad, 5 consultorios obtuvieron calificación de buena en cuanto a estructura y a la existencia de los recursos humanos. Los profesionales tienen un buen adiestramiento para la realización del proceder, pero hay deficiencia en la orientación del autoexamen y control de mujeres menores de 30 años con factores de riesgos. Alto porcentaje de mujeres con no realización de examen de mama, y buen seguimiento de los casos con cáncer por ultrasonido y mamografía. Por lo que el programa marcha insatisfactoriamente en el Consejo Patria con un pobre trabajo de educación para la salud de los (EBS) en cuanto a la promoción y prevención de la salud, como eslabón fundamental en la base de la Atención Primaria.

ÍNDICE

	Páginas
I Introducción	1
II Objetivos	4
III Marco Teórico	5
IV Método	13
V Resultados y Discusión	19
VI Conclusiones	33
VII Recomendaciones	34
VIII Referencias Bibliográficas	35
IX Anexo	

INTRODUCCIÓN

El cáncer 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).

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 (4)

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 de mama es el más frecuente entre las mujeres cubanas y el segundo en orden de aparición en países desarrollados como los Estados Unidos (5)

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 (6).

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 debe reforzar las acciones de educación para la salud, prevención primaria y secundaria del cáncer así como capacitarse aún más en cuidados paliativos. 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 (7-8)

Las personas siguen teniendo una fuerte tendencia a subestimar el riesgo personal y no son pocos los que piensan íntimamente que “una enfermedad grave no puede sucederme a mí”

Se despreocupan de la misma, presentan síntomas y signos que son llamativos hacia un posible padecimiento benigno o maligno de la mama y por prejuicios y tabúes que aún persisten en la población y en ocasiones por desconocimiento no se atienden en etapas tempranas donde hay mayores posibilidades curativas (9-10)

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. El objetivo del presente trabajo es evaluar el cumplimiento de los objetivos establecidos por el Programa de Diagnóstico Pre clínico y Precoz del Cáncer de Mama e identificar las causas del porque cada año se diagnostican más cáncer de mamas en etapas tardías, si se cuenta con 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 Diagnóstico Pre clínico y Precoz del Cáncer de Mama y ayude a disminuir la mortalidad y conocer la morbilidad, por cáncer de mama, detectándolo en su etapa más temprana, permitiendo así que la mujer afectada reciba una terapéutica precoz y eficaz.

En la provincia Ciego de Ávila así como en el municipio Morón 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 2013, 166 pacientes habían fallecido a causa de neoplasias, 89 de ellos del área sur, 3 de mama y, hasta marzo del 2014 no se ha reportado casos fallecidos por cáncer de mama, pero se han diagnosticado un total de 10 nuevos casos en todo el municipio, la mayoría con diagnósticos tardíos de ellos 4 casos son del Consejo Popular Patria la cual es un área semiurbana ,predomina un nivel de escolaridad de 9no Grado , su principal ocupación se enfoca en la agricultura ,hay una gran prevalencia de enfermedades de transmisión sexual (sífilis ,VIH),en los últimos años ha incrementado el ritmo de crecimiento en incidencia y mortalidad por cáncer, se caracteriza por una población de inmigración de la zona oriental del país.

El programa del médico y enfermera de la familia es el primer eslabón del Programa de Detección Preclínico y 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.

Lo antes expuesto lleva al planteamiento del problema científico a través de la siguiente pregunta de investigación: ¿Cómo se estará comportando el cumplimiento de los objetivos planteados en el Programa Nacional de Diagnóstico Preclínico y Precoz de Cáncer de Mama en el Consejo Popular Patria, perteneciente al área Sur de Morón?

En consecuencia se formula la siguiente hipótesis de estudio En la implementación del Programa Nacional de Diagnóstico Preclínico y Precoz de

Cáncer de Mama en el Consejo Popular Patria existen dificultades tanto organizativas como asistenciales.

OBJETIVOS

Objetivo General

Evaluar el cumplimiento de los objetivos del Programa Nacional de Diagnóstico Preclínico y Precoz de Cáncer de Mama en el Consejo Popular Patria. Policlínico Universitario Sur de Morón.

Objetivos Específicos

1. Diagnosticar el estado de cumplimiento del Programa Nacional de Diagnóstico Preclínico y Precoz de Cáncer de Mama en cuanto a su cobertura y control de riesgos.
2. Identificar posibles causas de incumplimiento de lo que se establece en dicho programa.
3. Elaborar acciones de salud que contribuyan al cumplimiento del Programa Nacional de Diagnóstico Preclínico y Precoz de Cáncer de Mama en el Policlínico Universitario Sur de Morón.

MARCO TEÓRICO

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 orquilla de fuego". El escrito dice sobre la enfermedad: «No existe tratamiento». A lo mínimo un caso descrito es de un hombre. 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 músculos pectorales (mastectomía radical). 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.

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 galatóforos,

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 (2, 11,12). Muchos cánceres de mama se encuentran confinados en la luz de los ductos o de los acinos, sin invadir los tejidos vecinos. En ese caso reciben el nombre de carcinomas in situ. Cuando proliferan en demasía pueden romper la llamada membrana basal y extenderse infiltrando los tejidos que rodean a ductos y acinos y entonces reciben nombres como carcinoma ductal infiltrante o carcinoma lobulillar infiltrante. Los carcinomas de mama in situ son potencialmente curables si se extirpan en su totalidad.

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. (13-14)

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 (15-16)

El diagnóstico de cáncer de mama sólo puede adoptar el carácter de definitivo por medio de una biopsia mamaria. Es ideal hacer biopsias por punción, con aguja de jeringa, con aguja de Tru-cut o Silverman. Si no es posible, se pueden hacer

biopsias incisionales (retirar parte de la masa) o excisionales (Retirar toda la masa), esto puede alterar el estadio del tumor (17-18).

Algunos autores como Calvo y colaboradores estiman que está relacionada con la herencia. Hoy en día, el cáncer de mama, como otras formas de cáncer, es considerado el resultado de daño ocasionado al ADN. Este daño proviene de muchos factores conocidos o hipotéticos (tales como la exposición a radiación ionizante). Algunos factores llevan a un incrementado rango de mutación (exposición a estrógenos) reparo disminuido (los genes BRCA1, BRCA2, y p53). Aproximadamente el 8% de todos los casos de cáncer de mama son hereditarios. (19).

A pesar de que muchos riesgos epidemiológicos y cofactores biológicos y promotores han sido identificados, la causa primaria aún es desconocida (18).

La sospecha de la existencia de origen viral del cáncer de mama es controversial, y la idea no es mayormente aceptada por la falta de evidencia definitiva o directa. Hay mucha mayor investigación en el diagnóstico y tratamiento del cáncer que en su causa de origen. El grado de riesgo no es homogéneo entre la población en general. Es así como encontramos que mientras algunas mujeres nunca desarrollarán el cáncer de mama otras parecen tener un mayor riesgo de padecerlo. Por ello se ha vuelto cada vez más necesario ser capaz de valorar e individualizar, lo más exactamente posible, el perfil de riesgo de una paciente a fin de poder asegurarle la mejor relación costo beneficio de las alternativas de vigilancia y tratamiento disponibles(19-20)

Dado que no se conocen las causas reales que determinan la aparición de esta enfermedad, la mejor prevención es diagnosticarlo precozmente. Una detección avanzada, cuando no se ha producido metástasis, permite una curación mayor del 90 % de los casos.

En el desarrollo de la mayoría de los casos de cáncer de mama tienen un papel fundamental las hormonas, en especial los estrógenos.

No se sabe con exactitud cuáles son las causas principales del cáncer de mama. Sin embargo hay una serie de factores que pueden predisponer a la aparición de

estos tumores, aunque estos factores, en realidad, influyen en un porcentaje muy bajo dado que cerca del 80 % de casos diagnosticados no son directamente relacionables con estos factores de riesgo (21-22) Entre todos los principales son:

Factores riesgos mayores:

1. Edad: Por debajo de los 25 años suelen ser procesos benignos, pero al aumentar la edad crecen las posibilidades de contraer una enfermedad maligna, siendo las edades más peligrosas entre los 45 y 65 años.
2. Antecedentes familiares: El riesgo aumenta si hay antecedentes de cáncer de mama en hermanas, madre y tías maternas, en especial si la enfermedad apareció en la etapa pre-menopáusica y si fue de localización bilateral.
3. Antecedentes personales: Si la paciente ya ha sufrido un cáncer de mama, se debe sospechar fuertemente la existencia de una enfermedad maligna en la mama contralateral.

Factores riesgo menores:

1. Factores hormonales y reproductivos: La mayor actividad estrogénica favorece la proliferación de epitelio menos diferenciado. Dentro de estos se encuentran la menarquía precoz, menopausia tardía, nuliparidad, paridad tardía, administración exógena de estrógenos.
2. Antecedentes de enfermedades benignas de la mama.
3. La dieta.
4. Alcoholismo.
5. Factores socio-económicos y ambientales.
6. Mujeres que no lactan a sus hijos.

Dado que no se conocen las causas reales que determinan la aparición de esta enfermedad, la mejor prevención es diagnosticarlo precozmente. Una detección avanzada, cuando no se ha producido metástasis, permite una curación mayor del 90% de los casos (23)

Entre las medidas principales que tenemos para detectar un tumor en la mama tenemos las siguientes: Autoexamen, Examen clínico, Mamografías, ecografías y Biopsias (21)

Al principio, la mayoría de las veces es asintomática, por lo que se debe preguntar si existe aumento de volumen y si este es doloroso, así como la evolución cronológica de cualquier alteración de la mama. Buscar historia de traumatismos, sensación de peso, hinchazón y cambios de las molestias con los períodos menstruales. Ante la presencia de un nódulo conocer su ritmo de crecimiento, así como la posible participación en este proceso de la axila y si la piel que reviste esta zona, ha tenido cambios en su textura o coloración, pues la misma puede tener irregularidades (prominencias o depresiones), así como si su textura es lisa o rugosa, que es la llamada piel de naranja, lo cual suele estar asociado a procesos malignos. Cuando la piel se fija sobre una pequeña porción de la glándula retraída, se forma un hoyuelo o surco y la retracción de la porción pericanalicular origina el hundimiento del pezón. También es importante identificar la presencia de venas dilatadas. En el pezón tener en cuenta excoriaciones, inversión, edema, enrojecimiento o secreción, pudiendo ser esta de tipo seroso, serohemático, purulento o lechoso, frecuencia de aparición y si es uni o bilateral. En la axila se pueden palpar adenopatías. Entre los síntomas generales se encuentran: astenia, anorexia, pérdida de peso, dolores óseos, fiebre, tos, dolor en el tórax (24-26).

Para el autoexamen de mama se orientara a la mujer que se coloque sentada o de pie ante un espejo con los brazos pendientes a lo largo del cuerpo, y ante el espejo levante los brazos completamente y observe.

Acostada con una almohada debajo del hombro derecho, la mano derecha debajo de la cabeza, con la mano izquierda palpe con las yema de los dedos trazando círculos alrededor de la mama, empezando desde el más alejado al pezón hacia él y en el sentido de las agujas del reloj Disponga el brazo a lo largo del cuerpo y examine la misma manera la mitad externa de la mama y la axila. Repita la maniobra en el seno izquierdo.

La técnica del examen físico para el diagnóstico precoz del cáncer de mama consiste en:

Inspección:

- Realice la inspección descubriendo el tórax, observando las mamas.
- Ubique a la mujer frente a usted con los brazos a ambos lados del cuerpo y precise: simetrías de ambas mamas, superficie de la piel, estado de areola y pezón.

Palpación:

- Realice la palpación con las yemas de los dedos o con las palmas de las manos comenzando con la mama presuntamente sana.
- Se realizara primero con la mujer sentada y luego acostada.
- Dividida imaginariamente la mama en cuatro cuadrantes (superiores e inferiores) considerando como extremos lo cercano a la axila.
- Cuando examine los cuadrantes internos coloque los brazos de la mujer sobre la nuca y los cuadrantes externos con los brazos a los lados del cuerpo.
- Palpación de la región retroareolar, expresión del pezón y exploración de la axila en busca de adenomegalia (25)

Entre las neoplasias malignas se encuentra el adenocarcinoma, el cual representa el 98% de los tumores malignos de la mama (27-28) En los casos más típicos se trata de una mujer entre los 40 y 60 años que acude por presentar una lesión en la mama dura, fija o poco móvil, de consistencia irregular y generalmente indolora. Puede tener secreción hemática por el pezón y en el examen de la axila se encuentran o no ganglios cuyo número y tamaño estarán en relación con el tamaño y tiempo de evolución de la neoplasia (29)

Un tumor maligno de la mama puede demorar hasta 8 años en alcanzar un cm de diámetro, pero ello no impide que desde antes envíe metástasis a órganos cercanos o distantes. Entre esas localizaciones las más frecuentes son:

- Esqueléticas: Columna vertebral, costillas y pelvis.....50%
- Pleura y pulmón..... 25%
- Abdominales: Hígado y ovario.....10%

-Otras: Cerebro, piel, riñón, páncreas, intestino, etc..... 15%

La mamografía es el mejor método que se utiliza en el pesquisaje, es un examen que no produce molestias y que, con pocas dudas diagnostica el cáncer mamario desde su fase preclínica. Por la importancia que reviste la utilización de la mamografía en la detección precoz del cáncer mamario, describimos a continuación la indicación en los casos asintomáticos y con síntomas latentes, así como lesiones no palpables y ventajas de la técnica (24).

INDICACIONES DE LA MAMOGRAFIA EN CASOS ASINTOMATICOS (25)

En regla general, no menos de 30 años de edad.

- Considerando el riesgo individual de la paciente, pueden realizarse hasta 4 mamografías.
- A partir de los 40 años pueden practicarse cada 2 años y a partir de los 50 años anualmente.
- Los senos voluminosos deben ser estudiados mediante mamografías.

INDICACIONES DE LA MAMOGRAFIA A PACIENTES CON SINTOMAS LATENTES

- Toda lesión palpable aislada independiente de la biopsia posterior.
- Mastalgia sin relación al ciclo menstrual, pezón retraído, y modificaciones del contorno o estructura de la mama.

INDICACIONES DE LA MAMOGRAFIA EN LESIONES NO PALPABLES

-Para localizar la lesión y además en la pieza quirúrgica.

VENTAJAS DE LA MAMOGRAFIA

- Posee la mayor sensibilidad y especificidad, entre los métodos diagnósticos no cruentos de las mamas.

- Puede descubrir los carcinomas no palpables de las mamas, aunque sean menores de 30 Mm. de diámetro.
- El 70 % del cáncer no palpable clínicamente descubierto por la mamografía no tienen metástasis ganglionar.
- Descubren 10 veces más cáncer en laterales que cualquier otro método diagnóstico.
- Puede guiar la localización de una lesión clínicamente oculta.

OBJETIVOS FUNDAMENTALES DEL PROGRAMA NACIONAL DE DIAGNOSTICO PRECLINICO Y PRECOZ DEL CANCER DE MAMA

- Disminuir la mortalidad por cáncer de mama.
- Incrementar la sobrevivencia de la paciente con cáncer de mama.
- Mejorar la calidad de vida de la paciente con cáncer de mama.

En la actualidad el Programa funciona a lo largo y ancho del país y para darle cumplimiento, el Ministerio de Salud Pública adquirió 16 equipos móviles de mamografías con que cubrir todas las provincias y se prepararon especialistas y técnicos necesarios para dar cobertura y echar a andar el Programa (22, 29).

. El Programa Nacional conjuga los 3 métodos diagnósticos más utilizados mundialmente: el examen clínico de las mamas, el autoexamen y la mamografía (25).

El médico de la familia desempeña una importante función en la estructuración concreta del Programa, pero la aplicación de dicho programa y sus tareas no han sido totalmente eficaces, pues han existido dificultades en la realización del examen clínico periódico de las mamas y en pesquisar activamente a la población femenina en riesgo. Estas cuestiones han afectado el papel protagónico del equipo de salud de la atención primaria en la disminución de la mortalidad por cáncer y el apoyo de las organizaciones comunitarias en la detección precoz del cáncer de mama. (30,31)

MÉTODO

Aspectos generales del estudio:

Se realizó una investigación en Sistemas y Servicios de Salud (ISSS) con el fin de evaluar el cumplimiento de los objetivos del Programa Nacional de Diagnóstico Preclínico y Precoz de Cáncer de Mama en el periodo comprendido entre Julio del 2013 hasta Mayo 2014 Consejo Popular Patria.

Universo: El universo de estudio estuvo constituido por las 918 mujeres de 30 a 60 años residentes en el Consejo Popular Patria del Área de Salud Sur de municipio Morón y los 8 consultorios con sus respectivos equipo básico de salud ,grupo básico de trabajo y director del área .

Criterios de inclusión:

- Todas las mujeres de 30 a 60 años y las diagnosticadas como Cáncer de Mama que previo consentimiento informado (Anexo N° 1) estuvieron de acuerdo a participar en la investigación y que pertenecen a dicho consejo popular.

- Que se encuentren residiendo en el área durante la investigación
- Que no tengan ningún impedimento físico o mental que las incapacite a responder el instrumento diseñado.
- Miembros del Equipo básico de salud, Grupo básico de trabajo y Director involucrados en el cumplimiento del programa con experiencia en esta responsabilidad por más de 1 año.

Criterios de exclusión:

- Todos aquellos que no cumplan con los criterios antes expuestos.

TECNICAS DE RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN

Observación: La misma fue estandarizada (Anexo N° 2) y el propio investigador la realizó. Se creó una guía de forma tal que puedan ser observado todos los aspectos relacionados con el cumplimiento de lo establecido por el programa, el trabajo del médico y la enfermera (Equipo básico de salud) en cuanto a su conocimiento para la realización de la técnica del examen clínico de mama, y su orientación y enseñanza del autoexamen de mama. Se observaron las condiciones estructurales y recursos humanos necesarios y disponibles para enfrentar la tarea.

Se realizó una entrevista cara a cara y estandarizada (Anexo 3) a mujeres beneficiadas con el programa y que no se habían realizado el examen para analizar desde el punto de vista personal las posibles causas que influyen en el incumplimiento del Programa Nacional de Diagnóstico Preclínico y Precoz de Cáncer de Maman esta entrevista se le realizo al total de mujeres (286) que no acudieron a realizarse el examen.

Análisis de documentos: Fichas familiares para conocer el número de mujeres de 30- 60 años y revisión de historias clínicas, libretas de supervisión, actas de reuniones de Grupo Básico de Trabajo.

Los instrumentos diseñados fueron validados por expertos e incluirán indicadores para medir estructura, proceso y resultados de la investigación los cuales se presentan en tablas estadísticas.

1. GRUPO EDAD:

- ✓ Tipo de variable: cuantitativa continúa.
- ✓ Escala: Intervalos de 10 años.
- ✓ Indicador: Porcentaje de mujeres por grupo edad.

2. ESTRUCTURA.

✚ Condiciones estructurales de la consulta:

- ✓ Tipo de variable: Cualitativa nominal dicotómica.
- ✓ Escala:
 - Buena: Existencia de privacidad e iluminación.
 - Mala: No existencia de privacidad e iluminación.

Indicador: Porcentaje de consultas con buenas condiciones

✚ Equipo básico de salud: (recursos humanos)

- ✓ Tipo de variable: Cualitativa nominal dicotómica.
- ✓ Escala:
 - Completo: Presencia de médico y enfermera.
 - Incompleto: Presencia de médico o enfermera.
- ✓ Indicador: Porcentaje de consultorios con equipo básico completo

3. PROCESO

✚ Conocimiento y Capacitación:

- ✓ Tipo de variable: Cualitativa nominal dicotómica.
- ✓ Escala:
 - Adecuada: Muestra conocimiento y destreza en la técnica de examen clínico y autoexamen de mama como lo establece por el

programa (25).

- Inadecuado: Deficiente adiestramiento y conocimiento en técnica de examen de mama, auto- examen así como lo establecido por el programa (25).
- ✓ Indicador: Porcentaje de médicos con conocimiento adecuado para realizar ambos procedimientos.

✚ Identificación de grupos de riesgos (cobertura del programa)

- ✓ Tipo de variable: Cualitativa nominal dicotómica.
- ✓ Escala:
 - Buena: Tiene identificada y actualizadas las fichas familiares con seguimiento como está establecido a las mujeres entre 30 y 60 años y a las menores de 30 años con factores de riesgo asociados.
 - Mala: No tiene identificada y actualizadas las fichas familiares con seguimiento como está establecido a las mujeres entre 30 y 60 años y a las menores de 30 años con factores de riesgo asociados.
- ✓ Indicador: Porcentaje de consultorios con buena identificación del grupo de riesgo.

Se consideran factores de riesgo los siguientes: 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.

✚ Resultados de los exámenes de mamas realizados.

- ✓ Tipo de variable: Cualitativa nominal politómica.
- ✓ Escala:
 - Negativos.
 - Positivos sin diagnóstico de cáncer de mama.

- Positivos con diagnóstico de cáncer de mama.
- No se realizaron el examen.

✓ Indicador: Porcentaje de mujeres examinadas.

✚ Seguimiento de los casos con morbilidad (Examen de mama positivo) con Ultrasonido:

- ✓ Tipo de variable: Cualitativa nominal dicotómica.
- ✓ Escala:
 - Cumplido: Se le indicó y realizó ultrasonido.
 - Incumplido: No se le indicó ni realizó ultrasonido.
- ✓ Indicador: Porcentaje de ultrasonidos realizados o indicados/ No de mujeres con examen de mama positivo consultadas por 100.

✚ Seguimiento de los casos con morbilidad (si Ultrasonido positivo, factores de riesgo asociados o mayores de 50 años) con Mamografía:

- ✓ Tipo de variable: Cualitativa nominal dicotómica.
- ✓ Escala:
 - Cumplido: Se le indicó y realizó mamografía.
 - Incumplido: No se le indicó ni realizó mamografía.
- ✓ Indicador: Porcentajes de mamografía realizadas o indicadas/ No de mujeres con ultrasonido positivo, factores de riesgo asociados o mayores de 50 años consultadas por 100.

4. EVALUACIÓN o RESULTADO.

- Evaluación del trabajo del Grupo básico de Trabajo.
 - ✓ Tipo de variable: Cualitativa nominal dicotómica.
 - ✓ Escala:
 - Cumplido: Aparece reflejado en las historias clínicas el seguimiento y la evaluación por parte del ginecólogo de todas las pacientes con examen de mama positivo hasta su diagnóstico. Se

escriben sugerencias en libreta de supervisión sobre la marcha del programa.

- Incumplido: No aparece reflejado en las historias clínicas el seguimiento y la evaluación por parte del ginecólogo de todas las pacientes con examen de mama positivo hasta su diagnóstico y no se escriben sugerencias en libreta de supervisión sobre la marcha del programa.
- ✓ Indicador: Porcentaje de consultorios visitados con cumplimiento.
- Otros indicadores
- ✓ Respuestas de las mujeres a las preguntas de la encuesta.

ÉTICA

Toda la información utilizada en este estudio se conservó bajo los principios de máxima confiabilidad. El uso de la misma ha sido únicamente con fines científicos. Se tuvieron en cuenta los principios de la ética dados por:

- Respeto a la vida humana
- Respetar la dignidad de la persona
- Ser fiel al paciente y a su salud, la que en principio debe estar por encima de cualquier otra conveniencia.

Como medida de resumen de la información se utilizaron de la estadística descriptiva las frecuencias absolutas y relativas (%), los resultados se presentaron en tablas de distribución de frecuencia, se elaboró un informe final siguiendo los

requisitos establecidos por el departamento de postgrado de la facultad de ciencias médicas filial “Arley Hernández Moreira.”Morón.

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

El Consejo popular Patria (CP Patria) tiene una población estimada de 8034 habitantes, y cuenta con 8 consultorios médicos de la familia que brindan cobertura de salud a esa población. Cada uno de estos consultorios cuenta con una población femenina entre 30 y 60 años de edad que es beneficiada con el Programa Nacional de Diagnóstico Preclínico y Precoz de Cáncer de Mama cuyo objetivo fundamental es disminuir la mortalidad y conocer la morbilidad por cáncer, detectándolo en su etapa más temprana, permitiendo así que la mujer afectada reciba una terapéutica precoz y eficaz.

Para lograr este objetivo el programa debe tener un buen funcionamiento y control con un peso importante en el grupo de trabajo de cada consultorio como eslabón fundamental de la promoción y prevención en Atención primaria de salud. (APS).

Tabla 1: Distribución de mujeres de 30 a 60 años según grupo de edad.

Grupo de edad	No.	%
30 a 39 años	294	32.03
40 a 49 años	384	41,83
50 a 60 años	240	26.14
Total	918	100,00

Fuente: Ficha familiar.

Como se puede observar en la tabla 1 el mayor porcentaje de mujeres consideradas para la realización del examen de mama se encuentran en los grupos de 40 a 49 años de edad con más del 41.00%. Resultados similares en cuanto a grupo étnico obtienen Blanco y colaboradores (26).

EVALUACIÓN DE INDICADORES MÁS IMPORTANTES DEL PROGRAMA

Como es de suponer para que un programa sea ejecutado y marche de forma adecuada se precisan de una serie de condiciones tanto estructurales como de recursos disponibles ya sean de índole material como humano que garantice su cumplimiento, por lo que los indicadores de estructura serán los primeros que deben ser evaluados.

I.- INDICADORES DE ESTRUCTURA

Tabla 2: Distribución de los consultorios según condiciones estructurales.

Elementos observados	Condiciones estructurales			
	Buena		Mala	
	No.	%	No.	%
Iluminación	5	62.50	3	37.50
Privacidad	5	62.50	3	37.50
Agua	5	62.50	3	37.50

Fuente: Guía de observación

Como se puede observar en la tabla 2 de los 8 consultorios con que cuenta el CP Patria solo (5) que representa el 62,50% obtuvo calificación de buena en cuanto a la presencia de iluminación, privacidad y agua corriente, pues 3 de las consultas no contaban con todos los bombillos ahorradores o lámparas, además, faltaban los parabanes o cortinas para asegurar la privacidad de la paciente a la hora de realizar el proceder, no todos disponen de lavamanos, y en algunos existen, pero sin agua permanente para un buen lavado de las manos luego de el examen.

Tabla 3: Distribución de los consultorios medico de la familia según recursos humanos.

Equipo básico de salud	No.	%
Completo	6	75.00
Incompleto	2	25.00
Total	8	100.00

Fuente: Guía de observación.

Según muestra la tabla 3 en cuanto a la existencia de los recursos humanos, el 75.00% de los consultorios cuenta con el recurso humano completo, y tres (25.00%) solamente con la enfermera.

II.- INDICADORES DE PROCESO

Tabla 4: Distribución de los médicos según conocimiento para la realización de examen de mama y capacitación sobre el autoexamen.

Conocimiento y Capacitación	Autoexamen de mama		Examen de mama	
	No.	%	No.	%
Adecuada	4	50.00	8	100.00
Inadecuada	4	50.00	-	-
Total	8	100.00	8	100.00

Fuente: Guía de observación.

En la tabla 4 se observa que todos los profesionales tienen un buen adiestramiento para la realización del proceder, pero en cuatro consultorios el médico no le orientó a la paciente la realización del autoexamen de mama, ni le

explicó su procedimiento correcto, ni en las historias clínicas aparece indicado. Es importante aquí señalar que para algunas mujeres realizarse el proceder es algo muy normal, pero para otras resulta algo incómodo por el sentimiento de pudor por lo que siempre es bueno la previa explicación del mismo e ir detallando su realización, algo que ayuda a crear un ambiente de confianza y cooperación de la paciente.

Tabla 5: Distribución de los consultorios de médico de la familia según identificación de los grupos de riesgos del cáncer de mama.

Identificación de grupo de riesgo	Población de riesgo 30-60 años		Población de riesgo menos 30 años.	
	No.	%	No.	%
Buena	8	100.00	6	75.00
Mala	-	-	2	25.00
Total	8	100.00	8	100.00

Fuente: Ficha familiar

Según la tabla 5, en los consultorios se encontró que el 100.00 % tenían identificada la población de riesgo entre 30 y 60 años, y en dos consultorios el control de las menores de 30 con factores de riesgo asociados no estaba identificado de manera correcta.

Tabla 6: Distribución de mujeres de 30-60 años según resultados de los exámenes de mama realizados.

Resultados	No.	%
Negativos	520	56.54
Positivos sin diagnóstico de cáncer de mama	101	11.12
Positivos con diagnóstico de cáncer de mama	11	1.19
No se realizan el examen	286	31.15
Total	918	100.00

Fuente: Historias clínicas individual

La tabla 6 muestra que de 918 mujeres, el 69.00% (632) se han realizado el proceder encontrándose 112 con resultados positivos y de ellas solo en 11 mujeres, luego del seguimiento y pruebas realizadas se diagnosticó cáncer de

mama y 286 mujeres no se han examinado, por lo que el indicador fue evaluado como no cumplido con menos del 95% que es el esperado por el programa. Las mujeres que no se han realizado el examen se encuentran distribuidas entre los 8 consultorios. El 37.50% de los consultorios tiene su universo con examen de mama actualizado una vez por año.

Tabla 7: Distribución de mujeres según seguimiento de los casos con morbilidad con ultrasonido y mamografía.

Morbilidad	Seguimiento con ultrasonido y mamografía.			
	Cumplido		Incumplido	
	No.	%	No.	%
Positivos a examen de mama con ultrasonido indicado	112	100.00	-	-
Positivos al ultrasonido con mamografía indicada	14	100.00	-	-
Positiva a mamografía con seguimiento por patología de mama	11	100.00	-	-

Fuente: Historias clínicas individual.

Como se puede observar en la tabla 7 de las 112 mujeres que resultaron positivas al examen de mama, todas fueron valoradas por el especialista y al 100.00% se les indicó ultrasonido. De los ultrasonidos indicados, 14 fueron positivas por lo que se indicó mamografía diagnóstica, resultando positivo en 11 mujeres con cáncer de mama, las que se encuentran actualmente con seguimiento por consulta de patología de mama y con tratamiento quirúrgico y/o quimioterapia.

Aquí vale recordar que mantener una estrecha interrelación con las organizaciones de masas, sobre todo con la Federación de Mujeres Cubanas (FMC) y las brigadas sanitarias nos brindarán una fuerza de apoyo tanto en la captación de nuevas mujeres de riesgo, como en la realización del examen.

III.- INDICADORES DE RESULTADOS

Tabla 8: Distribución del trabajo del Grupo Básico de Trabajo según su cumplimiento por consultorios de médicos de la familia.

Grupo Básico de Trabajo	Nro.	%
Cumplido	-	-
Incumplido	8	100.00
Total	8	100.00

Fuente: Libreta de supervisión, historias clínicas individuales, actas de reuniones de GBT.

Según la tabla 8 en los consultorios se encontró que en la libreta de supervisión de los 8 consultorios (100.00%) no se refleja la marcha del programa, y las respectivas sugerencias para la próxima visita. También se revisan y evalúan las historias clínicas de las pacientes que acuden a la consulta de patología de mama y se observa que se plasman los resultados de su seguimiento hasta su diagnóstico (en el caso de pacientes inasistentes y fuera del área por diferentes causas, se encontraba argumentado en las historias clínicas)

La labor del Grupo Básico de Trabajo, sobre todo del especialista en Ginecología es primordial, pues su tarea de monitorear periódicamente el cumplimiento de los exámenes a realizar y del seguimiento de los casos es fundamental.

En el periodo de estudio se asistió a todas las reuniones de GBT del CP patria y solo en el 16.66%(2 reuniones) abordaron temas referidos al Programa de Cáncer de mama, y a algunas de las posibles causas de incumplimiento del programa por los consultorios. Se adjuntaron al final de cada reunión las acciones que se tomaron al respecto. Como se puede observar es necesario hacer hincapié en la importancia de este programa. Por lo que queda incumplida esta variable.

En cuanto al personal directivo del área de salud involucrado directamente con el programa encontramos que los mismos plantean que los consultorios cuentan con los recursos humanos necesarios, y que si bien es cierto que no todos tienen privacidad siempre se puede resolver con iniciativas del propio médico por lo que no lo consideran una causa de peso en el incumplimiento. Que en las reuniones de Grupo Básico de Trabajo es cierto que no se analizan los problemas relacionados con el programa de cáncer de mama, ni se actualiza y se discuten

los casos por consultorios de las pacientes diagnosticadas, pero en el consejo de dirección siempre hay un punto de la marcha de los programas donde el Vice director de Higiene hace referencia a los problemas fundamentales de los mismos y se acuerdan medidas para solucionarlos tanto desde el punto de vista administrativo como asistencial.

Tabla 9: Distribución de las mujeres entrevistadas según respuesta ofrecida a la pregunta “fecha del último examen realizado”

Respuestas de las mujeres	Fecha del último examen realizado	
	No.	%
No recuerdan	158	55.24
Nunca se lo han realizado	128	44.75
Total	286	100.00

Fuente: Entrevista.

Según refleja la tabla 9 en las entrevistas realizadas a 286 pacientes que no se habían realizado en el periodo de tiempo establecido por el programa el proceder encontramos que un 55,24%(158) de las mujeres no recuerdan cuando fue la última vez que se lo realizaron y el resto (128) nunca han ido al consultorio a realizárselo a pesar de que el médico les ha visitado o les ha realizado examen físico cuando van a consulta.

Tabla 10: Distribución de las mujeres entrevistadas según respuesta ofrecida a la pregunta “Motivo por el que no se lo ha realizado”

Respuestas de las mujeres	Motivo por el que no se lo ha realizado	
	No.	%
Se niegan.	97	33.92
Prefieren una médica mujer.	189	66.08
Total	286	100.00

Fuente: Entrevista.

En la tabla 10 el 66.08% (189) de las pacientes plantean que no les gusta realizarse el examen, que preferirían una médica en el caso de médicos hombres en las consultas y un 33.92%(97 mujeres) se niegan a realizarse el proceder lo que reafirma que aún existe una baja percepción del riesgo que representa para su salud no realizarse este examen.

Tabla 11: Distribución de las mujeres entrevistadas según respuesta ofrecida a la pregunta “Conocimiento de la técnica del autoexamen”

Respuestas de las mujeres	Conocimiento de la técnica del autoexamen	
	No.	%
Si	133	46.50
No	153	53.50
Total	286	100.00

Fuente: Entrevista.

Como se puede observar en la tabla 11 del total de mujeres encuestadas solo el 46.50%(133) conoce la técnica de autoexamen de mama y la realizan periódicamente. En este punto resulta interesante destacar que de las 11 pacientes diagnosticadas con cáncer de mama, 9 (81.90%) detectaron a través del autoexamen de mama la presencia de alteraciones que luego fueron corroboradas por el ultrasonido y la mamografía. De ahí la importancia de la indicación y adiestramiento de este proceder en todas las mujeres.

En la bibliografía consultada no se encontró ninguna investigación con diseño y resultados similares a la nuestra que nos permitiera hacer comparaciones y una más amplia discusión de los resultados.

De los indicadores del programa se desprenden un grupo de causas que dificultan el buen funcionamiento del mismo y que debemos tener en cuenta para elaborar la propuesta del plan de acción que conduzca al cumplimiento de los objetivos del Programa Nacional de Diagnóstico Preclínico y Precoz de Cáncer de Mama y que se resumen en:

1. Baja percepción del riesgo de la enfermedad de las pacientes dadas por el poco nivel de información sobre la misma.
2. Deficiente trabajo de educación para la salud del equipo básico de trabajo donde la promoción y prevención son tareas fundamentales.
3. Deficiente identificación de las mujeres menores de 30 años con factores de riesgos.
4. Deficiente control del grupo básico de trabajo con respecto al programa de cáncer de mama(no monitorean periódicamente el cumplimiento del mismo)
5. 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.
6. No cumplimientos de los médicos en la realización anual del examen de mama según cobertura.

Teniendo en cuenta las deficiencias encontradas se elabora un plan de acción que incluye diversas acciones de salud, así como actividades educativas y de capacitación para contribuir al cumplimiento de los objetivos del programa Nacional de Diagnóstico Preclínico y Precoz de Cáncer de Mama y que constituye el aporte práctico de esta investigación.

PLAN DE ACCION:

Causa que dificultan el funcionamiento del programa	Acciones a realizar	Fecha	Responsables	Resultados esperados
1. Baja percepción del riesgo de la enfermedad de las pacientes dadas por el poco nivel de información sobre la misma. 2. Deficiente trabajo de educación para la salud del equipo básico de trabajo donde la promoción y prevención son tareas fundamentales.	Incrementar el nivel de información a través de los medios de comunicación. Realizar actividades de educación para la salud sobre los riesgos de cáncer de mama a nivel de consultorio de médico de familia y comunidad. Mejorar la interrelación médico de familia –organizaciones de masa(FMC,CDR)	2015	Equipo Básico de salud. (EBS)	Elevar el nivel de conocimiento sobres los riesgos de cáncer de mama.
1. Deficiente identificación de las mujeres menores de 30 años con factores de riesgos.	Lograr la correcta dispensarización del total de la población. Capacitar al 100% de los EBS sobre programa de diagnostico precoz de cáncer de mama.	2015	EBS- Grupo Básico de Trabajo(GBT)	Aumentar en un 90% el # de exámenes de mama a grupos de riesgo menores de 30 años. Mejorar el nivel científico del EBS.

<p>1. Deficiente control del grupo básico de trabajo con respecto al programa de cáncer de mama(no monitorean periódicamente el cumplimiento del mismo)</p>	<p>Control del GBT a través de las interconsultas del cumplimiento adecuado del programa. Reflejar en las libretas de supervisión medidas para el cumplimiento del mismo. Análisis de la morbimortalidad de cáncer de mama en casos iniciales.</p>	2015	GBT	<p>Equipo Básico de salud cumpla con los objetivos del programa de cáncer de mama.</p>
<p>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. 2. No cumplimientos de los médicos en la realización anual del examen de mama según cobertura.</p>	<p>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.</p>	2015	GBT.	<p>Realizar del 95-100% de exámenes de mama en su estimado del año.</p>

PROGRAMA EDUCATIVO:

- Dirigido a las mujeres de 30-60 años.

✓ Actividad: 1

Fecha: 2/10/14

Tema: Factores de riesgo en el cáncer de mama.

Sumario: Hábitos tóxicos y otros factores de riesgo en el cáncer de mama.

Tiempo: 60 minutos

Forma organizativa enseñanza: Dinámica de grupo.

Medios: pancartas.

Responsable: Medico y enfermera del CMF.

✓ Actividad: 2

Fecha: 2/10/14

Tema: Lactancia materna y cáncer de mama.

Sumario: Importancia de la lactancia materna en la profilaxis del cáncer de mama.

Forma organizativa enseñanza: Charla Educativa.

Responsable: Medico y enfermera del CMF.

✓ Actividad: 3

Fecha: 12/ 10/14

Tema: El cáncer de mama y su repercusión

Sumario: Complicaciones más frecuentes biopsicosocial asociados al cáncer de mama

Tiempo: 100 minutos.

Forma organizativa enseñanza: Taller.

Medios: Pancartas y laminas.

Responsable: Medico y enfermera del CMF.

✓ Actividad: 4.

Fecha: 14/ 10/14

Tema: Importancia del autoexamen de mama.

Sumario: Técnica para la realización correcta del autoexamen de mama.

Tiempo: 60 minutos.

Forma organizativa enseñanza: Demostración.

Medios: Pancartas y Laminas.

Responsable: Medico y enfermera del CMF.

CAPACITACION:

- Dirigido al Equipo Básico de Salud.

✓ Actividad: 1

Fecha: 17/10/14

Tema: Fisiopatología del cáncer de mama y anatomía de la mama.

Sumario: Partes anatómica de la mama. Fisiología de la mama. Cuadro clínico de cáncer de mama.

Tiempo: 45 minutos.

Forma organizativa enseñanza: Conferencia.

Medios: pancartas.

Responsable: Obstetra del área.

✓ Actividad: 2

Fecha: 15/10/14

Tema: Patologías mamarias más frecuentes

Sumario: Displasia mamaria benigna, tumores benignos, carcinoma de mama.

Tiempo: 60 minutos

Forma organizativa enseñanza: Seminario

Medios: Laminas.

Responsable: Obstetra del área.

✓ Actividad: 3

Fecha: 16/10/14

Tema: Examen de mama .Mamografía.

Sumario: Técnica correcta del examen de mama y flujograma del seguimiento.

Indicaciones de la mamografía.

Tiempo: 45 minutos

Forma organizativa enseñanza: Taller

Medios: pancartas y maniquí.

Responsable: Obstetra del área.

✓ Actividad: 4

Fecha: 17/10/14

Tema: Cáncer de mama repercusión en la sociedad.

Sumario: factores biopsicosocial asociados al cáncer de mama.

Tiempo: 30 minutos

Forma organizativa enseñanza: Mesa redonda.

Medios: pancartas

Responsable: Obstetra del área.

✓ Actividad: 5

Fecha: 18/10/14

Tema: Carcinoma de mama.

Sumario: Clasificación por estadio. Evaluación previa para el tratamiento.

Tratamiento quirúrgico, radioterapia, sistémico.

Tiempo: 60 minutos

Forma organizativa enseñanza: Panel

Responsable: Obstetra del área.

CONCLUSIONES

El Programa Nacional de Diagnóstico Preclínico y Precoz de Cáncer de Mama marcha insatisfactoriamente en el Consejo Popular Patria, al no cumplir con el indicador de exámenes realizados anualmente a la población de mujeres identificadas como riesgo, pero no obstante el control y seguimiento de los casos diagnosticados es el adecuado, identificándose dos factores que son al mismo tiempo un solo factor fundamental como causa del incumplimiento y es el referido al pobre trabajo de educación para la salud de los equipos básicos en cuanto a la promoción y prevención de la salud, como eslabón fundamental en la base de la Atención Primaria.

RECOMENDACIONES

- Divulgar los resultados de la investigación a médicos y directivos del área de salud.
- Proponer a los directivos el Plan de acciones elaborados en aras de solucionar a corto y mediano plazo las dificultades encontradas.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.

1. García JA. El cáncer de mama es el tumor más frecuente en Europa. Ann Oncol 2007; 18(3):581-92.
2. Fernandez HO. CANCER (Cáncer de mama) última revisión 17 julio 2009. Disponible en www.cun.es/areadesalud/enfermedades/cancer/cancer-de-mama/
3. MEDLINEPLUS. CANCER DE MAMA Actualizado: 4/3/2010. Disponible en www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/000913.htm - 43k
4. Morales H, Martínez EM, Valdés JY, de la Paz CJ. Mortalidad por enfermedades malignas: estudio de diez años. RevMediCiego [serie en Internet].2011 [citado Dic 2012]; 9(1).
5. World Health Organization. World Health Statistics [monografía en Internet]. Washington DC; 2009. [citado 12 Dic 2011].
6. 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/3rdusptf/breastcancer/brcanrr.htm>
7. Mahon B, Pugh T. Principios y métodos de Epidemiología. La prensa médica mexicana. 2da edición. Ciudad México: Press Mexico; 2010.
8. Lovelle I, Cordero N, Álvarez AM, Gutiérrez JA, Méndez M, Rodríguez I. Comportamiento de la mortalidad por tumores malignos. MediCentro [sitio en Internet].2010 [citado Dic 2012]; 11(2).
9. Chávez F, Romero T, Marinello S, Lence J, Santos T. Riesgo de morir por cáncer en Cuba. RevcubOncol. 2009; 13(1): 5-11.

10. Cuba reporta incremento por cáncer de mama. Disponible en: <http://www.juventudrebelde.cu/cuba/2009-10-08/cuba-reporta-incremento-del-cancer-de-mama>
11. 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: Dic 2011.
12. Natl J. Breast cancer. Black Nurses Assoc. 2008; 19(2):42-9.
13. 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).
14. Centro de Estudios de Población y Desarrollo de la Oficina Nacional de Estadísticas (ONE). La Habana: ONE; 2011.
15. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Guía técnica de prevención y control del cáncer de mama El Salvador Marzo 2010. Disponible en http://www.mspas.gob.sv/regulacion/pdf/guia/Guia_Mama_Mujer.pdf.
- 16.- American Cancer Society. Detailed Guide: Breast Cancer. 2010. Disponible <http://www.cancer.org/Cancer/BreastCancer/DetailedGuide/index> on September 24, 2010.
17. Cáncer de mama Wikipedia la enciclopedia Disponible en: es.wikipedia.org/wiki/cancer_de_mama_49K
18. Sasco A. Epidemiology of Breast cancer. APMIS. 2010; (109)321-32.
- 19.- Calvo M. Patología benigna mamaria. Estudio comparativo sobre 100 casos. RevSenol Patol Mam. 2009; 5(3):123-32.
20. Ferlay J, Bray F, Pisani P, Parkin DM. Cancer incidence, mortality and prevalence worldwide. Globocan. 2ed. Lyon: IARC Press; 2010
21. Chlebowski RT. y Cols. Influence of estrogen plus progestin on breast cancer and mammography in healthy postmenopausal women: the Women's Health Initiative Randomized Trial. JAMA. 2009; 289(24):3243-53.

22. Ministerio de Salud Pública; Dirección Nacional de Estadísticas y Registros Médicos. Anuarios Estadísticos de Salud 1970-2006. La Habana. (Cuba): MINSAP; 1971-2007
23. 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>
24. 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.
25. Cuba Ministerio de Salud Pública. Programa nacional de diagnóstico precoz del cáncer de mama. Ciudad de la Habana: MINSAP; 1993 .p.1, 26- 27.
26. Ministerio de Salud Pública. Proyecciones de salud en Cuba para el 2015 [monografía en Internet]. 2010 [citado Dic 2011].
27. Blanco M, Quintas M, González H, González S, Delgado R, González M. Intervención educativa sobre la técnica del autoexamen mamario. Disponible en: <http://bus.sld.cu/revista/mcgiego/vol14-sup11-08/articulos/a1-v14-sup1109.html>
28. Miller A. The rate of screening in the fight against breast cancer. World Health Fórum. 2010; 13(4):277-85.
29. Seuc Jo A, Domínguez E, Galán Álvarez Y. Esperanza de vida ajustada por cáncer. Rev Cubana HigEpidemiol [serie en Internet]. 2003 [citado Dic 2011];41(1).
30. Danaei G, Vander S, Lopez A, Murray C, Ezzati M. Causes of cancer in the world: comparative risk assessment of nine behavioral and environmental risk factors. Lancet [serie en Internet]. 2009 [citado Dic 2011]; 366(9499).
31. 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].

ANEXO 1

MODELO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Evaluar el cumplimiento del Programa Nacional de Diagnóstico Preclínico y Precoz de Cáncer de Mama e identificar las posibles causas de incumplimiento de lo establecido en el programa en el Consejo Popular patria del Policlínico Universitario Sur de Morón por lo que requerimos su consentimiento para formar parte de la muestra del mismo.

Yo _____ en calidad de participante.

- 1- He comprendido la información que se me dado sobre el estudio.
- 2- He podido hacer todas las preguntas que me preocupan.
- 3- He recibido respuestas satisfactorias a mis preguntas.
- 4- Comprendo que mi participación en el estudio es voluntaria.
- 5- Comprendo que puedo no colaborar si así no lo deseo en el estudio:

He tenido contacto con: _____

Nombre y apellidos del investigador

El cual me ha explicado todos los aspectos relacionados con la investigación, toda la información adaptada a mi nivel de entendimiento y estoy de acuerdo en participar. Por todo lo planteado anteriormente presto mi conformidad a participar en el estudio y para que quede constancia de esto firmo este modelo.

Firma del Médico

Fecha

Firma del Paciente

ANEXO 2

GUÍA DE OBSERVACIÓN

En esta guía se abordaran algunos aspectos de importancia para el cumplimiento de los objetivos propuestos en el Programa Nacional de Diagnóstico Preclínico y Precoz de Cáncer de Mama.

Aspectos a observar:

1. CONDICIONES ESTRUCTURALES DE LOS CONSULTORIOS

a) Iluminación

- ✓ Buena: Presencia de ventanas, bombillos ahorradores o lámparas de luz blanca, lámpara de pie
- ✓ Mala: Ausencia de ventanas, bombillos ahorradores o lámparas de luz blanca, lámpara de pie

b) Privacidad

- ✓ Buena: Presencia de cortinas o parabanos o al menos un ambiente independiente de la consulta para reconocimiento de la paciente.
- ✓ Mala: Ausencia de cortinas o parabanos o al menos un ambiente independiente de la consulta para reconocimiento de la paciente.

c) Agua corriente

- ✓ Buena: Existe lavamanos con agua corriente
- ✓ Mala: No existe lavamanos con agua corriente.

2. RECURSOS HUMANOS Y MATERIALES

a) Equipo básico de trabajo

- ✓ Completo: Se encuentran trabajando médico y enfermera.
- ✓ Incompleto: Presencia de médico y/o enfermera.

3. TÉCNICA DE REALIZACIÓN DE EXAMEN DE MAMA

a) Conocimiento y Capacitación:

- ✓ Adecuada: Muestra conocimiento y destreza en la técnica de examen clínico y autoexamen de mama como lo establece por el programa.
- ✓ Inadecuado: Deficiente adiestramiento y conocimiento en técnica de examen de mama, auto- examen así como lo establecido por el programa.

ANEXO 3

ENTREVISTA A PACIENTES QUE NO SE HAN REALIZADO EL EXAMEN DE MAMA.

Se está llevando a cabo una investigación sobre el Programa Nacional de Diagnóstico Preclínico y Precoz de Cáncer de Mama en la que necesitamos de su colaboración para conocer si se están cumpliendo los objetivos propuestos para el buen funcionamiento del mismo.

- I. ¿Cuándo se realizó Usted su último examen de mama?
- II. ¿Le ha explicado el medico como se realiza el autoexamen de mama?
- III. ¿Se lo realiza Usted?
- IV. ¿Cuál es el motivo por el cual no ha acudido a realizarse el examen nuevamente?

