

**HOSPITAL PROVINCIAL
"CARLOS MANUEL DE CÉSPEDES"
GRANMA**

**CONOCIMIENTO Y ACTITUD DE LA MUJER ANTE EL PROGRAMA
DE TAMIZAJE DE CÁNCER MAMARIO.**

Lourdes B. González-Longoria Boada¹, Dra. Elisa Fuentes Pérez², Juan José Lemes Báez³, Dr. Juan Manuel Rivero Sánchez⁴, Dr. Reynaldo Espinosa Jorge.⁵

¹*Especialista de II Grado en Oncología. Profesor Auxiliar.*

²*Especialista de I Grado en Medicina General Integral.*

³*Licenciado en Física. Especialista en Informática. Instructor.*

⁴*Especialista de I Grado en Medicina General Integral. Instructor.*

⁵*Especialista de I Grado en Ginecología. Instructor.*

RESUMEN

Se realiza un estudio en el Hospital Universitario "Carlos Manuel de Céspedes" de Bayamo, Granma, de los casos diagnosticados con cáncer de mama, año 2005, con el objetivo de identificar la influencia del conocimiento y la actitud de las mujeres ante el diagnóstico precoz de cáncer de mama. El indicador proporción o porcentaje es utilizado para el análisis estadístico, con un nivel de significación estadística del 95 %. Todas las mujeres conocen el autoexamen de mama y no se lo realiza el 38.1 % de ellas, donde el 95.8 % estaban en etapas avanzadas ($p=0.0000$). El diagnóstico en etapas avanzadas es realizado en el 64 % de los casos. No hubo relación de forma general entre los grupos de edades y el diagnóstico de la enfermedad. Se concluye que la realización del autoexamen de mama influye favorablemente en el diagnóstico precoz de la enfermedad objeto de investigación, pero no todas las pacientes se lo realizan, a pesar que lo conocen.

Palabras clave: tamizaje, neoplasma de la mama, autoexamen mamario, conocimiento y actitud.

INTRODUCCIÓN

En el mundo el cáncer de mama en el sexo femenino constituye un problema de salud, ya que es el que más muerte causa y el de mayor incidencia, comportándose de forma similar en los países desarrollados; para los países en vías de desarrollo la mama es la segunda causa de muerte. Este cáncer es el de mayor prevalencia (4.4 millones de supervivientes 5 años después del diagnóstico). Aunque la incidencia del cáncer de mama continúa incrementándose, quizás como resultado de un mejoramiento en los programas de tamizaje, las tasas de mortalidad están comenzando a caer por la detección temprana y los avances en los tratamientos ^{1,2} En Japón el cáncer de mama ocupa el 3er lugar³.

En Cuba en el año 2005 la incidencia del cáncer de mama para el sexo femenino ocupó el primer lugar (2 637 casos), tasa ajustada 34.3 y en el año 2007 fue la segunda causa de muerte (casos 1336), tasa ajustada de 23.7⁴ elevando su tasa de mortalidad, pues en el año 1970 era de 10.2 x 100 000.⁵

En el año 2007 se diagnosticaron en Granma 114 casos con cáncer de mama para una tasa ajustada de 27.7 por cada 100 000. La tasa de mortalidad en la provincia Granma en los años 2007 y 2008 fue: mama 84 defunciones, tasa 20.5 y en el año 2008, 84 defunciones, tasa 20.4.⁶

En Cuba se implantó el Programa de Diagnóstico Precoz de Cáncer de Mama en el año 1989, donde una de sus bases es la realización del autoexamen de mama, para lograr el diagnóstico precoz de la enfermedad y la disminución de las tasas de mortalidad⁷; vemos por todo lo antes expuesto que sus objetivos no se han cumplido, pues las tasas de mortalidad continúan altas, constituyendo nuestro problema científico la determinación de la relación del conocimiento y la actitud de las mujeres en el diagnóstico precoz del cáncer de mama.

MÉTODO

Se realiza un estudio observacional descriptivo en el Hospital General Universitario "Carlos Manuel de Céspedes" de Bayamo, provincia Granma, teniendo como universo el total de pacientes con diagnóstico histológico o citológico de cáncer de mama, en el año 2005, excluyéndose del estudio las que no se encontró la historia clínica y las que no se le pudo realizar la encuesta, ajustando la muestra a 63 pacientes.

Se delimitaron como variables explicativas, aquellos factores considerados de riesgo y que serían sometidos a evaluación. Como variable respuesta cualitativa ordinal se consideró la etapa clínica.

La edad (variable explicativa cuantitativa continua), se consideró en años cumplidos y se agrupó para el análisis univariado en cinco categorías: pacientes menores de 30 años, 30-39 años, 40-49 años, 50-59 años, 60 y más años.

El conocimiento del autoexamen de mama y su realización (variable explicativa cualitativa nominal dicotómica), lo conoce sí y no, se lo realiza sí y no.

Para las etapas clínicas (variable respuesta cualitativa), se utilizó la 5ta versión de Cáncer Staging Manual de 1997 de la UICC (Unión Internacional Contra el Cáncer), en la mama o por la clasificación TNM del Comité Americano Conjunto Sobre el Cáncer (AJCC) 1997. Para un mejor análisis se dicotomizó agrupándose en etapas: precoz y avanzada, considerando:

Etapa precoz: Desde la etapa 0 – I (la enfermedad está localizada en la mama, ≤ 2 cm y no hay toma de ganglios).

Etapa avanzada: Desde la etapa IIA – IV (la enfermedad mide más de 2cm en la mama, puede o no haber toma ganglionar, infiltración de piel, músculo o metástasis a distancia).

Los datos extraídos de las fuentes antes señaladas se llevaron a una base de datos realizada en SPSS versión 17.

Se tuvo en cuenta la participación voluntaria de las pacientes, para realizar la encuesta.

Se calcula la relación entre las variables explicativas y la variable respuesta a partir del indicador proporción o porcentaje. Se utilizó el coeficiente de contingencia para evaluar estadísticamente la relación entre variables explicativa nominal y variable respuesta y el test de Kendal para evaluar la relación entre las variables explicativa ordinal y la variable respuesta. En todos los casos se seleccionó un nivel de significación estadística igual al 95 %.

RESULTADOS y DISCUSIÓN

De las 63 mujeres con cáncer de mama, todas respondieron que conocían el autoexamen de mama.

Al analizar la relación que pueda existir entre los grupos de edades y la realización del autoexamen de mama, no se evidencia relación estadística, $p=0.1640$, aunque en el grupo de 60 y más años, el 62.50 % de las mujeres no se lo realizó. Del total de las féminas, 24 (38.1 %) de ellas no se realizaron el mismo (Tabla 1).

En la Tabla 2 se muestran los resultados del análisis entre la realización o no del autoexamen de mama y la etapa clínica precoz o avanzada arrojando resultados significativos con $p=0.000$. De las 24 que no se realizaron el autoexamen, el 95.8% de ellas estaban en etapas avanzadas.

Cuando relacionamos diagnóstico precoz y los grupos de edades, no arrojó significado estadístico, con $p=0.7447$. Hay que destacar que el diagnóstico en etapas avanzadas fue realizado en 40 mujeres (64 %) de las 63 diagnosticadas. (Tabla 3).

Existe consenso en que los programas de pesquisa de cáncer, constituyen la medida más importante para lograr reducciones de la mortalidad por neoplasias malignas. Para esto es de fundamental importancia la utilización de resultados obtenidos de estudios epidemiológicos, clínicos y genéticos que puedan ser orientadores sobre cómo realizar y hacia donde dirigir esas pesquisas.

La evolución desfavorable de la mortalidad prematura por cáncer de mama, debe ser objeto de atención por parte de quienes deciden, teniendo en cuenta los años de existencia de este Programa y las dificultades económicas de los países en vías de desarrollo para mantener las pesquisas por mamografías.

En este estudio vemos como la mujer no ha interiorizado la importancia del autoexamen de mama, a pesar que todas respondieron que conocen de la existencia del mismo, pues hay un grupo importante que no se lo realizan, no habiendo predilección por ningún grupo de edad. Otros autores encontraron en sus estudios que el 100 % de las mujeres se realizan el autoexamen.⁸

Conociendo que el autoexamen de mama forma parte del programa de pesquisa⁷ se realizó un análisis entre éste y las etapas clínicas, encontrándose que la realización del mismo influye en el diagnóstico precoz de la enfermedad, coincidiendo con otros autores.^{7,9}

Más de la mitad de las mujeres en este estudio se diagnosticó en etapas avanzadas. En un estudio realizado en el Instituto Nacional de Cancerología de Colombia, el cual es un centro de remisión y de atención de población de bajo nivel socioeconómico, indican que el 76.8

% de las mujeres que consultan se encuentran en estadios avanzados. Este problema no solamente se ve en Colombia, sino también en los países en vías de desarrollo. En Estados Unidos y Suecia donde se ha implementado un programa organizado de tamizaje de cáncer de mama, el 63 % de los casos nuevos corresponde a estadios tempranos.¹⁰

En la presente investigación no se encontró significación estadística entre los grupos de edades y las etapas clínicas, sin embargo las mujeres mayores de 60 años aportan el mayor número de casos, tanto en etapas precoces como en las etapas clínicas avanzadas. Dentro de los factores de riesgo del cáncer de mama se encuentra la edad, por lo que a medida que se incrementa ésta, aumenta el riesgo de padecer dicha enfermedad.⁸⁻¹¹ Hay autores que plantean que las mujeres de más de 50 años de edad, podrían ser las mejores candidatas a una captación más activa a la habitual.^{12,13}

Por los resultados de esta investigación podemos decir, que en el nivel primario de prevención, juega un gran valor la incorporación por la mujer de prácticas preventivas basadas en el autoexamen de mama, pues se demostró una vez más que este proceder disminuye el diagnóstico de la enfermedad en etapas avanzadas y un importante número de ellas no se lo realiza a pesar de conocerlo. Lo anteriormente expresado sólo se logra mediante un proceso educativo que integre y articule la información brindada por el saber médico actual, con las creencias y comprensiones populares de la enfermedad, así como los temores y fantasías que el tema genera. Los médicos de familia, ginecólogos, personal de enfermería, promotores comunitarios y otros agentes educativos, deben jugar su papel en este sentido.

La detección temprana disminuye los costos de los tratamientos, pues se tratan pacientes con condiciones localizadas donde la intervención médica es mucho menor, se reduce la incapacidad, la inasistencia al trabajo y se aumenta la sobrevivencia. Además, la mujer tiene mayores posibilidades de recuperar su condición laboral y de reinsertarse a la sociedad desde el punto de vista afectivo y emocional, tomando en consideración el problema de las mujeres cabeza de familia, lo cual tiene un efecto social difícil de medir, pero que seguramente tiene grandes implicaciones económicas para la sociedad en general, al permitir el sustento de hijos que de otra manera quedarían a la deriva.

Otros autores plantean que se deben reevaluar los programas de tamizaje actuales según las percepciones de las mujeres, a fin de determinar si las intervenciones comunitarias para elevar el nivel de conocimientos de las mujeres sobre cáncer de mama y la preocupación por el tamizaje de las mamas y la salud son suficientes. Se debe valorar si se necesitan intervenciones específicas dirigidas a niveles

estructurales más altos, como los responsables de realizar cambios en las políticas e introducir modificaciones en la organización de los sistemas actuales.⁹

Hay autores que plantean que los programas deben proveer servicios adecuados con educación de la comunidad y programas de apoyo, que pueden ayudar a asegurar el impacto de los programas de prevención del cáncer.¹⁴

La información provista a mujeres antes del tamizaje puede aliviar el miedo y la ansiedad asociada al mismo y al recibo de los resultados positivos. Deben ofrecerse en lugares y en horarios convenientes para las mujeres; por ejemplo, por la tarde y los fines de semana. En muchos lugares, los servicios son más aceptables si los ofrecen mujeres. La participación de la pareja en la conversación también podría ser importante.

CONCLUSIONES

- La realización del autoexamen de mama influye en el diagnóstico precoz del cáncer de mama.
- No se ha logrado el impacto en la población de la importancia de este proceder.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Parkin DM, Bray F, Ferlay J, Pisani P. Global Cancer Statistics. CA Cancer J Clin.2005; 55:74 -108.
2. Kamangar F, Dores GM, Anderson WF. Patterns of cancer incidence, mortality, and prevalence across five continents: defining priorities to reduce cancer disparities in different geographic regions of the world. J Clin Oncol. 2006; 24(14):2137-50.
3. Jemal A, Clegg LX, Ward E. Annual report to the nation on the status of cancer, 1975–2001, with a special feature regarding survival. Cáncer. 2004; 101: 3–27.
4. Registro Nacional de Cáncer. Incidencia de cáncer en Cuba 2003. La Habana: MINSAP; Marzo 2007.
5. Anuario Estadístico de Salud. La Habana: DNE/MINSAP; 2007.

6. Dirección Provincial de Salud Departamento de Estadística. Granma. 2009.
7. Cuba. Ministerio de Salud Pública. Programa Nacional de diagnóstico precoz del cáncer mama. La Habana: MINSAP; [sa]
8. Benia W, Tellechea G. Estudio de los factores de riesgo para cáncer de mama y cuello uterino en mujeres usuarias de tres policlínicas barriales de Montevideo 1997. Rev Med Uruguay 2000; 16: 103-13.
9. Wall KM, Núñez-Rocha GM, Salinas-Martínez AM, Sánchez-Peña SR. Determinants of the use of breast cancer screening among women workers in urban Mexico. Rev Panam Salud Pública/Pan Am J Public Health 2008; 23(5):7-11.
10. Sanabria A, Romero J. La mamografía como método de tamizaje para el cáncer de seno en Colombia. Rev de Cirugía [Internet] [Consultado 5 Sep 2009] Disponible en <http://www.encolombia.com/medicina/cirugia/Ciru20305-mamografia.htm>
11. Eduardo Atalah S, Carmen Urteaga R, Annabella Rebolledo A, Ernesto Medina L, Attila Csendes J. Factores de riesgo del cáncer de mama en mujeres de Santiago. Rev. méd. Chile [Internet] 2000 feb [Citado 12 de Abril 2010]; 128(2): Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S003498872000000200002&script=sci_arttext&tlng=en
12. Bray F, Loos AH, McCarron P, Weiderpass E, Arbyn M, Moller H, et al. Trends in cervical squamous cell carcinoma incidence in 13 European countries: changing risk and the effects of screening. Cancer Epidemiol Biomarkers Prev. 2005; 14:677-86.
13. Silvia de Sanjosé, Maria Alejo, Neus Combalia, Montserrat Culubret, Xavier Tarroch, Josep Maria Badal, Imma Méndez, Josefina Autonell, F Xavier Bosch. Historia de cribado en mujeres con cáncer infiltrante de cuello uterino. Gac Sanit. [Internet] 2006 [Consultado 6 Sep 2009] 20(2): [166-70] Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S021391112006000200014&script=sci_arttext&tlng=e
14. Serman F. Cáncer cervicouterino: epidemiología, historia natural y rol del virus papiloma humano. perspectivas en prevención y tratamiento. Rev. Chil Obstet Ginecol [Internet] 2002 [Consultado 2 Nov 2009]; 67(4): [318-323]. Disponible en:

http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S071775262002000400011&script=sci_arttext&tlng=es

Tabla 1. Grupos de edades y autoexamen de mama.

GRUPOS DE EDADES	SI	AUTOEXAMEN		TOTAL
		%	NO	
30 - 39	1	2.56	1	2
40 - 49	12	30.77	4	16
50 - 59	9	23.08	4	13
60 y más	17	43.59	15	32
<i>Total</i>	<i>39</i>	<i>100.0</i>	<i>24</i>	<i>63</i>

$p=0.1640$

Fuente: Historias clínicas de las pacientes.

Tabla 2. Etapas clínicas y autoexamen de mama.

ETAPA	Si	AUTOEXAMEN		%
		%	No	
Precoz	22	56.4	1	4.2
Avanzada	17	43.6	23	95.8
<i>Total</i>	<i>39</i>	<i>100.0</i>	<i>24</i>	<i>100.0</i>

$p=0.0000$

Fuente: Historias clínicas de las pacientes.

Tabla 3. Grupos de edades y etapas clínicas de cáncer de mama.

GRUPOS DE EDADES	PRECOZ		AVANZADA		TOTAL
	No.	%	No.	%	
30 - 39	-	-	2	5.0	2
40 - 49	9	39.1	7	17.5	16
50 - 59	2	8.7	11	27.5	13
60 y más	12	52.2	20	50.0	32
<i>Total</i>	<i>23</i>	<i>100.0</i>	<i>40</i>	<i>100.0</i>	<i>63</i>

$p = 0.7447$

Fuente: Historias clínicas de las pacientes.