

UNIVERSIDAD DE CIENCIAS MÉDICAS DE CIEGO DE ÁVILA
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS. MORÓN

*I FORUM CIENTÍFICA VIRTUAL
CIENCIAS MAYABEQUE 2020*

Propuesta de un folleto instructivo para el diagnóstico oportuno del cáncer de mama

Línea temática: Cáncer. Prevención y educación para la salud

Autores:

Ailen Guzmán López^a

Alfredo Cordova Fadruga^b

Yohant Pazos Montes^c

Tutores:

Dra. Kenia López García^d

MSc. Yuliem Fernández de Posada^e

Asesor:

Dr. José Carlos Alvarez Hernández^f

- a. Estudiante Cuarto Año Medicina. Alumna Ayudante en Neurocirugía.
- b. Estudiante Tercer Año Medicina. Alumno Ayudante en Rehabilitación.
- c. Estudiante Tercer Año Medicina. Alumno Ayudante de Medicina Intensiva y Emergencia.
- d. Doctora en Medicina. Especialista Primer Grado en Medicina General Integral. Profesor Asistente.
- e. Máster en Ciencias de la Educación Superior. Licenciada en Defectología. Profesor Auxiliar.
- f. Doctor en Estomatología. Residente Segundo Año Estomatología General Integral. Instructor No Graduado en Estomatología.

Morón, 2020

“Año 62 de la Revolución”

RESUMEN

Introducción: los procesos tumorales pueden afectar el tejido mamario y son motivos de consultas frecuentes en los servicios de mastología. El cáncer de mama representa un problema de salud pública; es la neoplasia maligna más frecuente en la mujer y también puede manifestarse en el sexo masculino, aunque en menor cuantía. **Objetivo:** proponer un folleto instructivo para el diagnóstico oportuno del cáncer de mama. **Diseño metodológico:** se realizó un estudio observacional descriptivo de corte transversal en el Consultorio Médico de la Familia No. 20 radicado en el área sur del municipio de Morón en el periodo comprendido de septiembre a octubre del 2020. El universo de estudio estuvo constituido por 1193 pertenecientes al Consultorio Médico de la Familia No.20, quedando seleccionada la muestra mediante muestreo no probabilístico de tipo intencional por 81 pacientes. **Resultados:** el 60,5% de los casos representó al sexo femenino. Las personas adultas mayores de 50 años representaron el 43,2%. La ausencia de la lactancia materna y el tabaquismo estuvieron presente en el 33,3% y el 25,9% de los pacientes respectivamente. En cuanto al nivel de información el 70,4% se encontraban desinformados y el 67,9% de las personas presentaron bajo nivel de percepción de riesgo **Conclusiones:** se logró diseñar un folleto informativo para lograr un diagnóstico oportuno del cáncer de mama.

Palabras clave: NEOPLASIAS DE LA MAMA/prevención y control, NEOPLASIAS DE LA MAMA/diagnóstico, NEOPLASIAS DE LA MAMA/tratamiento.

INTRODUCCIÓN

Los procesos tumorales pueden afectar el tejido mamario y son motivos de consultas frecuentes en los servicios de mastología. El médico de la familia es el primer eslabón por donde comienza a transitar la mujer desde que ella o algún profesional le diagnostica algún síntoma o signo de afección mamaria, siendo el cáncer de mama el principal problema de salud al respecto, el cual ha aumentado su incidencia considerablemente en los últimos años.¹

El cáncer de mama representa un problema de salud pública, constituyendo la causa más común de defunciones asociadas con el cáncer entre mujeres a escala mundial. Las estadísticas estiman que el riesgo de contraer cáncer de mama en la vida de una mujer es de 12,2 %, mientras en que el hombre es de solamente 1%; y que el riesgo de muerte por esta enfermedad es de 3,6 %.¹ Cada año queda recién diagnosticado en más de 1,1 millones de mujeres y las defunciones producto de esta enfermedad representan cerca de 1,6 % de todas las ocurridas mundialmente entre las mujeres. Por otra parte 1 de cada 1000 hombres en el mundo se diagnostican anualmente de esta enfermedad^{1, 2} La mayoría ocurren en los países de ingresos bajos y medios, cuyos recursos para la prevención, diagnóstico y tratamiento de la enfermedad son limitados o inexistentes.¹⁻³

Desde hace varias décadas, el cáncer de mama se ha incrementado en grado notable alrededor del mundo, sobre todo en países occidentales y este crecimiento permanece, a pesar de que existen mejores instrumentos de diagnóstico, diversos programas de detección temprana, mejores tratamientos y mayor conocimiento de los factores de riesgo.⁴

El cáncer de mama es la neoplasia maligna más frecuente en la mujer occidental y la principal causa de muerte por cáncer en la mujer en Europa, Estados Unidos, Australia y algunos países de América Latina.^{5,8,9}

El cáncer mamario representa 31% de todos los cánceres de la mujer en el mundo. Aproximadamente 43 % de todos los casos registrados en el mundo en 1997 corresponden a los países en vías de desarrollo. La incidencia está aumentando en

América Latina y en otras regiones donde el riesgo es intermedio (Uruguay, Canadá, Brasil, Argentina, Puerto Rico y Colombia) y bajo (Ecuador, Costa Rica y Perú).^{4, 5,8,9}

En Cuba el Cáncer de mama ocupa el segundo lugar entre las localizaciones más frecuentes de las neoplasias malignas en la mujer y el diecisiete para el sexo masculino en el año 2019.⁶

En el país, las provincias de mayor incidencia son: Ciudad de La Habana, Villa Clara, Santiago de Cuba, Holguín, Camagüey y Guantánamo y el riesgo de morir es mayor en las provincias de La Habana, Camagüey, Santiago de Cuba y Guantánamo.⁷ Ello se corresponde con el proceso de transición demográfica, pues en la región occidental el envejecimiento poblacional es un proceso más avanzado con respecto a la región oriental, esto obviamente, es solo una de las razones con la que pueden estar concomitando otras de interés, tales como el funcionamiento del programa nacional de cáncer, el diagnóstico o factores de riesgos.

En la provincia de Ciego de Ávila según los datos recogidos en Estadística Provincial el comportamiento de la incidencia del Cáncer de Mama durante el año 2013 fue de 93 pacientes de las cuales fallecieron 36, en el año 2014 la incidencia fue de 66 pacientes con una mortalidad de 46 fallecidas al igual que en el año 2015.¹⁰ El municipio donde se realiza el estudio tiene una incidencia de 116 casos diagnosticados con cáncer de mama, de los cuales 115 representan al sexo femenino y 1 al masculino¹¹

Con el objetivo de disminuir estos indicadores negativos surgió en Cuba, en el año 1987, el Programa Nacional de Diagnóstico Precoz de Cáncer de Mama que consta de tres factores fundamentales. En primer lugar, el autoexamen de mama, el cual posee un valor extraordinario por ser el primer recurso con que cuenta la mujer para llegar a un diagnóstico temprano de algunos procesos patológicos de la glándula mamaria y en específico del cáncer; más del 80 % de los nódulos de mama son diagnosticados por la propia mujer. En segundo lugar, se encuentra el examen clínico anual de las mamas que realiza el médico a toda la población femenina mayor de 30 años. Por último, se incluye el Programa de Detección Precoz por medio de la

mamografía que incluye a las mujeres de 50 y 64 años de edad cada dos años lo que permite el diagnóstico del carcinoma mínimo o in situ de mama.^{2, 12}

En los últimos años, gracias a la aplicación del Programa de Diagnóstico Precoz de Cáncer de Mama en Cuba se ha logrado detectar un mayor número de casos en etapa I y II, permitiendo la utilización de tratamientos poco invasivos y la elevación de los índices de supervivencia en las mujeres afectadas.^{4, 9}

A pesar de estos logros lamentablemente, aun los resultados no son los esperados y continúan elevadas las tasas de morbimortalidad, de ahí la necesidad de que el personal de salud conozca la afección y desempeñe su papel primordial en la identificación oportuna de los factores de riesgo; así como en la prevención de la fatal evolución de la enfermedad en la mujer mediante el diagnóstico precoz y la aplicación de un tratamiento oportuno y eficaz, pues si el tumor mamario es detectado en su etapa temprana significa una curación en un alto por ciento de los casos.^{2, 4, 12}

Ante esta problemática se precisa el siguiente **problema científico**: ¿Cómo contribuir al diagnóstico oportuno del cáncer de mama?

Justificación

Teniendo en cuenta que el cáncer constituye la primera causa de muerte en la provincia de Ciego de Ávila y específicamente el cáncer de mama ocupa la segunda causa de morbimortalidad de las féminas en dicho territorio y en la actualidad aún se diagnostican mujeres desde edades tempranas y avanzadas con la enfermedad y partiendo de la premisa que es una patología que puede ser detectada con relativa facilidad; se necesita el aporte de nuevas alternativas, que desde el punto de vista científico-metodológico, permitan un diagnóstico precoz de la enfermedad para lograr la óptima aplicación del Programa de diagnóstico precoz en aras de contribuir a erradicar las deficiencias que entorpecen su cumplimiento exitoso.

OBJETIVOS

General

Proponer un folleto instructivo para el diagnóstico oportuno del cáncer de mama en los pacientes pertenecientes al Consultorio Médico de la Familia No. 20 del municipio Morón.

Específicos

- 1.- Caracterizar los aspectos clínico-epidemiológicos del cáncer de mama para lograr su diagnóstico.
- 2.- Distribuir a la muestra según variables sociodemográficas (grupos de edad, sexo, color de la piel y nivel de escolaridad).
- 3.- Identificar factores de riesgo que influyen en la aparición del cáncer de mama.
- 4.- Determinar nivel de información sobre cáncer de mama y nivel de percepción de riesgo a padecer la enfermedad.
- 5.- Diseñar un folleto instructivo para el diagnóstico oportuno del cáncer de mama.

MARCO TEÓRICO

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.¹³

El médico Galeno fue el primero en utilizar el término «cáncer», del latín *cancrum*, por la asociación con los cangrejos y hace referencia a la similitud en que el animal y la enfermedad atrapan y destrozan a sus víctimas. Es una enfermedad con causas endógenas y exógenas, y el estrés facilita su surgimiento y evolución en la medida en que debilitan el sistema inmunológico del paciente. En estas enfermedades una de las células del organismo se ha alterado, de tal forma que se multiplica una y otra vez hasta producir millones de células hijas igualmente alteradas. De aquí se derivan todos los tipos de cáncer y se manifiestan de diferentes formas. Las ideas de Galeno eran diferentes de las de Hipócrates y los egipcios. Aulo Cornelio Celso en el siglo I y Galeno en el siglo II refirieron la extirpación de los tumores mamarios y el uso del cauterio para la cirugía mamaria. Celso creía que una intervención imprudente sobre el cáncer podría ser dañina y exasperar el tumor. Se atribuye a Leónidas de Alejandría, médico griego, el primer procedimiento quirúrgico registrado para el cáncer de mama, antecedente de la moderna mastectomía.¹³⁻¹⁵

El cáncer de mama se define como una enfermedad en la cual se desarrollan células cancerosas en los tejidos de la mama. La glándula mamaria se compone de varios racimos de lóbulos y lobulillos conectados mediante unos conductos delgados, a modo de ramas de un árbol, en estos conductos se desarrolla el tipo más frecuente que es el cáncer ductal, el otro tipo de cáncer de mama es el carcinoma lobular.¹⁶

El cáncer de mama es raro en los hombres, más del 99 % de los casos ocurren en mujeres. La distribución entre diferentes bandas de edades habla de un incremento del mismo acorde con la edad de las pacientes; hecho que se cumple mientras la edad de estas no alcance los setenta años, comenzando a decrecer su frecuencia a partir de ese momento.^{17, 18}

Aunque la mayoría de las veces se presenta asintomático, en las primeras etapas comienza como un nódulo no doloroso, o con salida de líquido por el pezón acompañado o no de cambios en la coloración de la piel. El nódulo por lo general se localiza hacia los cuadrantes superiores externos. A medida que el cuadro progresa se pueden observar en la mama síntomas de fijación superficial como piel de naranja, las ulceraciones y la retracción el pezón aparecen más tardíamente, generalmente se acompañan de adenopatías.¹⁹

El principal motivo de consulta en relación a las mamas de una mujer es la detección de una masa o tumoración. Aproximadamente el 90 % de todas las masas mamarias son causadas por lesiones benignas. Las que son suaves y masas elásticas se asocian generalmente con un fibroadenoma en mujeres de 20 a 30 años de edad y quistes en las mujeres entre 30 y 40 años. Las masas malignas de mama se caracterizan por ser solitarias, no muy notorias, duras y dolorosas a la palpación.^{19, 20}

Otra manifestación frecuente es dolor en los senos. Dicha mastalgia rara vez se asocia con cáncer de mama y suele estar relacionada con cambios fibroquísticos en las mujeres premenopáusicas. Las mujeres posmenopáusicas que reciben terapia de reemplazo de estrógeno también pueden quejarse de dolor en los senos provocado por cambios fibroquísticos. El dolor de estos trastornos fibroquísticos suele verse acompañado de pequeñas tumoraciones difusas en las mamas.²¹

El cáncer de mama precoz generalmente no causa síntomas; razón por la cual los exámenes regulares de las mamas son importantes. A medida que el cáncer crece, los síntomas pueden incluir enrojecimiento, hinchazón y retracción de la piel o del pezón con la aparición de agujeros o fruncimiento que luce como cáscara de naranja. Otro problema frecuente es la secreción del pezón. El flujo de un carcinoma de mama suele ser espontáneo, con sangre, asociado a una masa y localizado en un solo conducto en una de las mamas. En algunos casos la secreción de líquido proveniente del pezón puede ser de color claro a amarillento o verdoso, y lucir como pus.^{21, 22}

Tumores mamarios o tumoraciones en las axilas que son duras, tienen bordes irregulares y generalmente no duelen. Cambio en el tamaño, forma o textura de las

mamas o el pezón. Los hombres también pueden desarrollar cáncer de mama y los síntomas abarcan tumoración mamaria, así como dolor y sensibilidad en las mamas.

23

Los síntomas del cáncer de mama avanzado pueden abarcar un bulto en la mama, aumento del tamaño de los ganglios linfáticos (adenopatías) en la axila, cambios en el tamaño, textura de la piel o color de la mama, enrojecimiento de la piel, formación de depresiones o arrugas, cambios o secreción por el pezón, descamación, tracción del pezón hacia un lado o cambio de dirección, dolor óseo, dolor o molestia en las mamas, úlceras cutáneas, hinchazón de un brazo (próximo a la mama con cáncer) y pérdida de peso.²⁴

Hay que enfatizar que el cáncer de mama puede manifestarse como una tumoración asintomática y que cuando ya hay retracción de la piel sea un cáncer avanzado, por lo que, al detectar una masa, la paciente debe buscar ayuda profesional y pedir un diagnóstico exacto basado en estudios y no en presunción clínica. La enfermedad consta de factores epidemiológicos como, predisposición genética, ambiente hormonal adverso, incompetencia inmunológica, exposición a carcinógenos y condiciones personales y demográficas adversas.²⁵

Los factores ambientales que influyen en el riesgo para adquirir la enfermedad de manera más directa son la exposición a carcinógenos como el alcohol, el tabaco, y otras sustancias químicas además de las condiciones personales y demográficas adversas como pudieran ser la circunstancia en que vive la persona dentro de su comunidad (por ejemplo: si vives cerca de una planta química o cerca de un basurero o desde el punto de vista personal si presenta gran estrés, obesidad e hipotiroidismo.²⁶

En el caso de las mujeres que presentan desórdenes hormonales o que llevan tratamiento con anticonceptivos ocurre un aumento del nivel de estrógeno, hormona que también es producida de forma natural, situación que constituye un riesgo cuando se habla de este tipo de cáncer.^{27, 28}

La Asociación Española Contra el Cáncer (AECC) divide los factores de riesgo en dos grupos que se exponen a continuación pues hacen más fácil definir sobre que factor es más factible actuar.

Los factores de riesgos que se pueden modificar dependen del comportamiento asumido por cada persona. En este punto se destacan los hábitos alimenticios, como el consumo de azúcares refinadas y grasas animales que facilitan la aparición del cáncer de mama en la mujer. En este sentido, también la dieta baja en fibra influye en la predisposición a la enfermedad. Además, los adictivos que se utilizan para conservar los alimentos como carnes frías, contienen nitritos, dichas sustancias se desdoblan y forman compuestos capaces de producir la enfermedad.²⁹

En la literatura revisada se conoció que, la raza judía adquirió genéticamente un porcentaje alto en cáncer de mamas. Una de las razones fue la guerra, en donde estuvieron expuestos al plomo y otros químicos en los campos de concentración.³⁰

Entre los factores de riesgo no modificables figuran: el sexo, dado que es más frecuentes en la mujer que en los hombres; el envejecimiento, alrededor del 17 % de las mujeres diagnosticadas con cáncer invasivo de seno tienen de 40 a 49 años de edad, mientras que alrededor del 78 % de las mujeres con cáncer invasivo del seno tienen 50 años o más en el momento del diagnóstico; la edad, se ha demostrado que a mayor edad existe más riesgo, para una mujer que vive más allá de los 90 años, la probabilidad es de 12,5 %, o 1 en 8 casos. Para los hombres el riesgo es menor de 1 en 1 000; la herencia, según la American Cancer Society el cáncer es más frecuente en personas cuyos familiares lo han padecido, algunas familias parecen tener una tendencia genética para el cáncer de mama, se han encontrado dos genes variantes que parecen intervenir, el BRCA1 y el BRCA2, además de los genes P53 y BARD1 parecen ser también importantes, otros genes defectuosos que pueden causar cáncer de mama son el BRCA3 y el Noey2 (enfermedad heredada solo del lado paterno de la familia).³¹⁻³⁵

Se estima que más del 40% de todos los cánceres se pueden prevenir. Sin embargo, el pronunciado aumento de algunos de los factores de riesgo, las rápidas transformaciones del entorno mundial, consecuencia de la globalización de los

mercados y la urbanización, están propiciando un aumento del consumo de alimentos elaborados ricos en grasas, azúcar y sal, así como de productos de tabaco; un menor consumo de frutas y verduras; y un estilo de vida más sedentario. El resultado es que la carga (incidencia) de cáncer y de otras enfermedades crónicas está en aumento.^{36, 37}

Existen tres medidas que parecen indispensables en la prevención: sensibilizar a la población sobre la creciente importancia de este problema; reconocer en la detección temprana la clave del control de esta enfermedad, y luchar contra las barreras culturales que impiden su abordaje racional.³⁹

El papel de la información no debe menospreciarse, los ciudadanos necesitan conocer los riesgos a los que están expuestos para actuar en consecuencia; la atención clínica y comunitaria juega un papel fundamental, pues la clave del control del cáncer de mama es la detección temprana, pues por más amplia que sea la cobertura de las intervenciones curativas, este solo podrá controlarse si se detecta en sus etapas iniciales; no por eso se le concederá a la necesidad de modificación de los estilos de vida un papel menos importante en la lucha contra esta enfermedad.^{40, 41}

Una detección precoz, cuando no se ha producido metástasis, permite una curación mayor del 90% de los casos; entre las medidas principales para detectar un tumor en la mama se encuentran las siguientes:

Autoexploración: Consiste en que la mujer realice una autoexploración, como mínimo una vez al mes, en esta exploración debería tenerse en cuenta lo siguiente: palpación del pecho y de las axilas para buscar posibles bultos en el pecho o las axilas, tamaño anormal de los pechos, enrojecimiento de la piel del pecho, posibles cambios en los pezones con aparición de secreción, aumento del mismo o hundimiento de los pezones, sangrado del pezón.⁴²

Mamografías y ecografías: las mamografías permiten una detección precoz del cáncer de mama hasta en un 90% de los casos. Se recomienda realizar una mamografía anual en personas con factores de riesgo. Esta también debería realizarse anualmente en personas mayores de 50 años. Si no hay factores de

riesgo, sería conveniente realizar una cada dos años en mujeres de más de 40 años. Consiste en la realización de tres imágenes con rayos x que ofrecen una visión de la parte frontal de la mama y dos laterales. Si se observa la presencia de un bulto, la ecografía puede descubrir, a través de ultrasonidos, si el agrandamiento observado es sólido o líquido, en este último caso se trata normalmente de un quiste. Aunque las mamografías dan la primera alerta, no siempre detectan tumores. Los auto-exámenes mensuales realizados correctamente, y los exámenes anuales practicados por el doctor o la enfermera, pueden detectar cambios tempranamente.⁴³

Biopsias: Son métodos principales utilizados para extraer una muestra del pecho cuando se ha descubierto la presencia de un bulto o malformación en el pecho a través de una mamografía o ecografía.⁴⁴

La curación de cáncer de mama dependerá del estadio de extensión en el momento del diagnóstico, así como de la salud general de la persona afectada. El cáncer mamario se puede clasificar como: inicial (in situ), este comienza en las células que revisten los conductos que conectan las glándulas productoras de leche con el pezón, el cáncer que se detecta en esta etapa es curable en más del 95% de los casos; invasivo, el cáncer se ha desarrollado más allá de los conductos y ha llegado al tejido circundante y más tarde a los ganglios linfáticos contiguos; metastásico, en este el cáncer se ha diseminado a otras regiones del organismo, como ganglios linfáticos distantes, huesos, pulmones, hígado o cerebro.⁴⁴

El cáncer de mama de acuerdo a su extensión transita por diferentes etapas: cáncer de mama etapa (in situ), en este las células cancerosas solo se extienden por parte del tejido ductal o lobular de la mama; etapa I, el tamaño del nódulo canceroso es menos de 2 centímetros y sin extensión a otros tejidos; etapa II, el tamaño del cáncer es menor de 2 centímetros y se ha extendido a los ganglios de la axila, o el nódulo canceroso es mayor de 2 centímetros y menor de 5 centímetros con o sin diseminación a los ganglios de la axila; etapa III, la misma se divide en: etapa III A, el nódulo canceroso es menor de 5cm, pero se ha extendido a los ganglios de la axila que se encuentran abigarrados y pegados entre sí o a otras estructuras, o es mayor de 5 cm con diseminación axilar, y etapa III B, el nódulo canceroso se extiende por

los tejidos cercanos a la mama, la piel, las costillas, los músculos del tórax o a los ganglios linfáticos de la pared torácica; etapa IV, las células cancerosas se han diseminado a otros tejidos del cuerpo (huesos, pulmones, hígado o cerebro), y también localmente a la piel y a los ganglios linfáticos del cuello y la clavícula; cáncer inflamatorio de la mama, es un tipo concreto y raro de cáncer de mama, en el cual tiene aspecto inflamado con rubor y calor con modificaciones de la superficie de la piel, es muy agresivo y se disemina rápidamente; recurrente, el cáncer se ha tratado y vuelven a aparecer células cancerosas en la mama, la pared torácica o en otras partes del cuerpo.⁴⁴

En el tratamiento del cáncer de mama se utiliza la cirugía, radioterapia, quimioterapia, terapia hormonal, terapia biológica o inmunoterapia.

En primer lugar, se utiliza la cirugía para extraer el nódulo canceroso de la mama, y también los ganglios linfáticos axilares para el análisis microscópico y detectar así las células cancerosas.⁴⁵

Existen varios tipos de tratamiento que pueden emplearse en un cáncer de mama. La terapia que se aplique depende de muchos factores, entre los que se incluye el estadio o etapa en que se encuentre el tumor, si hay o no metástasis, el tamaño del cáncer y también de cómo sean las células cancerosas. Con la clasificación realizada por los médicos se establecen el tamaño del tumor, los ganglios linfáticos afectados y el grado de metástasis o propagación a otros órganos, si es que hay. La más utilizada es el sistema TNM, creado por el Comité Conjunto Americano del Cáncer. Cada letra alude a una característica, que se define con un número:

T (tamaño), seguido de un número del 0 al 4, se refiere al tamaño del tumor, cuanto más grande es el cáncer, mayor es el número.

N (nódulos), del 0 al 3, hace alusión a los ganglios linfáticos que se encuentran afectados por las células cancerosas.

M (metástasis), seguida de un 0 ó 1, indica si el cáncer se ha extendido (1) o no (0) a otros órganos.

En las primeras etapas del cáncer, se recurre a la cirugía para extirpar el tumor, aunque a menudo el abordaje quirúrgico se complementa con radioterapia para eliminar las células tumorales que hayan podido escapar al bisturí. Si el cáncer se encuentra diseminado en otras zonas del organismo, se emplea la quimioterapia o la terapia hormonal. Aquí también tiene cabida la administración de radioterapia, en zonas concretas donde se encuentren localizados grupos de células cancerosas.⁴⁶

Cirugía: tipo de intervención quirúrgica depende de la extensión del tumor. Si el tamaño del tumor lo permite, el cirujano puede realizar una lumpectomía, que consiste en la extirpación de parte del tejido mamario y una mastectomía parcial que son ejemplos de cirugías conservadoras. En cambio, en la cirugía agresiva o radical se realiza una mastectomía radical, en la que se extirpa la mama por completo. Ambas intervenciones pueden requerir la erradicación de los ganglios linfáticos más próximos, situados en la axila.⁴⁷

Radioterapia. Es un tratamiento local, en ocasiones se administra radioterapia después de una intervención quirúrgica, para eliminar las células cancerosas que no hayan sido extirpadas. La radioterapia es una elevada concentración de rayos X dirigida a un punto concreto. Al aplicar este tratamiento tras extirpar un cáncer, los médicos se aseguran de erradicar por completo el tumor.⁴⁸

Quimioterapia: es uno de los tratamientos más utilizados en el cáncer de mama, la quimioterapia erradica las células cancerosas destruyéndolas. Estas son las principales familias de quimioterápicos empleados contra el cáncer de mama: alquilantes, actúan sobre el ADN evitando que la célula cancerosa se reproduzca, a esta familia pertenece busulfán, cisplatino, ciclofosfamida, dacarbazina, ifosfamida, mecloretamina y melfalán; antimetabolitos, interfieren en el crecimiento del ADN y del ARN celular, se encuentran en este grupo: 5-fluoracilo, metotrexato, gemcitabina, citarabina y fludarabina, antibióticos antitumorales, actúan en el ADN deteniendo la acción de ciertas enzimas causantes de la mitosis, algunos de ellos son la bleomicina, dactinomicina, daunorubicina, doxorubicina e idarrubicina; inhibidores de la mitosis, estos inhibidores incluyen el paclitaxel, docetaxel, etoposida, vinblastina, vincristina y vinorelbina. La quimioterapia se administra generalmente por vía

intravenosa, aunque algunas veces pueden darse quimioterápicos por vía oral o incluso intramuscular. Normalmente se deja de una a cuatro semanas entre una administración y otra de quimio. Estos ciclos o cursos los establece el oncólogo según el grado de enfermedad y la tolerancia a los efectos secundarios de la quimioterapia.⁴⁹

Terapia Hormonal: incluye al tamoxifeno, que constituye el tratamiento hormonal utilizado con más frecuencia en el cáncer de mama, este fármaco evita la liberación de estrógenos, con el fin de que las células afectadas por el cáncer no sigan extendiéndose; al toremifeno, que es un modulador del receptor estrógeno y parece haber demostrado eficacia en el tratamiento y a los progestágenos, estas hormonas se producen de forma natural en el organismo de las mujeres, pero sus derivados artificiales pueden ser útiles en determinados tumores de mama. Junto con los progestágenos, otras terapias hormonales pueden ser la aromatasa, los análogos de la LHRH y la somatostatina, estos últimos suelen utilizarse entre las pacientes postmenopáusicas.⁵⁰

Terapia biológica: su uso constituye un tratamiento bastante eficaz en la lucha contra muchos tipos de cáncer al tener carácter profiláctico, así como también terapéutico al intentar estimular el sistema inmunitario para rechazar y destruir tumores, pero se considera efectivo como tratamiento para el cáncer de mama, dentro de los tratamientos biológicos están los anticuerpos monoclonales, las vacunas y los denominados factores de crecimiento. Las moléculas activas implicadas en la inmunoterapia se denominan inmunomoduladores. La mayor parte son citoquinas y algunas de ellas, como por ejemplo el factor estimulante de colonias de granulocitos (G-CSF, Granulocyte colony-stimulating factor) o el interferón, ya están siendo usados en clínicas. Otros tipos de citoquinas, como las interleuquinas 1, 2, 6,8 o el factor de necrosis tumoral [TNF- α].^{51, 52}

Efectos secundarios del tratamiento: náuseas y vómitos, para evitarlos se pueden requerir medicamentos antieméticos; pérdida de cabello, a pesar de no ser un efecto grave, es motivo de angustia e insatisfacción para la mayoría de las pacientes, pues influye en la percepción de su propia imagen; irritaciones en la boca, con la

quimioterapia son frecuentes las mucositis o irritaciones bucales que produce ardores en la boca; anemia, la quimioterapia produce la reducción de la cantidad de glóbulos rojos en sangre, se manifiesta a través del cansancio, la debilidad y la palidez extrema, en ocasiones puede requerir una transfusión de sangre, puede aparecer plaquetopenia o disminución excesiva de las plaquetas, este efecto produce un aumento de los hematomas o sangrado en encías y nariz; neutropenia, es otro de los efectos más vigilados por los médicos debido a la gravedad, consiste en la reducción de los glóbulos blancos o leucocitos, la neutropenia favorece la aparición de infecciones.⁵³

En la etapa o cáncer de mama in situ se pueden realizar diferentes modalidades de cirugías, cirugía para extraer toda la mama (mastectomía total), cirugía para extraer únicamente el cáncer (lumpectomía) más radioterapia, estudios clínicos con lumpectomía más radioterapia con o sin terapia hormonal, en ocasiones se realizará una extracción de los ganglios de la axila. En el carcinoma lobular in situ se puede optar por: biopsia diagnóstica seguida por mamografías anuales, la terapia hormonal con tamoxifeno, cirugía para extraer ambas mamas (mastectomía total).⁵⁴

En la etapa I y II se realizan: cirugía de lumpectomía o mastectomía parcial con limpieza de ganglios axilares, con radioterapia posterior, mastectomía radical modificada, con los ganglios linfáticos axilares, además de una terapia adyuvante: quimioterapia, terapia hormonal (Tamoxifeno por 5 años), estudios clínicos con diversas pautas.⁵⁴

En la etapa III se encuentra el cáncer de mama etapa III A en el cual se realizan: mastectomía radical modificada o la radical (con ganglios linfáticos axilares), radioterapia administrada tras la cirugía, quimioterapia con o sin terapia hormonal además de la cirugía y la radioterapia, estudios clínicos con diversas pautas; por otra parte en el cáncer de mama etapa III B se lleva a cabo, quimioterapia para disminuir el tamaño del tumor, después se realiza la cirugía y/o la radioterapia, terapia hormonal.

En la etapa IV se realiza, radioterapia o una mastectomía para reducir los síntomas, terapia hormonal con o sin cirugía para extraer los ovarios y quimioterapia.

En el cáncer inflamatorio de la mama se utilizan las mismas pautas que para el cáncer de mama en etapa III B o IV.

En el cáncer recurrente se utiliza, terapia hormonal con o sin cirugía para extraer los ovarios, si el tumor recurrente es aislado se aplica la cirugía y/o la radioterapia, radioterapia paliativa del dolor, quimioterapia y estudios clínicos con diversas pautas.⁵⁴⁻⁵⁶

La rehabilitación en el cáncer de mama debe realizarse de forma integral contemplándose los siguientes aspectos: psicológicos, sociales y físicos, en este último se integra la rehabilitación kinésica y la reconstrucción mamaria.⁵⁷

En la rehabilitación kinésica se realizan las siguientes acciones: en el período pre-operatorio se debe proporcionar información en relación a los ejercicios respiratorios que se realizarán posteriormente; en el periodo post-operatorio inmediato se debe lograr una recuperación temprana de las funciones motoras del miembro superior afectado por una disección axilar, antes del primer mes; los ejercicios de la extremidad superior afectada se inician en la medida que el débito del drenaje ha disminuido, comenzando alrededor del séptimo día del post-operatorio, sin embargo, desde el primer día la paciente puede realizar una abducción y flexión del hombro hasta los 40 grados y las rotaciones a tolerancia; en las pacientes operadas por cáncer de mama con problemas respiratorios, edad avanzada o en la que se realizó simultáneamente una reconstrucción mamaria con colgajo miocutáneo de recto abdominal, deben tener kinesioterapia respiratoria en el post-operatorio inmediato, basada en: ejercicios respiratorios diafragmáticos y costal inferior, tos asistida y en algunos casos movilización de secreciones, además debe realizarse prevención de trombosis de extremidades inferiores realizándose ejercicios activos de extremidades inferiores e isométricas de glúteos; en el post-operatorio inmediato la paciente debe ser evaluada y de acuerdo a los problemas pesquisados se planificará un tratamiento individual.⁵⁸

Se debe evaluar la función de la extremidad afectada por la disección axilar, edema del brazo, función motora en general, es recomendable la realización de ejercicios

terapéuticos grupales cuyo objetivo es entregar normas generales de manejo y consolidar el período post-operatorio inmediato.⁵⁸

La mastectomía produce un importante trauma en la mujer debido a que la mama constituye un símbolo de feminidad. Actualmente la reconstrucción mamaria (RM) se considera como parte del tratamiento del cáncer de mama cuando ha sido necesario realizar una mastectomía, pues alivia el impacto de esta y mejora la calidad de vida de la paciente que la requiere produciendo un importante beneficio psicológico debido a que concentra la atención de la paciente en el aspecto reparador, permitiendo disminuir la importancia del diagnóstico de cáncer. Se ha demostrado que no existen diferencias de sobrevivencia en pacientes con o sin RM. Para la misma se emplean: los implantes, que se indican preferentemente en pacientes de edad avanzadas con condiciones de salud deficiente y cuando las expectativas de vida no son prolongadas y los tejidos autólogos que se recomiendan preferentemente en pacientes jóvenes en buenas condiciones de salud y con expectativas de vida prolongadas.⁵⁸⁻⁶⁰

En pacientes con cáncer de mama localmente avanzado, se recomienda realizar primero los tratamientos oncológicos con radioterapia y quimioterapia, realizando al final la mastectomía con RM inmediata, de esta forma se evitaría la radioterapia sobre la reconstrucción mamaria, lo que es preferible. Sin embargo, se puede realizar radioterapia sobre la reconstrucción sin complicaciones mayores. Se ha comprobado que la radioterapia puede realizarse en forma segura en pacientes de alto riesgo de recurrencia local, permitiendo mantener un resultado cosmético excelente logrando un buen control loco-regional. Desde el año 1991 ha aumentado la experiencia en relación a los riesgos oncológicos de conservar piel de la mama en etapas al realizar una mastectomía con RM inmediata. Se especifica que el tumor debe quedar lejos del margen quirúrgico al igual que en una cirugía conservadora (mayor de 1cm) y en aquellos casos que se estime un alto riesgo de recurrencia local.⁶¹

En estudios realizados la supervivencia global a los cinco años fue de 59,9 %. Se halló que las mujeres con estadio clínico I presentaron la mayor supervivencia (82 %), seguidas por aquellas con estadios IIB (70,4 %), IIA (65,3 %), IIIB (47,5 %), IIIA

(44,2 %) y al final aquellas con estadio IV (15 %) El efecto de mayor infiltración metastásica fue notorio en las mujeres con metástasis hematógenas, quienes mostraron la menor supervivencia (21,4 %). Las mujeres que recibieron quimioterapia y radioterapia tuvieron la menor supervivencia (52 %) aunque esta diferencia no fue significativa. En las mujeres que no tuvieron persistencia del cáncer de mama, la supervivencia fue de 72,3 %, a diferencia de aquellas que sí la presentaron, en las cuales se identificó una supervivencia de 12.6%.⁶²⁻⁶⁴

DISEÑO METODOLÓGICO

Se realizó un estudio observacional descriptivo de corte transversal con el objetivo de proponer un folleto informativo para el diagnóstico oportuno del cáncer de mama en los pacientes pertenecientes al Consultorio Médico de la Familia No. 20 radicado en el área sur del municipio de Morón en el periodo comprendido de septiembre a octubre del 2020.

El universo de estudio estuvo constituido por 1193 pertenecientes al Consultorio Médico de la Familia No.20. La muestra fue seleccionada por muestreo no probabilístico de tipo intencional quedando conformado por 81 pacientes.

A todas las personas seleccionadas se les aplicó un cuestionario, luego de haber consentido voluntariamente a participar en el estudio. La encuesta se desarrolló por medio de una entrevista (individual) estructurada, realizada por un médico. Aunque la encuesta tenía definiciones y conceptos científicos, se les explicó en cada caso su significado con un lenguaje claro y acorde al nivel escolar de cada encuestada. (Anexo 1 y 2)

Criterios de inclusión:

- Pacientes de más de 20 años pertenecientes al Consultorio Médico de la Familia No.20

Criterios de exclusión:

- Pacientes con discapacidad intelectual que le impida formar parte del estudio.
- Pacientes que no estuvieron de acuerdo a participar en la investigación.

(Anexo1)

Operacionalización de las variables:

Variable	Tipo	Operacionalización		Indicador
		Escala	Descripción	
Grupos de edades	Cuantitativas continua	20-34 años 35-49 años	Tiempo transcurrido desde el	Número y porcent

		50-59 años >60 años	nacimiento expresado en años hasta el momento actual.	o
Sexo	Cualitativas nominales dicotómicas	Masculino Femenino	Según sexo biológico presente	Número y por ciento
Color de la piel	Cualitativas nominales politómica	Blanco Negro Mestizo	Según color de la piel presente	Número y por ciento
Nivel de escolaridad	Cualitativas nominales politómica	Primaria sin terminar Primaria terminada Secundaria terminada Técnico medio terminado Preuniversitario terminado Universidad terminada	Según nivel de escolaridad presente	Número y por ciento
Factores de riesgo	Cualitativas nominales Politómicas	Edad (mayor de 50 años) Antecedente personal de cáncer de mama Antecedentes familiares de cáncer de mama Antecedente personal de cáncer en otra	Según factores de riesgo presentes	Número y por ciento

		localización Menarquía precoz Primer parto después de los 30 años Nulípara Ausencia de lactancia materna Menopausia tardía Uso prolongado de anticonceptivos orales Sobrepeso Sedentarismo Exposición a la radiación Tabaquismo Alcoholismo		
Nivel de conocimientos	Cualitativa ordinal dicotómica	Conoce Desconoce	Según nivel de conocimientos presente	Número y porcentaje
Nivel de percepción de riesgo	Cualitativa ordinal politómica	Bajo Medio Alto	Según nivel de percepción de riesgo presente	Número y porcentaje.

Los **métodos y técnica** de investigación empleados fueron:

- Del nivel teórico

Histórico – Lógico en la elaboración del marco teórico de la investigación, para delimitar los antecedentes históricos, así como para facilitar las reflexiones acerca de los resultados de otras investigaciones que ayuden a completar las experiencias y enriquecerlas con un pensamiento lógico más profundo.

Analítico – Sintético con el objetivo de analizar las diferentes concepciones que abordan los fundamentos teóricos sobre la incidencia del cáncer de mama.

Observación: Permitió despertar el interés por la investigación a partir de la observación actual de los factores de riesgo presentes a padecer cáncer de mama.

Revisión Documental: Se revisaron las encuestas realizadas a los pacientes con la intención de obtener datos relacionados con la investigación.

Para el estudio se diseñará un folleto instructivo (Anexo 3 y 4) que se caracterizará por ser didáctico e interactivo dirigido a los pacientes con riesgo a padecer cáncer de mama del municipio de Morón.

- Del nivel estadístico - matemático

Se empleó computadora HP Laptop Core™ i3 para redacción de los textos. Se utilizó procesador Microsoft Office Word 2019 y los resultados fueron llevados a base de datos de Microsoft Office Excel 2019, los cuales se procesaron con ayuda del programa informático SPSS 11 para Windows. Como medida de resumen de la información se utilizaron las frecuencias absolutas y relativas (porcientos). Los resultados se presentan en tablas estadísticas y gráficos para una mejor comprensión e interpretación de los mismos.

Aspectos éticos.

Con el desarrollo de la investigación se tuvo en cuenta la confiabilidad en la obtención de los resultados, siendo utilizados, solamente por los investigadores, para la elaboración de un folleto informativo para el diagnóstico oportuno del cáncer de mama.

RESULTADOS

Tabla 1. Distribución de los pacientes según grupos de edad y sexo. Consultorio Médico de la Familia No.20. Morón. Septiembre- Octubre 2020.

Grupos de edad	Sexo				Total	
	Masculino		Femenino		No	%
	No	%	No	%		
20-29	4	4.9	7	8.64	11	13.6
30-49	16	19.8	19	23.5	35	43.2
50-59	9	11.1	14	17.3	23	28.4
Más de 60	3	3.70	9	11.1	12	14.8
Total	32	39.5	49	60.5	81	100.0

Fuente. Entrevista Estructurada.

En la presente tabla el 60,5% de los casos representó al sexo femenino y el 43,2% perteneció al grupo de edades de 30-49 años de edad.

Tabla 2. Distribución de los pacientes según color de la piel y sexo.

Color de la piel	Sexo				Total	
	Masculino		Femenino		No	%
	No	%	No	%		
Blanco	19	23.5	33	40.7	52	64.2
Negro	8	9.88	6	7.41	14	17.3
Mestizo	5	6.17	10	12.3	15	18.5

Fuente. Entrevista Estructurada.

De acuerdo con la coloración de la piel, 52 personas presentaron color de piel blanca (64,2%); de ellos 33 pertenecían al sexo femenino y 19 al masculino.

Tabla 3. Distribución de los pacientes según nivel educacional.

Nivel educacional	No	%
Primaria sin terminar	3	3.70
Primaria terminada	4	4.94
Secundaria terminada	11	13.6
Técnico medio terminado	28	34.6
Preuniversitario terminado	19	23.5
Universidad terminada	16	19.8

Fuente. Entrevista estructurada.

La presente tabla muestra la distribución de los pacientes de acuerdo su nivel educacional donde se observa que el técnico medio terminado representó el 34,6% del total, seguido por el preuniversitario terminado y los universitarios con un 23,5% y 19,8% respectivamente.

Tabla 4. Distribución de los pacientes según factores de riesgo del cáncer de mama presentes.

Factores de riesgo	No	%
Edad (mayor de 50 años)	35	43.2
Antecedente personal de cáncer de mama	5	6.17
Antecedentes familiares de cáncer de mama	16	19.8
Antecedente personal de cáncer en otra localización	5	6.17
Menarquía precoz	2	2.47
Primer parto después de los 30 años	9	11.1
Nulípara	8	9.88
Ausencia de lactancia materna	27	33.3
Menopausia tardía	3	3.70
Uso prolongado de anticonceptivos orales	5	6.17
Sobrepeso y Sedentarismo	11	13.6
Exposición a la radiación	2	2.47
Tabaquismo	21	25.9
Alcoholismo	4	4.94

Fuente. Entrevista estructurada. Sección 3

En cuanto a los factores de riesgo del cáncer de mama presentes, se puede observar que las personas adultas mayores de 50 años representaron el 43,2%; seguido de la ausencia de la lactancia materna y el tabaquismo con el 33,3 y el 25,9% respectivamente. Además, el 19,8% de los casos presentó antecedentes familiares de cáncer de mama.

Tabla 5. Distribución de los pacientes según nivel de información.

Nivel de información	No	%
Informado	24	26.6
Desinformado	57	70.4

Fuente. Entrevista estructurada. Sección 1 y 2

Según la distribución de los pacientes en cuanto al nivel de información se observa que 57 pacientes estaban desinformados representando el 70,4%.

Tabla 6. Distribución de los pacientes según nivel de percepción de riesgo a padecer la enfermedad.

Nivel de percepción de riesgo	No	%
Bajo	55	67.9
Medio	21	25.9
Alto	5	6.

Fuente. Entrevista estructurada. Sección 4

El 67,9% de las personas presentaron bajo nivel de percepción de riesgo.

DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS

El cáncer es una de las afecciones que se pueden presentar en los adultos mayores, pues más de 65 % de las neoplasias malignas ocurren en este grupo. En los países desarrollados y en algunos en vías de desarrollo, como Cuba, se observa un marcado incremento de esta enfermedad en la población mayor de 60 años, resultado del perfeccionamiento de los sistemas de salud.⁶⁵

Ahora bien, el cáncer de mama es uno de los más frecuentes en la mujer. Según Meléndez et al, Cohen y Lazarus reconocen que la sospecha de padecer cáncer mamario es una alarma, atribuible a su asociación con la amenaza a la vida y a la integridad corporal, así como la incertidumbre que origina.⁶⁶

El cáncer de mama no es muy frecuente en el hombre y no es muy conocido ni por el paciente ni por los médicos; siendo preciso divulgar que el cáncer mamario también ocurre en el hombre y que las características generales son iguales a las del cáncer femenino.⁶⁷

Mientras que en la mujer se han hecho ininidad de estudios epidemiológicos y screening para el diagnóstico precoz, en el hombre no se conocen estudios de este tipo, lo que hace interesante cualquier aportación de series que estudien los diferentes factores que pueden relacionarse con la incidencia y pronóstico de estos tumores.⁶⁸

El cáncer de mama ha alcanzado tasas altas de incidencia en los últimos años, de acuerdo con el registro estadístico de la dirección municipal de salud, en Morón hasta la fecha se cuenta con 116 casos diagnosticados clínica e histopatológicamente con cáncer de mama, de los cuales 115 corresponden al sexo femenino y 1 al masculino. Dichos resultados coinciden con todos los estudios nacionales e internacionales revisados.

Las mujeres de piel blanca tienen una probabilidad generalmente mayor de padecer de cáncer de mama que las de piel negra, sin embargo, las mujeres de piel negra tienen más probabilidad de fallecer de este cáncer, además del color de la piel.³⁵

En un estudio elaborado por Gómez Delgado I et al,⁶⁹ en cuanto a la coloración de la piel existió un predominio de las pacientes con color blanco, en 1128 casos para un 85,75 %; resultados estos que coinciden con los de este estudio donde también predominó la tez blanca en el 64,2% de la muestra.

Estudios reflejan que la ausencia de hijos o de lactancia guarda estrecha relación con la aparición de la enfermedad, las mujeres que no han dado pecho tienen más probabilidades que aquellas que han lactado, de igual forma aquellas mujeres que no han tenido descendencia o las que la tuvieron por vez primera después de los 30, tienen más probabilidades; una menstruación avanzada o una menopausia muy tardía son factores que predisponen al desarrollo de un cáncer de mama; un historial de anomalías mamarias incrementa las probabilidades de desarrollar la enfermedad.³⁵

Según Rodríguez González Jannette et al,⁷⁰ dentro de los factores de riesgo, los más identificados en su investigación fueron el cese temprano de la lactancia materna, los antecedentes patológicos familiares y los antecedentes personales de cáncer. Los menos identificados fueron la edad por encima de 50 años, el alcoholismo, primer parto después de los 30 años, tratamiento estrogénico prolongado en la posmenopausia, menopausia tardía (> 52-55 años), obesidad posmenopáusica, tabaquismo y la nulipararidad. Estos resultados no coinciden con los presentados en cuanto a las personas que se encontraban en el rango de edad mayor de 50 años, debido a que en el presente estudio esta variable predominó significativamente sobre los demás factores y a su vez coinciden en cuanto al cese temprano de la lactancia materna.

Gómez Delgado I et al,⁶⁹ arrojó resultados, que no coinciden a los presentados, en cuanto a la prevalencia de los antecedentes familiares de cáncer de mama en primera línea de consanguinidad, así como el de menarquia precoz como factores de riesgo a padecer la enfermedad.

Los resultados arrojados por Torres-Ajá L muestra que factor de riesgo más constante fue el sobrepeso en 238 pacientes (63,1 %), seguido del antecedente personal de enfermedades mamarias benignas (47,2 %) y la menarquia precoz en el

29,9 % de las pacientes. Resultados estos que no coinciden con los obtenidos en cuanto al sobrepeso y obesidad, los cuales se representaron en un grupo reducido de personas.⁷¹

Los autores reconocen la importancia que en si reside el conocimiento de los factores de riesgo predisponentes al cáncer de mama ya que de todas las enfermedades que afectan a la mujer, está patología significa la amenaza más cruel a su imagen, pues para ellas las mamas representan el atributo más valioso de su feminidad. Un alto porcentaje de las personas encuestadas durante la investigación realizada no fueron capaces de identificar los factores de riesgo predisponentes a padecer el cáncer de mama, lo que nos orienta que existe un pobre nivel cognoscitivo sobre esta enfermedad; en el desconocimiento influyen diferentes causas como el nivel de escolaridad bajo, la poca disponibilidad de recursos económicos y hasta el poder que ejerce el sexo masculino en el hogar que, en ocasiones, la limita para acudir a realizar los exámenes de estos órganos por prejuicio propios de la sociedad.

Dentro de las bibliografías consultadas, se encontró un estudio de conocimientos sobre cáncer de mama comportándose con similares características a nuestra investigación, realizado en Perú con características similares en cuanto a los factores de riesgo y nivel educacional, donde el registro de cáncer de mama de Lima Metropolitana ha publicado tasas de incidencia y mortalidad de 150.7 y 78.3 por 100 000 habitantes, ocupando el segundo lugar con un porcentaje de 10.7% para el 2009. Uno de los factores identificados que influyen en la incidencia de cáncer de mama en este país son la falta de conocimientos sobre la enfermedad, no identificar como factores de riesgos la edad, las condiciones de nutrición y el tabaquismo.⁷² Sin embargo, en Cuba, existen estudios realizados sobre el tema, donde coinciden algunos de los factores de riesgo identificados en nuestro trabajo como son el cese de la lactancia materna y los antecedentes patológicos familiares, pero se igualan además el tabaquismo y la obesidad.⁷³

Existen bibliografías donde se hace alusión a la importancia del conocimiento sobre los factores de riesgo que puedan predisponer a padecer dicha enfermedad,

fundamentalmente los que pueden ser modificados; la comprensión de los factores de riesgo identificados para el cáncer de mama hace transformar las conductas inadecuadas en saludables para una calidad de vida mayor, según refieren Azzarelli, Guzzón y Pilotti.⁷⁴ Existe contradicción en otros estudios, en que 50 % de las mujeres encuestadas tienen conocimiento sobre los factores de riesgo del cáncer de mama en Venezuela como refieren Carrero, Betancourt, Bérnago, Pinto, entre otros autores.⁷⁵

Autores como Salas, Moya, Ibáñez, entre otros, plantean que en países desarrollados, Reino Unido, España y Estados Unidos, un porcentaje elevado de mujeres, (más de 50 %) tiene conocimiento básico sobre cáncer de mama, sus factores de riesgo, su autoexamen y la consulta a centros médicos es mucho mayor que los referidos en bibliografía de países en desarrollo;⁷⁶ sin embargo, en Cuba, se encontró un estudio que coincide con nuestros resultados, es el de Exploración de Conocimientos sobre el Autoexamen Mamario en el que se demostró la necesidad de incrementar la labor educativa para el aprendizaje del procedimiento para realizar el autoexamen de mamas y cómo se realiza este, pues el mayor porcentaje de las mujeres encuestadas tenía desconocimiento sobre su técnica, según refieren Hernández Costales, Acanda Díaz y otros;⁷⁷ es algo contradictorio encontrar aún en nuestro país mujeres que desconozcan sobre cómo se debe realizar el autoexamen de mama a pesar de la divulgación que existe sobre la enfermedad a nivel nacional, pero como se refiere en el estudio, la labor educativa para el aprendizaje de la técnica ha decrecido en los últimos años. Es primordial orientar a la mujer del momento apropiado para autoexaminarse las mamas conociéndolas cada vez mejor y poder detectar tempranamente cualquier lesión que aparezca en ellas; según los criterios obtenidos por el autor García Rosado, en su estudio realizado en Madrid, España, coincide con los datos de nuestro trabajo, en el que las pacientes desconocen el momento apropiado para autoexaminarse las mamas y que la prioridad con que lo realizan es ante la presencia de síntomas, sin tener en cuenta la frecuencia aconsejable después de la menstruación, pues en esta fase existe menos nodularidad;⁷⁸ asimismo, encontramos en Londres, una investigación realizada entre las jóvenes estudiantes universitarias, en la cual se halló que 48,6 % de las

encuestadas desconocen las técnicas de autoexamen de mama y de 51,4 % de las que conocen esta técnica, solo 37% la realiza en el momento adecuado.⁷⁹

En Cuba, se han realizado varios estudios como son la exploración de los conocimientos sobre la detección precoz de la enfermedad en el 2009 y otro realizado por el Dr. Suárez Fernández y otros colaboradores que no concuerdan con los resultados encontrados, donde se aprecia que las mujeres encuestadas tienen conocimiento sobre cáncer de mama, algunos de sus factores de riesgo y que en la divulgación sobre el tema, el médico y personal de salud en general, junto con los medios masivos de comunicación son los responsables de que la información esté al alcance de la población, coincidiendo con las cifras encontradas en países desarrollados.⁸⁰

Es importante sensibilizar a los médicos, a todo el equipo de salud y a las autoridades pertinentes en la necesidad de divulgar información, teniendo un papel cardinal para fomentar conocimientos sobre factores de riesgo que influyen en el cáncer de mama y entrenar a su población femenina en la práctica del autoexamen mamario, que, como bien se sabe, el conocimiento y práctica de este se incrementa después de las sesiones de enseñanza y motivación por parte del personal calificado y los únicos recursos necesarios, son la palabra y la mano del Hombre.

Existen tres medidas que parecen indispensables en la prevención: sensibilizar a la población sobre la creciente importancia de este problema; reconocer en la detección temprana la clave del control de esta enfermedad, y luchar contra las barreras culturales que impiden su abordaje racional.³⁹

El papel de la información no debe menospreciarse, los ciudadanos necesitan conocer los riesgos a los que están expuestos para actuar en consecuencia; la atención clínica y comunitaria juega un papel fundamental, pues la clave del control del cáncer de mama es la detección temprana, pues por más amplia que sea la cobertura de las intervenciones curativas, este solo podrá controlarse si se detecta en sus etapas iniciales; no por eso se le concederá a la necesidad de modificación de los estilos de vida un papel menos importante en la lucha contra esta enfermedad.^{40, 41}

En opinión de los autores cualquier beneficio debe ser considerado, tomando como premisas el ahorro económico y las implicaciones que tiene para las pacientes la detección precoz del cáncer de mama, donde destacan mejores resultados terapéuticos y la posibilidad de cirugías más conservadoras. Es innegable la utilidad de la mamografía, pero eso no invalida la pesquisa activa por parte del médico y el autoexamen de mama. Es por lo que surge la motivación de elaborar el presente folleto interactivo para de esta manera detectar precozmente el cáncer de mama.

En la actualidad, mejorar la calidad de los procesos para el control del cáncer constituye un desafío en el nivel primario de atención, debido al número considerable de nuevos casos que se diagnostica, y el tiempo que estos permanecen en la comunidad para continuar su evolución. El desarrollo de un conjunto de acciones encaminadas a garantizar con calidad, el diagnóstico precoz y la atención médica integral y dispensarizada, es de gran utilidad para favorecer de manera importante la reducción en la incidencia y la mortalidad por cáncer, y el incremento en la esperanza de vida de la población cubana.

El cáncer de mama posee una alta incidencia a escala mundial y nacional. Para el diagnóstico precoz reviste importancia fundamental el auto examen de mama mensual, el examen médico anual y el estudio por mamografía a los pacientes de mayor riesgo o con alguna patología mamaria. Igual importancia adquieren el tratamiento oportuno y la rehabilitación satisfactoria debido a que aumentan la expectativa de vida y la reincorporación física y mental plenas a la vida social.

CONCLUSIONES

El sexo femenino predominó sobre el masculino. El color de la piel blanco estuvo presente en la mayoría de los casos. Se identificaron a las personas adultas mayores de 50 años, la ausencia de la lactancia materna y al tabaquismo como los principales factores de riesgo. Se determinó un alto grado de desinformación en los pacientes encuestados. El mayor porcentaje de los pacientes poseía un bajo grado de percepción de riesgo a padecer cáncer de mama. Se logró diseñar un folleto instructivo para el diagnóstico oportuno del cáncer de mama.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. González Limonte M, Isla VM, Peláez MJ. Problemas más frecuentes de las mamas. En: Álvarez Sintés R, editor. Temas de Medicina General Integral. V.II. La Habana: Ciencias Médicas; 2008.p.400-5.
2. González M, Chávez M, Romero P, Lence A. Riesgo de morir por Cáncer de Mama en Cuba. Rev Cubana Oncol.2011; 14:22-25.
3. Morales González R, Rollan PA. Morbilidad de cáncer de Mama en la Mujer. Rev Cubana Med Gen Integr. 2013; 15:26-30.
4. Swartz MH. Mama. Tratado de Semiología. 7ma ed. [Internet]. © España: Elsevier; 2015[citado 21 Sep 2020]. Cap 13:416-436. Disponible en: <https://www.clinicalkey.es/#!/content/book/3-s2.0-B9788490227954000137>
5. Espie M, Hamy AS, Eskenazy S, Cuvier C, Giacchetti S. Epidemiología del cáncer de mama. Ginecología – Obstetricia [Internet]. 2013[citado 21 Sep 2020]; 49(1): 1-19. Disponible en: <https://www.clinicalkey.es/#!/content/emc/51-s2.0-S1283081X13640783>
6. Ministerio de Salud Pública. Dirección de Registros médicos y estadísticas de Salud. Anuario Estadístico de Salud 2019[Internet]. La Habana; 2016[citado 19 Sep 2020]. Disponible en: http://files.sld.cu/dne/files/2020/04/Anuario_2019_electronico-1.pdf
7. Ministerio de Salud Pública. Dirección de Registros médicos y estadísticas de Salud. Anuario Estadístico de Salud 2019[Internet]. La Habana; 2017[citado 21 Sep 2020]; 193. Disponible en:[http://files.sld.cu/dne/files/2017/05/Anuario Estadístico de Salud e 2019 edici3n 2020.pdf](http://files.sld.cu/dne/files/2017/05/Anuario_Estad%C3%ADstico_de_Salud_e_2019_edici%C3%B3n_2020.pdf)
8. American Cancer Society. Etapas del Cáncer de Mama. Enciclopedia Médica en Español [Internet]. 2014[citado 1 Oct 2020]. [aprox. 4 pantallas]. Disponible en: <http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/000913>.
9. Pasos para encontrar abultamientos. Cancer de Mama [Internet].2014 [aprox. 2 pantallas]. Disponible en: <http://familydoctor.org/018.xml>.
10. Departamento Provincial de Estadísticas. Registro de cáncer. Ciego de Ávila: DPE; 2015. (Documento no publicado)

11. Departamento de Estadístico Policlínico Norte. Registro de cáncer. Morón. Ciego de Ávila: Policlínico Norte; 2020. (Documento no publicado)
12. Ortiz Martínez A, González Martín A, Rodríguez Monteagudo JL. Revitalización del Programa de Detección Preclínica y Precoz del Cáncer de mama. Gaceta Méd Espirit [Internet]. 2005 [citado 21 Sep 2020]; 7(3): [aprox. 2 p.]. Disponible en: [http://bvs.sld.cu/revistas/gme/pub/vol.7.\(3\)_08/p8.html](http://bvs.sld.cu/revistas/gme/pub/vol.7.(3)_08/p8.html)
13. Salaverry O. La etimología del cáncer y su curioso curso histórico. Rev Perú Med Exp Salud Publica [Internet]. 2013 [citado 20 Sep 2020]; 30(1): [aprox. 8 p.]. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S1726-46342013000100026&script=sci_arttext
14. Grana A. Breve evolución histórica del cáncer. Carcinosis [Internet]. 2015 [citado 20 Sep 2020]; 1(1): [aprox. 6 p.]. Disponible en: http://sisbib.unmsm.edu.pe/BVRevistas/carcinosis/v5n1_2015/pdf/a06v05n1.pdf
15. Cuadernos de historia de la salud pública. Apuntes para una historia del cáncer. Cuad Hist Salud Pública [Internet]. 2016 [citado 28 Sep 2020]; 119. Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/his/his119/his04_119.htm
16. Viana Zulaica C. Cáncer de mama [Internet]. © España; Elsevier; 2014 [citado 21 Sep 2020]. [aprox. 17 p.]. Disponible en: https://www.clinicalkey.es/#!/content/guides/techniques/52-s2.0-mt_fis_49
17. Angel J, Ibarra J, Díaz S, Lehmann C, Garcia M, Guzmán L y otros. Comportamiento clínico de cáncer de mama en hombres en una población latinoamericana. Rev Colomb Cancerol [Internet]. 2015 [citado 21 Sep 2020]; 19(3):150-155. Disponible en: <https://www.clinicalkey.es/#!/content/journal/1-s2.0-S0123901515000566>
18. Davidson NE. Cáncer de mama y trastornos benignos de la mama. Godman-Cecil. Tratado de Medicina Interna. 25 ed [Internet]. © España: Elsevier; 2017 [citado 21 Sep 2020]. Cap.198:1352-1361. Disponible en: <https://www.clinicalkey.es/#!/content/book/3-s2.0-B9788491130338001981>
19. Rathore B. Breast Cancer. Ferris Clinical Advisor [Internet]. 2018 [citado 21 Sep 2020]; 215-218.e7. Disponible en: <https://www.clinicalkey.es/#!/content/book/3-s2.0-B978032328049500115X?scrollTo=%23hl0000535>

20. Vernet Tomás MM; Sabadell Mercadal MD, Carreras Collado R. Patología benigna de la mama. Ginecología. 9na ed [Internet]. © España: Elsevier; 2014[citado 19 Sep 2020]. Cap 26: 582-597. Disponible en: <https://www.clinicalkey.es/#!/content/book/3-s2.0-B9788445824030000264>
21. Ball JW, Dains JE, Flynn JA, Solomon BS, Stewart RW. Mamas y axilas. Manual Seidel de exploración física. 8va ed [Internet]. España: Elsevier; 2015[citado 19 Sep 2020] Cap. 16: 350-369. Disponible en: <https://www.clinicalkey.es/#!/content/book/3-s2.0-B9788490227510000168>
22. De Groot JS, Moelans CB, Elias SG, Hennink A, Verolme B, Suijkerbuijk KP y otros. Repeated nipple fluid aspiration: compliance and feasibility results from a prospective multicenter study. PLoS ONE [Internet].2015 [citado 19 Sep 2020]; 10 (5); e0127895. Disponible en: <https://www.clinicalkey.es/#!/content/medline/2-s2.0-26000714>
23. Landa Goñi J, Ruiz de Adana Pérez R. Trastornos de salud de la mujer. Atención primaria. Problemas de salud en la consulta de medicina de familia. 7ma ed [Internet]. España: Elsevier; 2014[citado 21 Sep 2020]; Cap. 18: 424-449. Disponible en: <https://www.clinicalkey.es/#!/content/book/3-s2.0-B978849022110500018X?scrollTo=%23hl0002540>
24. Aviño J, Blanes A, Legua V, Musoles FB, Pinotti, J. (2015). Correlación entre la situación; tamaño, y el tipo histológico del cáncer de mama y el número de adenopatías extraídas. Rev Per Ginecol Obs [Internet]. Rev Peru Ginecol Obstetr [citado 27 Sep 2020]; 33(5): 26-31. Disponible en: <http://spog.org.pe/web/revista/index.php/RPGO/article/download/592/552>
25. Martín Angulo M, Arroyo Yustos M, Villalobos León ML, Alvarez de Mon Soto M. Cáncer de mama.Med Prog Form Méd Contin Acred[Internet]. 2013[citado 21 Sep 2020]11(27):1629-1640. Disponible en: <https://www.clinicalkey.es/#!/content/journal/1-s2.0-S0304541213705171>
26. Torrealba E. Cáncer de mama: factores de riesgo [Internet]. Caracas: Universidad Central de Venezuela Facultad de Medicina; 2013[citado 21 Sep 2020]. [aprox. 53 p]. Disponible en:

<http://www.inmujer.gob.es/publicacioneselectronicas/documentacion/Documentos/D E1570.pdf>

27. Gennari A, Costa M, Puntoni M, Paleari L, De Censi A, Sormani MP, et al. Breast cancer incidence after hormonal treatments for infertility: systematic review and meta-analysis of population-based studies. *Breast Cancer Res Treat* [Internet]. 2015[citado 27 Sep 2020]; 150(2): 405-413. <https://link.springer.com/article/10.1007/s10549-015-3328-0>
28. Milián Mosquera EN, Rodríguez Feliz T, Justo Celorrio MV, Batista Serrano R, Algarin Mariño JC. Características de pacientes con cáncer de mama diagnosticado en el año 2013 en el municipio de Las Tunas. *Revista Electrónica Dr. Zoilo E. Marinello Vidaurreta* [Internet]. 2015 [citado 26 Sep 2020];40(7):[aprox. 8 p.]. Disponible en: http://www.revzoilomarinello.sld.cu/index.php/zmv/article/download/37/pdf_25
29. Asociación Española Contra el Cáncer. Factores de riesgo[Internet].2017[citado 26 Sep 2020]. [aprox. 5 pantallas]. Disponible en: <https://www.aecc.es/SOBREELCANCER/CANCERPORLOCALIZACION/CANCERMAMA/PREVENCION/Paginas/factoresderiesgo.aspx>
30. Breastcancer.org. Genética [Internet]. © Breastcancer.org; 2017[citado 26 Sep 2020]. [aprox. 4 pantallas]. Disponible en: <http://www.breastcancer.org/es/riesgo/factores/genetica>
31. Nahleh Z, Otoukesh S, Dwivedi AK, Mallawaarachchi I, Sanchez JS, et al. Clinical and pathological characteristics of Hispanic BRCA-associated breast cancers in the American-Mexican border city of El Paso, TX. *Am J Cancer Res*[Internet]. 2015[citado 21 Sep 2020]; 5(1): 466–471. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4300712/>
32. Connor AE, Baumgartner RN, Baumgartner KB, Pinkston CM, John EM, Torres-Mejía G, et al. Epidermal growth factor receptor (EGFR) polymorphisms and breast cancer among Hispanic and non-Hispanic white women: the Breast Cancer Health Disparities Study. *Internat J Molec Epidemiolo Genetics*[Internet]. 2013[citado 21 Sep 2020];4(4): 235–249. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3852643/>

33. American Cancer Society. Síndromes de cáncer en familias[Internet].2017[citado 21 Sep 2020].[aprox. 7 pantallas]. Disponible en: <https://www.cancer.org/es/cancer/causas-del-cancer/genetica/sindromes-de-cancer-familiar.html>
34. Bargalló Rocha JE, Lara Medina F, Pérez Sánchez V, Velázquez Romo R, Villarreal García C, Martínez Said H, et al. Adv Ther [Internet].2015[citado 21 Sep 2020]; 32: 239. Disponible en: <https://link.springer.com/article/10.1007/s12325-015-0190-8>
35. Calzado Begué D, De la Torre Rosés MV, Nicó García M, Dorado Nicó L, Calvo Calzado M. Aspectos actualizados sobre cáncer de mama. Rev Inf Cient[Internet]. 2014[citado 21 Sep 2020];83(1):130-143. Disponible en:<http://revinfcientifica.sld.cu/index.php/ric/article/view/994/2337>
36. Delgado T, Carámbula L, García L. Encuesta sobre hábitos de prevención y detección del cáncer de mama femenino. Rev Uruguaya Enf[Internet].2015[citado 21 Sep 2020];1(2):[aprox. 9 p.]. Disponible en:<http://rue.fenf.edu.uy/index.php/rue/article/download/141/138>
37. Kushi LH, Doyle C, McCullough M, Rock CL, Demark-Wahnefried W, Bandera EV, Gapstur S, Patel AV, Andrews K, Gansler T, American Cancer Society 2010 Nutrition and Physical Activity Guidelines Advisory Committee. American Cancer Society Guidelines on nutrition and physical activity for cancer prevention: reducing the risk of cancer with healthy food choices and physical activity.CA Cancer J Clin[Internet]. 2012 [citado 23 Sep 2020];62(1):30-67. Disponible en: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.3322/caac.20140/pdf>
38. Organización Mundial de la Salud. Cáncer. Nota descriptiva [Internet]. Feb 2017[citado 24 Sep 2020]. [aprox. 9 p.]. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs297/es/>
39. Organización Mundial de la Salud. Prevención del cáncer [Internet]. Feb 2017[citado 22 Sep 2020]. [aprox. 9 p.]. Disponible en: <http://www.who.int/cancer/prevention/es/>
40. Organización Mundial de la Salud. Octubre: Mes de Sensibilización sobre el Cáncer de Mama [Internet]. Feb 2017[citado 22 Sep 2020]. [aprox. 9 p.]. Disponible en: http://www.who.int/cancer/events/breast_cancer_month/es/

41. Da Costa Vieira RA, Biller G, Uemura G, Ruiz Carlos A, Curado MP. Breast cancer screening in developing countries. Clinics [Internet]. 2017 [citado 29 Sep 2020]; 72(4): 244-253. Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1807-59322017000400244&lng=es
42. Dynamed Plus. Breast cancer in women: prevention and screening[Internet]. 2017[citado 25 Sep 2020]. [aprox. 59 pantallas]. Disponible en: <http://www.dynamed.com/topics/dmp~AN~T113654/Breast-cancer-in-women#Prevention-and-Screening>
43. Dynamed Plus. Breast cancer in women: General Information [Internet]. 2017[citado 23 Sep 2020]. [aprox. 59 pantallas]. Disponible en: <http://www.dynamed.com/topics/dmp~AN~T113654/Breast-cancer-in-women#General-Information>
44. Giuliano AE, Connolly JL, Edge SB, Mittendorf EA, Rugo HS, Solin LJ, Weaver DL, et al. Breast Cancer—Major changes in the American Joint Committee on Cancer eighth edition cancer staging manual. Cancer J Clin [Internet].2017[citado 23 Sep 2020]; 67: 290–303. Disponible en: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.3322/caac.21393/full>
45. Garcés M, Falla M, Mendoza Z, Cotrina J, Ruiz M. La cirugía oncoplástica de la mama: Una técnica quirúrgica que mejora la calidad de vida de las pacientes. Rev Med Hered[Internet].2016[citado 21 Sep 2020];27:256-263. Disponible en. <http://www.upch.edu.pe/vrinve/dugic/revistas/index.php/RMH/article/download/2997/2895>
46. Navarro Martínez JJ, Navarro Campos BC, Navarro Campos LJ. Cirugía conservadora en cáncer de mama con técnica de reducción en mamas voluminosas. Rev Ven Oncología [Internet]. 2016[citado 21 Sep 2020]; 28(2): 78-86. Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/3756/375644665002.pdf>
47. García Novoa A, Acea Nebriil B, Díaz I, Builes Ramírez S, Varela C, Cereijo C, et al. Radioterapia axilar en la cirugía conservadora del cáncer de mama en estadio temprano (estadio I y II). Cir Esp[Internet]. 2016[citado 21 Sep 2020];94(6):331-338.

Disponible en: <https://www.clinicalkey.es/#!/content/journal/1-s2.0-S0009739X16300380>

48. Dynamed Plus. Breast cancer in women: treatment/treatment overview [Internet]. 2017[citado 30 Sep 2020]. [aprox. 59 pantallas]. Disponible en: <http://www.dynamed.com/topics/dmp~AN~T113654/Breast-cancer-in-women#Treatment>
49. Quevedo Gutiérrez KM, Landa Fernández AM, García Barrera V. HER-2/neu en cáncer de mama localmente avanzado. Gac Mex Oncol[Internet].2016[citado 30 Sep 2020]; 15(3): 108-115. Disponible en: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1665920116300256>
50. Castro JE, Sandoval JM. Terapia biológica en cáncer: nuevos tiempos con una visión optimista. MedUNAB[Internet].2016[citado 21 Sep 2020]; 11(2):[aprox. 8 p.]. Disponible en: <http://venus.unab.edu.co/index.php/medunab/article/viewFile/800/719>
51. Alonso Castellanos S, Soto Céliz M, Alonso Galarreta J, Riego Valledor A, Miján de la Torre A. Efectos adversos metabólicos y nutricionales asociados a la terapia biológica del cáncer. Nutr Hosp [Internet]. 2014 [citado 21 Sep 2020]; 29(2):259-268. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S021216112014000200004&lng=es
52. Greenlee H, DuPont-Reyes MJ, Balneaves LG, Carlson LE, Cohen MR, Deng G, et al. Clinical practice guidelines on the evidence-based use of integrative therapies during and after breast cancer treatment. CA Cancer J Clin[Internet]. 2017[citado 21 Sep 2020]; 67 (3); 194-232. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28436999>
53. Ramos J, Benaissa, Ahumada G, Rivas F. Distribución por estadios del cáncer de mama en el hospital universitario de Neiva, 2011. RFS[Internet]. 2015[citado 29 Sep 2020];4(1):51-59. Disponible en: <https://www.journalusco.edu.co/index.php/rfs/article/view/119/207>
54. Arrospide A, Soto-Gordoa M, Acaiturri T, López-Vivanco G, Abecia LC, Mar J. Coste del tratamiento del cáncer de mama por estadio clínico en el País Vasco. Revista Española de Salud Pública[Internet]. 2015[citado 29 Sep 2020];89(1):93-97.

Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1135-57272015000100010&script=sci_arttext&tlng=en

55. Mohar A, Reynoso N, Villarreal-Garza C, Bargalló-Rocha JE, Arce-Salinas C, Lara-Medina F. Cáncer de mama en el Instituto Nacional de Cancerología. Experiencia del Seguro Popular 2007-2013. Rev Mex Mastol[Internet].2015[citado 20 Sep 2020]; 5(1): 6-11. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/revmexmastol/ma-2015/ma151b.pdf>
56. Sirgo Rodríguez A, Krikorian Daveloza A. Intervención psicoeducativa. Counselling y psicoterapia en cáncer[Internet]. © España: Elsevier; 2015[citado 20 Sep 2020];Cap.29:267-273. Disponible en: <https://www.clinicalkey.es/#!/content/book/3-s2.0-B9788490225370000295>
57. Fernández JC. Kinesiterapia después del cáncer de mama. Kinesiterapia – Medicina física[Internet]. 2010[citado 20 Sep 2020];31(4): 1-14. Disponible en: <https://www.clinicalkey.es/#!/content/emc/51-s2.0-S1293296510707180>
58. Ayrado Núñez AY, León López S, Díaz Rodríguez JH, Vicente de la Riva D. La rehabilitación física de mujeres mastectomizadas desde la perspectiva deficiencia, tecnología y sociedad. Mediciego [Internet]. 2014[citado 21 Sep 2020];20(2):[aprox. 8 p.]. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/mediciego/mdc-2014/mdc142i.pdf>
59. Mark Knab L, Kullkani SA. Contralateral Prophylactic Mastectomy. Current Surgical Therapy. 12 ed [Internet]. © Elsevier; 2017[citado 21 Sep 2020]; 729-732. Disponible en: <https://www.clinicalkey.es/#!/content/book/3-s2.0-B9780323376914001348>
60. Gibreel WO, Day CN, Hoskin TL, Boughey JC, Habermann EB, Hieken TJ. Mastectomy and Immediate Breast Reconstruction for Cancer in the Elderly: A National Cancer Data Base Study. J Am Coll Surg[Internet]. 2017[citado 21 Sep 2020]; 224 (5); 895-905. Disponible en: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1072751517301229>
61. Reviriego AM, Arqueros M LM, de Llano JA. Murias PS, Sánchez BT. Análisis de supervivencia libre de enfermedad en mujeres menores de 45 años con cáncer de mama. Clín Invest Ginecol Obstet[Internet]. 2017[citado 21 Sepr 2020]; 44(3): 113-

118. Disponible en:
<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0210573X16300557>
62. Games H, Pérez I, Rubio M, Díaz J, Rodríguez R, Chon I. Cáncer de mama en mujeres menores de 35 años. Rev Oncol[Internet].2016[citado 2020 Sep 13]; 20(1-2):47-50. Disponible en:
http://seo.com.ec/old_site/revista/index.php/RevOncolEcu/article/view/501/495
63. Ossa Gómez CA, Gómez Wolff LR, Ascuntar Tello J, García García HI. Supervivencia global y libre de enfermedad según subtipo molecular intrínseco en una cohorte de 2.200 pacientes con cáncer de mama. experiencia de un centro colombiano. Rev Medica Sanitas [Internet]. 2015[citado 2020 Sep 13];18(3): 122-132. Disponible en:
http://tumastologo.com.co/images/publicaciones/Supervivencia_2200_ptes_cancer_de_mama.pdf
64. Centro para el Control y la prevención de enfermedades. Programa Nacional de Detección Temprana del Cáncer de Mama y de Cuello Uterino [Internet]. CDC; 2017[citado 21 Sep 2020. [aprox. 7 pantallas]. Disponible en:
<https://www.cdc.gov/spanish/cancer/dcpc/about/nbccedp.htm>
65. Soler Sánchez Yudmila María, Pérez Rosabal Elsa, López Sánchez Martha del Carmen. Modificación de conocimientos sobre adherencia terapéutica en adultas mayores con cáncer de mama mediante un programa educativo. MEDISAN [Internet]. 2016 Ene [citado 2020 Oct 01]; 20(1): 10-15. Disponible en:
http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S102930192016000100003&lng=es.
66. Meléndez E, Grau J. La adherencia terapéutica en la psicología de la salud. Psicología de la salud. Fundamentos y aplicaciones. Guadalajara: Universidad de Guadalajara, Centro de Ciencias de la Salud; 2005.
67. López, G., Pollán, M., Aragonés, N., Pérez, B., Hernández, V., Lope, V., Suárez, B. (2015). Situación del cáncer en España: incidencia. España: Navarra, Pamplona.

68. Programa de Detección Precoz del cáncer de mama dirigido a mujeres entre 50 y 69 años. (2015). Servicio Andaluz de Salud. Consejería de Salud y Bienestar Social. España.
69. Gómez Delgado I, Estévez Cobo L, Estévez Gómez L. Características clínico-epidemiológicas de pacientes con cáncer de mama. Hospital Universitario «Dr. Celestino Hernández Robau», 2010-2014. [citado 2020 Sep 13]; Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30432017000100008
70. Rodríguez González Jannette, Rodríguez González Alicia, Triana Torres Antonio, Mendoza Taño Roxana. Conocimientos de los factores de riesgo sobre cáncer de mama en Puerto La Cruz, estado Anzoátegui, Venezuela. Rev haban cienc méd [Internet]. 2012 [citado 2020 Oct 01]; 11(Suppl 5): 673-683. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1729519X2012000500013&lng=es.
71. Torres-Ajá L. Comportamiento del cáncer de mama en la provincia de Cienfuegos. Quinquenio 2007-2011. Revista Finlay [revista en Internet]. 2013 [citado 2020 Sep 13]; 3(3):[aprox. 6 p.]. Disponible en: <http://www.revfinlay.sld.cu/index.php/finlay/article/view/141>
72. Swanson MS. The global burden of diseases. Geneva: World Health Organization. 13 de marzo del 2008. [citado 2020 Sep 13]; Disponible en: http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/estimates_regional/en/index.html.
73. Pérez Suárez CM, Pérez Suárez M, Pérez Profet EJ, Ojeda Ojeda MI. Afecciones mamaria. Su comportamiento en nuestro medio. Rev. Cubana Oncol. 2007; 13(2):104-10.
74. Azzarelli A, Guzzon A, Pilotti S. Accuracy of breast cancer diagnosis by physical, radiologic and cytologic combined examinations. Rev Chil Ultrasoun. 2006; 69:137.
75. Carrero N, Betancourt L, Bérnago L, Pinto Y, Díaz F, González C, Martínez P, Romero G, Verdes A, Mattar D. Perfil clínico patológico de pacientes del servicio de patología mamaria. Rev. Venez Oncol. 2008; 20(3):186-19.

76. Lannin DR, Mathews HF, Mitchell J, Swanson MS. Impacting cultural attitudes in African-American women to decrease breast cancer mortality. *Am J Surg.* 2006; 184(5):418-23.
77. Hernández Costales I, Acanda Díaz M, Rodríguez Torres C. Exploración de conocimientos sobre el autoexamen mamario; 2006. *Rev Cubana Enfermer.* 2006;19 (3).
78. García Rosado MV. Epidemiología del cáncer de mama en hospitales públicos de la comunidad de Madrid: análisis de supervivencia; 2008. TTR en la especialidad de Ginecoobstetricia. Madrid: ISBN: 978-84-692-1009-3.
79. Salas D, Moya C, Herranz C, Ibáñez J, Miranda J, Polo A. Programa de Prevención de Cáncer de Mama de la Comunidad Valenciana. *Rev. San Hig Pub.* 2005; 69:59-69.
80. Suárez Fernández JM. Prevención, profilaxis y diagnóstico precoz del carcinoma de mamas. La Habana: Editorial Científico-Técnica; 2002; 7-105.

ANEXOS

Anexo 1

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo _____ con carnet de identidad (CI): _____, paciente del Consultorio Médico de la Familia No. 20 del municipio Morón; estoy de acuerdo en participar en la investigación titulada: PROPUESTA DE UN FOLLETO INSTRUCTIVO PARA EL DIAGNÓSTICO OPORTUNO DEL CÁNCER DE MAMA

Por la presente y para que haga constancia de lo anterior

X

Anexo 2

Entrevista estructurada.

Objetivo: Evaluar el nivel de información sobre el cáncer de mama.

Nombre y Apellidos_____

No de orden_____ Edad_____ Sexo_____ Raza_____

Ocupación_____ Nivel escolar_____

Sección 1

1- ¿Cada qué tiempo debe acudir a la consulta para que le realicen el examen médico para la detección precoz del cáncer de mama?

1.1_____ Mensual.

1.2_____ Cada año.

1.3_____ Cada año y medio.

1.4_____ Cada dos años.

2- ¿Cada qué tiempo usted debe realizarse el autoexamen para la detección precoz del cáncer de mama?

2.1_____ Mensual.

2.2_____ Cada año.

2.3_____ Cada año y medio.

2.4_____ Cada dos años.

3- ¿Considera que el cáncer de mama se puede evitar?

3.1_____ Si.

3.2_____ No.

3.3_____ No sé.

4- ¿Cuáles de los factores de riesgo siguientes puede provocar cáncer de mama?
Seleccione las respuestas correctas según sexo al que pertenece.

Femenino

Masculino

4.1_____ Edad (menor de 25 años)

4.1_____ Antecedentes familiares

4.2_____ Uso prolongado de anticonceptivos orales

4.2_____ Desequilibrios hormonales

4.3_____ Menopausia tardía

4.3_____ Exposición a la radiación

4.4_____ Antecedentes familiares de cáncer de mama

4.4_____ Bajo peso al nacer

4.5_____ Menarquía precoz (menstruación temprana)

4.5_____ Genética

5- ¿Cuál de los siguientes hábitos puede provocar cáncer de mama?

5.1_____ Sedentarismo.

5.2_____ Ingerir bebidas alcohólicas.

5.3_____ Fumar.

5.4_____ Obesidad.

6- ¿Cuál de los siguientes signos considera usted un signo de alarma del cáncer de mama?

6.1_____ Dolor en el pezón.

6.2_____ Secreciones en el pezón (transparentes o con sangre).

6.3_____ Úlcera en el pezón.

6.4_____ Enrojecimiento o ardor.

Sección 2.

7- ¿Conoce el autoexamen como método preventivo para el cáncer de mama?

7.1_____ Si.

7.2_____ No.

8- ¿Lo realiza?

8.1_____ Si

8.2_____ No.

Sección 3.

9- ¿Practica o presenta los factores de riesgo que a continuación se relacionan?

9.1_____ Edad (mayor de 50 años)

9.2_____ Antecedente personal de cáncer de mama

9.3_____ Antecedentes familiares de cáncer de mama

9.4_____ Antecedente personal de cáncer en otra localización

9.5_____ Tratamiento hormonal

9.6_____ Menarquía precoz (menstruación temprana)

9.7_____ Primer parto después de los 30 años

9.8_____ Nulípara

9.9_____ Ausencia de lactancia materna

9.10_____ Menopausia tardía

9.11_____ Uso prolongado de anticonceptivos orales

9.12_____ Uso prolongado de estrógenos

9.13_____ Sobrepeso

9.14_____ Sedentarismo

9.15_____ Exposición a la radiación

9.16_____ Tabaquismo

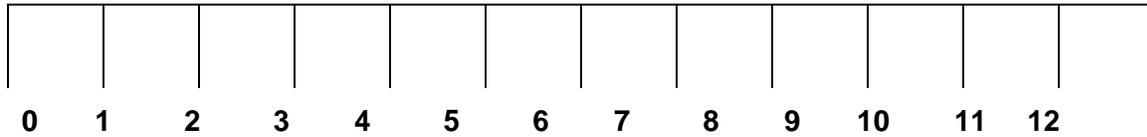
9.17_____ Alcoholismo

9.18_____ Trastornos genéticos

9.19_____ Síndrome de Klinefelter

Sección 4.

Para auto-valorar la posibilidad que usted tiene de enfermarse (nivel de percepción de riesgo) de cáncer de mama. Tenga la amabilidad de ubicarse en la siguiente escala que oscila entre 0 y 12 (de menor a mayor).



Para el nivel de percepción de riesgo

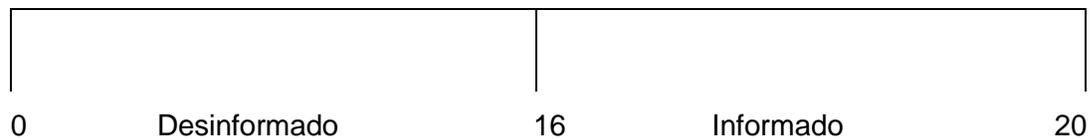
Bajo: 0-4 Medio: 5-8 Alto: 9-12

Se le asignará un punto a cada respuesta correcta, luego se sumarán todos los puntos para ver el total de posibilidades (20 puntos) y a ese valor se le hallará el 70% que corresponderá con la categoría de informado o desinformado.

La evaluación quedará de la siguiente forma:

Desinformado 0 – 15 puntos.

Informado 16 – 24 puntos.



Anexo 3. Folleto Instructivo para la detección precoz del cáncer de mama en la mujer

¿Cómo disminuir el riesgo?

Podemos disminuir el riesgo de cáncer de mama con estilos de vida saludables:

- Realiza actividad física
- Mantén un peso adecuado
- Evita el consumo de bebidas alcohólicas

Detección Precoz

En algunos casos no podemos evitar la aparición del cáncer, por lo que es importante la detección precoz en base a la mamografía.

Examen por especialista

Además de la mamografía, es recomendable que un especialista realice un examen de mamas y evalúe su riesgo.

Autoexamen de mama

No disminuye la mortalidad por cáncer de mama, pero se recomienda realizarlo una vez al mes para detectar cambios de forma temprana en las mamas.

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS MORÓN. 2020

Autores: Ailen Guzmán López, Alfredo Cordova Fadruga, Yohant Pazos Montes

INFORMACIÓN SOBRE CÁNCER DE MAMA

Los procesos tumorales pueden afectar el tejido mamario y son motivos de consultas frecuentes en los servicios de mastología.

El cáncer de mama es raro en los hombres, más del 99% de los casos ocurren en mujeres.

El cáncer de mama se define como una enfermedad en la cual se desarrollan células cancerosas en los tejidos de la mama.

si tienes entre:

50 a 74 años

debes Acudir al médico para un examen físico cada año y realizarte una mamografía mamaria bilateral

si el resultado es negativo Debes realizarte una mamografía mamaria bilateral cada 2 años

25 a 50 años

y no tienes Antecedentes familiares de cáncer de mama.

debes Acudir al médico para un examen físico de mama.

si el resultado es negativo Acudir al médico para un examen físico cada año.

y tienes Antecedentes familiares de cáncer de mama, de radiación torácica o de lesiones de mama incluidas cáncer.

debes Recibir atención médica con examen físico mamario y estudios de acuerdo al criterio médico.

si el resultado es negativo Debes acudir al médico para un examen físico cada año.

Prevención del cáncer de mama

Factores de riesgo

- Edad avanzada
- Antecedentes familiares
- Uso excesivo de anticonceptivos orales
- Cáncer de útero u ovarios
- Consumo de tabaco y alcohol
- Sedentarismo
- Obesidad

Recomendaciones

- Explora tus mamas dos días después de cada menstruación.
- Realízate las mamografías que te indique tu médico. Programa Prevención Cáncer de Mama.
- Realízate una revisión anual ginecológica.
- No consumas tratamientos hormonales sin prescripción médica.
- Mantén una dieta equilibrada.
- Practica ejercicio físico.
- Limita el consumo de alcohol.
- No fumes.

Autoexploración Mamaria

- 1º Busca enrojecimientos, bultos o hundimientos en tus senos
- 2º Revisa que ambos senos estén al mismo nivel
- 3º Repite esta operación con los brazos arriba
- 4º Palpa con 3 dedos ambos senos de forma circular
- 5º Repite los pasos anteriores pero ahora acostada
- 6º Toma el pezón y presiona para revisar que no salga ningún líquido

Anexo 4. Folleto Instructivo para la detección precoz del cáncer de mama en el hombre

¿Cómo detectar el cáncer de mama en los hombres?

Autoexamen.
Examen físico y antecedentes.
Resonancia magnética.
Examen clínico de la mama.
Ecografía.
Biopsia.
Estudios bioquímicos de la sangre.

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS MORÓN. 2020

Autores: Ailen Guzmán López, Alfredo Cordova Fadruga, Yohant Pazos Montes

INFORMACIÓN SOBRE CÁNCER DE MAMA EN HOMBRES

El cáncer de mama en hombres es un tipo de cáncer poco frecuente que se forma en el tejido mamario.

Cada año se diagnostican 462.000 nuevos casos de cáncer de mama, de los cuales el 1% representa a los hombres

Esta enfermedad corresponde a la división rápida de células mamarias, las cuales forman un tumor que puede hacer metástasis al tejido cercano a los ganglios linfáticos o a otras partes del cuerpo.

ELLOS TAMBIÉN CUENTAN
LAS CIFRAS DEL CÁNCER DE MAMA EN HOMBRES

Consejos útiles para



1. Revise si hay inflamación, protuberancias, hoyuelos, piel descamada, dolor o empiece a hundirse.

2. Apriete cuidadosamente ambos pezones y revise si sale líquido de ellos.



3. Si usted observa uno de estos cambios u otros, acuda al médico.

FACTORES DE RIESGO

GENÉTICA Y ANTECEDENTES EN LA FAMILIA
EXPOSICIÓN A LA RADIACIÓN

un correcto autoexamen



4. Cuelgue sus brazos en sus costados

5. Levante sus manos y júntelas detrás de la cabeza



6. Ejercza presión firme de sus manos junto a sus caderas. Inclínese un poco hacia delante mientras observa sus mamas en el espejo.

OBESIDAD Y HABITOS SEDENTARIOS
DESEQUILIBRIOS HORMONALES
SÍNDROME DE KLINEFELTER

¿Por qué los hombres deberían realizarse un autoexamen de mama?

Una protuberancia podría ser un signo de cáncer de mama. Un autoexamen puede ayudarlo a encontrar la enfermedad en una etapa temprana cuando todavía es pequeño. Comúnmente, una protuberancia podría ser un signo de una condición que puede tratarse como un problema hormonal.

TRATAMIENTOS



ACCIONES PARA PREVENIR

1. Hacer ejercicio

2. Mantener un peso adecuado

3. Tener una dieta saludable

4. Reducir el consumo de alcohol