



UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA  
INSTITUTO NACIONAL DE ENFERMERÍA  
DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA COMUNITARIA



# **¿CUÁLES SON LOS MOTIVOS QUE INFLUYEN EN LA NO REALIZACIÓN DE MAMOGRAFÍA EN MUJERES MAYORES DE 40 AÑOS?**

## **AUTORES:**

Br. Ruvira, Cecilia  
Br. Barro, Silvia  
Br. Dabin, Paula  
Br. Pelleiro, Angelina  
Br. Echeverría, Eloisa  
Br. Veiga, Juan

## **TUTORES:**

Lic. Enf. Berrenechea, Cristina  
Crossa, Silvia

Facultad de Enfermería  
**BIBLIOTECA**  
Hospital de Clínicas  
Av. Italia s/n 3er. Piso  
Montevideo - Uruguay

**Montevideo, 2003**

## Índice

<b>Contenido</b>	<b>Pág.</b>
❖ Introducción .....	1
❖ Área Temática .....	2
❖ Objetivos .....	2
❖ Marco Referencial .....	3
❖ Marco Conceptual .....	6
❖ Fundamentación y Antecedentes .....	17
❖ Diseño Metodológico .....	21
❖ Presentación de las variables del objeto de estudio y su medición .....	22
❖ Presentación de los Resultados .....	25
❖ Comentarios y Análisis .....	35
❖ Conclusión .....	40
❖ Sugerencias .....	42
❖ Bibliografía .....	43
❖ Índice de Anexos .....	45

## **Introducción**

El presente informe ha sido realizado por seis estudiantes pertenecientes al Instituto Nacional de Enfermería, Universidad de la República, cursando el Cuarto Ciclo, Primer Módulo correspondiente al Trabajo de Investigación Final. La Investigación se desarrolló en el área de Enfermería Comunitaria.

Los criterios que se han elegido para llevar a cabo este estudio son: la importancia del tema para la disciplina y el interés de los estudiantes por el mismo.

El propósito de la investigación es conocer los motivos que influyen en la no realización anual de la mamografía como método en la detección oportuna del cáncer de mama.

El estudio es de tipo descriptivo, retrospectivo, de corte transversal.

La población sujeto de estudio son las mujeres mayores de 40 años que concurren a seis policlínicas de la Intendencia Municipal de Montevideo (Casabó, Paso de la Arena, Lavalleja, Colón, Punta de Rieles, Barrio Sur); que no se realizan la mamografía en forma anual.

Los datos se recabaron en el período comprendido entre el 28 de abril y el 2 de mayo del 2003. Para ello se elaboró un instrumento consistiendo el mismo en una entrevista semi - estructurada, (ver anexo VI).

Los datos obtenidos se tabularon y posteriormente se analizaron de forma uni y bi - variada, para así poder responder a nuestra interrogante y cumplir con los objetivos establecidos.

## **Área temática**

- ❖ Detección oportuna de cáncer de mama.

## **Problema**

- ❖ ¿Cuáles son los motivos que influyen en la no realización anual de la mamografía, en mujeres mayores de 40 años que concurren a seis policlínicas de la Intendencia Municipal de Montevideo, en el período comprendido entre el 28 de abril y el 2 de mayo de 2003 en el horario de 8:00 a 12:00 horas?

## **Objetivo General**

- ❖ Conocer los motivos que influyen en la no realización anual de la mamografía en mujeres mayores de 40 años.

## **Objetivos Específicos**

- ❖ Caracterizar la población.
- ❖ Identificar los motivos que influyen en la no realización anual de la mamografía.
- ❖ Analizar las variables establecidas.

## Marco Referencial

### DIVISIÓN SALUD

DEPARTAMENTO DE DESCENTRALIZACIÓN

INTENDENCIA MUNICIPAL DE MONTEVIDEO

La división salud y programas sociales tiene a su cargo el Servicio de Atención a la Salud, que a su vez es el órgano regulador del funcionamiento de las policlínicas municipales. Las mismas cuentan con el Plan de Atención Zonal a la Salud.

### Plan de Atención Zonal a la Salud

Este tiene como propósito contribuir a elevar la calidad de vida de los montevideanos, a través de acciones integradas y coordinadas de Promoción, Protección, Recuperación y Rehabilitación de la salud individual y colectiva.

El **objetivo general** es desarrollar un Plan de Atención Zonal a la Salud, que a partir de las policlínicas Municipales y en coordinación con otras instituciones de salud, contribuya a conformar la base de los Sistemas Locales de Salud.

Esto supone profundizar el proceso de transformación del modelo de atención y de gestión de los servicios, en el marco de descentralización político-administrativa y la participación social articulada por los órganos del gobierno local.

Como **objetivos específicos se plantean:**

- Avanzar en el proceso de transformación del modelo asistencialista curativo de atención de la salud, revalorizando el concepto de integridad en las acciones con énfasis en la promoción y prevención.
- Coordinar un plan de atención zonal con todas las instituciones públicas y privadas a los efectos de aprovechar los recursos disponibles, así como generar la base de los sistemas locales de salud.
- Promover la participación activa de la comunidad organizada en la elaboración y control del cumplimiento de los planes zonales, priorizando las demandas y necesidades de la población.
- Posibilitar el diagnóstico continuo de la situación de salud de la zona, como guía para la acción del equipo de salud y la comunidad mediante un proceso permanente de planificación - acción - participación.
- Contribuir a la organización de los servicios en forma accesible, oportuna y continua identificando en cada caso actividades y recursos.
- Evaluar el cumplimiento de los planes y rendir cuentas individual y colectivamente de los logros y retrasos, para reprogramar adecuadamente el desarrollo futuro.

## Servicios y actividades del Plan de Atención Zonal

La I.M.M cuenta con veintiún policlínicas ubicadas en zonas periféricas con servicios de atención programada y por demanda de consultas en Medicina General, Pediatría, Psicología, Inmunizaciones, Odontología y Trabajo Social. Cuenta además con Policlínicos Odontológicos de Atención Programada y por Demanda de Consultas en Salud Bucal, constituyendo un total de seis policlínicos.

Por otra parte, también, se intenta llegar a toda la población de bajos recursos a través de Policlínicas Comunitarias mediante un convenio con la I.M.M.; representando un total de 12 policlínicas.

Se dispone de siete Policlínicas móviles que prestan servicios de promoción, prevención y asistencia médico - quirúrgica en zonas suburbanas y rurales.

### *Líneas de Acción Programada que se Desarrollan en el P.A.Z.*

- ✓ Programa de Atención Integral al Niño
- ✓ Programa Ampliado de Inmunización
- ✓ Programa de Atención Integral al Adolescente
- ✓ Programas de Control de la Agudeza Visual en Escolares
  
- ✓ Programa de Atención Integral a la Mujer

Está compuesto por tres subprogramas específicos, que toma en cuenta los principales aspectos vinculados a la salud sexual y reproductiva de las mujeres: Maternidad Voluntaria e Informada, Prevención y Control de Cáncer Genito -mamario y Atención Integral al Embarazo y Puerperio.

Se entiende que la promoción de la salud y por tanto la promoción de la salud sexual y reproductiva de las mujeres, implica un enfoque global de las necesidades humanas y un compromiso con el fortalecimiento de las diversas potencialidades, de manera de contribuir a su desarrollo personal y social.

Enfocar de esta manera la salud de las mujeres, implica trascender el marco médico y situarse en un marco de desarrollo y participación comunitaria, donde se ponga énfasis en la acción educativa.

- Programa de Promoción y Prevención en VIH-SIDA
- Programa de Salud Bucal

Tras una exhaustiva búsqueda de datos estadísticos sobre las mujeres mayores de 40 años que consultan en las policlínicas escogidas, se destaca la obtención de datos estadísticos generales, ya que no se encuentran discriminados por rango etario. A continuación se presentan los siguientes datos orientadores obtenidos en la Unidad de Estadística de la Unidad Central de Planificación Municipal de la Intendencia Municipal de Montevideo.

#### Atenciones ginecológicas por policlínica

<b>Policlínicas / Especialidad.</b>	<b>Ginecología</b>
Barrio Sur	<b>2033</b>
Pta. de Rieles	<b>4460</b>
Colón	<b>4820</b>
Lavalleja	<b>1091</b>
Casabó	<b>4770</b>
P. de la Arena	<b>5271</b>

Fuente: Datos extraídos de la Unidad de Estadística de la Unidad Central de Planificación Municipal de octubre de 1996.

#### Consultas gineco – obstétricas por detección de cáncer por policlínica

<b>Policlínicas</b>	<b>Nº de Consultas</b>
Barrio Sur	837
Punta de Rieles	595
Colón	944
Lavalleja	138
Casabó	921
Paso de la Arena	592

Fuente: Datos extraídos de la publicación de la Unidad de Estadística de la Unidad Central de Planificación Municipal de octubre de 1996.

Estos datos nos permiten conocer el número de mujeres registradas como asistidas en ginecología y detección de cáncer gineco – obstétricos. Se destaca la importancia de la problemática, si observamos la relación que existe entre número de consultas ginecológicas y la detección de cáncer, en las policlínicas elegidas para la recolección de datos

## **Marco Conceptual**

**Enfermería** es la disciplina científica encaminada a fortalecer la capacidad reaccional de personas- familia- grupos poblacionales. Realiza la atención a través de un proceso integral, humano, continuo, interpersonal, educativo y terapéutico en los diferentes niveles de atención.

Las responsabilidades del profesional de enfermería se basan en: mantener y restaurar la salud, evitar las enfermedades y aliviar el sufrimiento.

Los cuidados de enfermería son universales basados en el respeto por la vida, la dignidad y los derechos humanos.

**La Enfermera Comunitaria** es el profesional responsable que investigando en conjunto con la población conoce las necesidades de atención a la salud.

Posee los conocimientos y habilidades técnicas, así como la actitud apropiada para atender, en los lugares donde viven, donde trabajan, donde estudian, donde se relacionan, o en las instituciones sanitarias cuando fuera preciso, desde una concepción de la enfermera como miembro de un equipo interdisciplinario que trabaja en coordinación con otras instituciones y sectores; realizando las funciones de asistencia, docencia e investigación, fortaleciendo las capacidades de participación y creación de los propios involucrados.

El futuro de la práctica de enfermería depende en gran parte de la investigación y de la capacidad de sus profesionales para generar y actualizar un cuerpo de conocimientos estructurado entorno a objetivos como el cuidado de los individuos sanos y enfermos, la gestión de servicios y la docencia en enfermería de pregrado y posgrado. Para el logro de los aspectos anteriormente expuestos es necesario un proceso sistemático que oriente los esfuerzos de los investigadores y optimice los recursos disponibles.

La actividad investigadora es primordial para cualquier colectivo profesional, ya que de ella dependen el progreso y el desarrollo futuro de esa profesión.

La investigación permite el desarrollo y perfeccionamiento de las teorías y los modelos que sirven de guía en la práctica de una profesión, tanto en la asistencia directa al individuo como en la administración de servicios o en la docencia.

En el caso de la investigación en salud comunitaria existe un vacío sustancial a nivel mundial, lo que significa la ausencia de prioridades definidas y, por tanto, la carencia de estrategias precisas, tanto para la asignación de recursos como para la formación de enfermeras investigadoras especializadas en este ámbito de atención.

La consecuencia más grave de la falta de enfermeras calificadas en el terreno de la investigación es la ausencia de métodos e indicadores que faciliten la evaluación de la efectividad de las actividades de estos profesionales.

La investigación en enfermería comunitaria, a nivel mundial, se encuentra en diferentes niveles. En algunos países, aunque se reconoce su necesidad, la carencia de recursos humanos y financieros impide su puesta en marcha.

En otros la investigación se va integrando lentamente a la práctica y, por último, existen otros países, donde la actividad investigadora es parte consustancial a la formación académica y al ejercicio profesional.

La enfermera comunitaria ocupa un lugar destacado en el ámbito del fomento y promoción de la salud desde el primer nivel de atención.

Los **Niveles de Atención** son la forma ordenada y estratificada de organizar los recursos para satisfacer las necesidades de una población. Se organizan los recursos mediante la integración o la coordinación de servicios y a través del establecimiento de niveles progresivos de atención (primer, segundo y tercer nivel de atención).

**Primer Nivel de Atención** se define como la organización de los recursos que permite resolver las necesidades básicas y/o más frecuentes en la atención de la salud de una población determinada.

El ámbito donde se desarrolla el primer nivel de atención está enmarcado en tipos de estructuras organizativas como son: la práctica asistencial individual, práctica asistencial en grupo, centros de salud, centros asistenciales especializados, y policlínicas.

La **policlínica** tiene como objetivos:

- atender a la población de su área de responsabilidad en forma humanizada e integral con un enfoque preventivo.
- promover la humanización de la Atención Médica;
- apoyar a la comunidad para participar en: la identificación y priorización de sus problemas de salud, el análisis y selección de las estrategias a desarrollar, un relevamiento de los recursos del medio que se pueden utilizar en solución de los problemas de salud, el tratamiento y solución de los problemas de salud identificados;
- atender y asegurar el traslado a un nivel superior, de aquellos pacientes que lo requieran de acuerdo a normas pre - establecidas y coordinar con los niveles superiores su referencia y contrarreferencia;
- participar con otras instituciones y con grupos organizados a nivel local, en la identificación y solución de los problemas básicos del medio ambiente.

La **Prevención** es el conjunto de medidas tomadas para anteponerse a los riesgos que favorecen que se produzca la enfermedad, con objeto de impedir que éstos actúen, o bien limitar sus efectos nocivos sobre el individuo, los grupos o las poblaciones.

La aplicación de las medidas preventivas es responsabilidad de todo el equipo de salud, pero es deseable que sean los profesionales de enfermería los protagonistas en dicha aplicación.

Para ello se deberá facilitar dicha tarea con la infraestructura necesaria, siempre que sea factible.

La enfermera en un primer nivel de atención tiene, pues, un papel trascendente a llevar a cabo en los cuidados preventivos.

Clásicamente se han distinguido tres niveles de prevención en relación con la historia natural de las enfermedades:

- prevención primaria
- prevención secundaria
- prevención terciaria

La **Prevención Primaria** consiste en evitar la influencia de los agentes patógenos sobre el organismo, mediante la eliminación o el control de su aparición en el medio o bien mediante el aumento de la resistencia natural frente a las enfermedades, como es el caso de las inmunizaciones.

La **Prevención Secundaria** son las acciones destinadas a disminuir la prevalencia de una enfermedad en una población. Sus actividades básicas son la detección precoz y el tratamiento oportuno.

Se basa en la detección de las enfermedades o los factores de riesgo en estadios precoces del proceso, en general cuando no se ha expresado clínicamente a través de síntomas, en los que es todavía posible intervenir para mejorar el pronóstico. La prevención secundaria, por lo general, está identificada con el cribaje o screening.

La **Prevención Terciaria** son las acciones destinadas a disminuir el daño, la incapacidad y la dependencia. Sus actividades básicas son la rehabilitación del individuo y su reinserción en la sociedad.

El **Screening** consiste básicamente en la búsqueda de la enfermedad o de signos patológicos en poblaciones asintomáticas. El objetivo de la detección selectiva del cáncer es muy práctico: detectar en etapa precoz, cuando puede ser tratado, e incluso curarse. Como herramienta para el control del cáncer es el tercero en jerarquía, siendo la forma óptima la prevención primaria, seguida por el disponer un tratamiento efectivo que pueda curar todos los casos.

Una detección selectiva adecuada del cáncer consigue detectar la enfermedad asintomática o desconocida mediante la realización de pruebas o exploraciones en un gran número de personas.

El procedimiento en sí, no siempre es diagnóstico, y será necesario una posterior evaluación de los hallazgos positivos o sospechosos para determinar el diagnóstico y el tratamiento adecuado. El Instituto Nacional de Cáncer de EE.UU. establece que para aceptar un test de screening o de detección precoz deben existir evidencias científicas claras de que: el procedimiento detectará el cáncer tempranamente; y que el tratamiento precoz resultará eficaz.

Varias características hacen que determinadas enfermedades neoplásicas sean adecuadas para ser sometidas a una detección selectiva. Estas serían: morbilidad y mortalidad importantes, una elevada prevalencia en un estado preclínico detectable, la posibilidad de un tratamiento más eficaz y mejor en casos de detección precoz y la disponibilidad de una buena prueba de exploración selectiva, con sensibilidad y especificidad elevadas, bajo costo y escasas molestias e incomodidades.

La validez de una prueba de detección selectiva se mide por su capacidad para clasificar a las personas con enfermedad preclínica correctamente como prueba positiva y a las que no presentan la enfermedad preclínica como prueba negativa.

La validez de la prueba se mide por la *sensibilidad* y la *especificidad*.

Se denomina *sensibilidad* de la prueba a la proporción de positivos en la totalidad de los enfermos, y la *especificidad* a la proporción de negativos de los verdaderamente sanos.

Pueden definirse otros indicadores de la prueba, el Valor Predictivo Positivo (VPP), es la proporción de enfermos (verdaderos positivos) entre los positivos;

y el Valor Predictivo Negativo (VPN) es la proporción de sanos (verdaderos negativos) en la totalidad de los negativos.

En el caso particular de los procedimientos de screening en patología oncológica donde la proporción de verdaderos enfermos es baja, el problema principal lo constituye la proporción de falsos positivos. Mientras que la especificidad define el riesgo de que un individuo normal sea afectado por la morbilidad inherente a las investigaciones diagnósticas que tendrán lugar, el VPP es útil para informar a la población cuán frecuente es un resultado positivo así como para que las autoridades sanitarias prevean los recursos necesarios para dar cuenta de los procedimientos diagnósticos y terapéuticos que deben ser ejecutados.

El impacto en la reducción de la mortalidad que arroja una campaña de tamizaje puede ser afectado por diversos factores, algunos modificables y otros optimizables, como son: participación de la población objetivo, la sensibilidad del test, la frecuencia con que se practicará el test, la eficiencia en el seguimiento de la población con resultados positivos y la efectividad del tratamiento.

Las desventajas del tamizaje radican en eventuales perjuicios ocasionados a las personas que no están "destinadas" a desarrollar o morir por la enfermedad estudiada. Aunque los beneficios de prolongar la vida o curar definitivamente a los pacientes detectados son muy superiores, el gran número de personas que participan del screening y que nunca serán afectados por la enfermedad no es despreciable.

Las desventajas son: perjuicios físicos, perjuicios psicológicos, la investigación de los falsos positivos y el "sobrediagnóstico" de neoplasias de crecimiento lento o no progresivo. Aunque no abundan en la literatura, investigaciones que evalúen este problema, es conocido que las campañas de cribaje generan en la población niveles no despreciables de ansiedad y depresión.

Las consecuencias físicas y psicológicas sobre los falsos positivos dependen de la invasividad de los procedimientos diagnósticos subsecuentes.

Los costos de los servicios de salud responsables de estos procedimientos incluyen la previsión de todos los pasos de la misma, su diseño, el registro, identificación y seguimiento de la población seleccionada, las campañas para invitar a participar a la población, y fundamentalmente el soporte de los procedimientos diagnósticos y terapéuticos consecuentes.

Como sucede con otras técnicas de exploración selectiva, el objetivo de la misma en el cáncer de mama es descubrirlo en etapas tempranas, mientras la enfermedad es curable, para así reducir la mortalidad.

La **mamografía** es el examen radiográfico con mayor eficacia comprobada debido a la alta sensibilidad y especificidad. Dicho estudio se debe realizar con un radiógrafo especialmente diseñado para este fin. El mismo incluye tubos radiógenos de foco fino, de ánodo de molibdeno, capaces de emitir un haz uniforme de radiaciones de bajo kilo voltaje, homogeneizado por filtración a través de una ventana de berilio. La distancia foco placa resulta un tanto corta (30 – 40 cm), por lo que adecuados sistemas de compresión permiten uniformar el espesor mamario, reduciendo paralelamente la cuota de radiación dispersa. La mamografía es la técnica radiológica más usada tanto para el screening como para el diagnóstico de las pacientes sintomáticas, detectándose tanto patología mamaria maligna como benigna.

El hallazgo de una lesión especulada con bordes mal definidos es el signo primario característico del proceso neoplásico. Junto a este existen otros signos secundarios de los que el más significativo son las micro calcificaciones. Otros signos son los cambios de densidad, la presencia de estructuras vasculares aumentadas y la distorsión arquitectural de la mama, en la que las estructuras glandulares se dirigen a un punto diferente o excéntrico con relación al pezón. Dicho estudio es capaz de detectar tumores mamarios antes de que sean palpables o puestos de manifiesto por el examen físico, tumores que se hallarán en un estadio más inicial que otros de mayor tamaño ya detectables clínicamente.

El empleo de la mamografía como técnica de screening ha demostrado su eficacia en los estudios de gran escala llevados a cabo por el HIP (Health Insurance Plan), de Nueva York y por otros grupos europeos. Así el control mamográfico anual fue capaz de reducir el número de pacientes con adenopatías axilares afectadas en un 30% con relación al grupo control.

Al establecerse el diagnóstico en un momento de su historia natural, se ha demostrado una disminución en la mortalidad por cáncer de mama en las pacientes sometidas a control mamográfico.

Este beneficio es particularmente ostensible en las mayores de 40 años de ahí que se recomienda a todas las que sobrepasen este límite de edad que se sometan a un control mamográfico periódico.

El screening mediante mamografía consiste en dos proyecciones de cada mama: una de lado a lado (oblicua medio – lateral), y otra de arriba abajo (cráneo – caudal).

La mama se comprime en ambas proyecciones para disminuir su grosor y permitir una mejor visualización de las estructuras del tejido, lo cual reduce la cantidad de radiaciones.

La mamografía en nuestro país fue desarrollada por el Dr. Raúl Leborgne a fines de la década del 40, continua siendo actualmente 60 años después, el método imagenológico de elección en la detección precoz del cáncer mamario, pero teniendo la particularidad de requerir una técnica rigurosa y un enfrentamiento adecuado.

El **Cáncer** es un proceso de enfermedad que se inicia cuando la mutación genética del ADN celular transforma a una célula normal, la cual a su vez forma un clon y comienza a proliferar anormalmente, ignorando las señales de regulación de crecimiento en el ambiente circundante a la célula.

Llega un momento en que las células adquieren características invasoras y surgen cambios en tejidos vecinos; es decir, infiltran y penetran en vasos linfáticos y sanguíneos, por los que llegan a otros sitios del cuerpo y forman metástasis (diseminación del cáncer).

El cáncer no es una sola enfermedad con una causa única, sino un grupo de trastornos heterogéneos, con causas, manifestaciones, tratamientos y pronósticos diferentes.

Cuando hablamos de cáncer debemos definir ciertos términos epidemiológicos que son comúnmente usados para comprender el comportamiento de la enfermedad en una población.

El número de casos nuevos de cáncer diagnosticados en un período específico y en una población definida se llama **incidencia del cáncer**.

Se define como el número de personas en quienes se desarrolla el cáncer en un período específico sobre la población total en dicho período. Por lo general el período es de un año y las tasas se expresan por cada cien mil personas.

La medición de todos los casos de cáncer, tanto viejos como nuevos, en un momento determinado, se denomina **prevalencia del cáncer**.

La tasa de prevalencia se define como el número de personas con cáncer en un momento determinado sobre la población total en ese momento.

Cualquier tratamiento contra el cáncer que mejore la supervivencia, en realidad aumenta su prevalencia.

La tasa de prevalencia brinda información útil para planificar diferentes aspectos del cuidado en salud, como instalaciones, recursos humanos y diseño e implementación de los programas de detección.

El número de muertes que se atribuyen al cáncer en un período específico y en una población definida, se conoce como la **mortalidad del cáncer**.

La tasa de mortalidad se define como el número de personas que mueren por cáncer en un período específico sobre la población total en dicho momento.

Las cifras de mortalidad sólo son un reflejo variable de la incidencia del cáncer.

La información sobre la mortalidad permite determinar las tendencias en el tiempo relacionadas con la magnitud del cáncer como causa de muerte entre la población, también es útil para evaluar el impacto de los avances en su tratamiento.

El análisis de la **supervivencia** constituye el vínculo entre la información sobre incidencia y mortalidad. Consiste en una observación a lo largo del tiempo de las personas con cáncer y el cálculo de la probabilidad que tiene de morir en diversos períodos.

La información sobre la supervivencia es una medida útil del resultado final del tratamiento del cáncer y puede indicar las mejoras en el control de la enfermedad.

La tasa de supervivencia a 5 años se ha convertido en un término estándar, aunque sobrevivir durante este tiempo no tiene ninguna importancia biológica específica.

El **Cáncer de Mama** es la patología oncológica más frecuente entre las mujeres, el cual se origina en las células de los conductos mamarios más pequeños y crece hacia la luz con invasión posterior de los espacios periductales.

Hay varios tipos histológicos, aunque en realidad ello tiene poca significación pronóstica y apenas influye en la decisión terapéutica, ya que lo más importante es la extensión de la enfermedad.

Los tipos principales de cáncer de mama son los ductales, lobulillares y del pezón.

Los tumores también son identificados habitualmente como in situ o invasores.

El carcinoma ductal comprende el 78% de los casos. Cuando no es invasivo, sin evidencia de infiltración a través de la membrana basal, se le denomina carcinoma ductal o intra ductal. Este tiene origen en los conductos galactóforos, que drenan las glándulas mamarias.

Este tipo de tumor forma un núcleo fibrótico denso y envía tentáculos que invaden y deforman las estructuras mamarias de alrededor. Por lo general la masa tumoral es indolora, inmóvil, sólida, de forma irregular, mal definida y unilateral.

El carcinoma lobulillar tiene su origen en los lobulillos de las mamas (9%) con frecuencia tiende a ser multicéntrico, tanto en la misma mama como en la contralateral.

Rara vez es palpable in situ y con frecuencia se encuentra de forma casual en una biopsia realizada en busca de otras enfermedades mamarias benignas.

En la mitad de los casos no es invasivo y se denomina carcinoma lobular in situ.

El carcinoma del pezón tiene su origen en el complejo del pezón y con frecuencia se manifiesta conjuntamente con el carcinoma ductal invasor. La formación de costras, la exudación y la hemorragia por el pezón son signos comunes del carcinoma del pezón. También es posible la erosión del mismo.

Otros tipos histológicos son el comedocarcinoma, el carcinoma medular, y el carcinoma mucinoso que tiene un pronóstico algo mejor que los anteriores.

El carcinoma inflamatorio, poco frecuente es una entidad clínico patológica caracterizada por la presencia de signos inflamatorios en la mama e infiltración carcinomatosa de los linfáticos dérmicos en la biopsia cutánea. Tiene muy mal pronóstico.

La localización del cáncer de mama se describe a través de los cuadrantes de la glándula mamaria.

El cáncer de mama es una enfermedad heterogénea con un grado de agresividad biológica tumoral muy variable: desde los tumores de muy lenta evolución hasta los que evolucionan con rapidez y producen la muerte en pocos meses.

Algo característico de esta enfermedad es que al momento del diagnóstico, en 2/3 de los casos ya son una enfermedad sistémica con diseminación metastásicas subclínicas.

El número de ganglios axilares infiltrados en la pieza quirúrgica es lo que mejor delimita el grupo de pacientes con posible diseminación metastásica subclínica y por consiguiente, con alto riesgo de recurrencia tras el tratamiento locorregional.

El signo de presentación más frecuente del cáncer de mama es un bulto, masa o engrosamiento de la mama.

El nódulo canceroso se localiza con mayor frecuencia (50%) en el cuadrante superior externo de la mama. Por lo general es la propia paciente que descubre un bulto en la mama o un cambio en la piel que la recubre. Puede existir secreción por el pezón, dolor, hipersensibilidad y en estadios más avanzados se puede encontrar umbilicación y retracción de la piel o el pezón, variaciones en el tamaño, forma y color de la mama, bulto, nódulo fijo en la axila y ulceraciones cutáneas manifiestas.

Las complicaciones asociadas a formas avanzadas de cáncer de mama se producen principalmente como resultado de una infiltración tumoral o de metástasis o de ambas. Las zonas de infiltración comunes son la mama opuesta, la axila y el plexo braquial; localizaciones metastásicas habituales son los pulmones, hígado y los huesos.

Los factores de riesgo son aquellos cuya presencia en la mujer determina una mayor predisposición a contraer un cáncer de mama y según su importancia se les puede dividir en factores mayores y menores.

Los factores mayores son lo que poseen una sólida comprobación estadística establecida en estudios epidemiológicos de grandes poblaciones y aceptados por la mayoría de los autores por encontrarse significativamente asociado con el cáncer de mama en relación a la población que lo presenta.

Ellos son:

- Edad mayor de 40 años.

-Antecedentes familiares de cáncer de mama (madre o hermana). El riesgo es aún mayor si el cáncer de mama materno es premenopáusico y bilateral.

-Antecedentes ginecológicos: -menarca precoz (antes de los 12 años).

-menopausia tardía (después de los 55 años).

-nuliparidad o primo parición tardía (después de los 30 años).

-Antecedentes patológicos: - cáncer de mama previo

- displasias mamarias

- cáncer de ovario o endometrio

- obesidad (androide o adiposidad abdominal, las

mujeres obesas con una relación entre la circunferencia de la cintura y la de la cadera mayor de 0.80 presenta una tendencia significativamente mayor a desarrollar cáncer de mama.

Factores de riesgo menores son aquellos que carecen de la debida comprobación que lo relacione en forma indudable con el riesgo de contraer cáncer de mama, ya sea porque esta relación es indirecta o porque no existe la suficiente confirmación estadística de la misma o porque los resultados de los estudios al respecto son controversiales, pero que, de todas maneras, es necesario tener presentes pues pueden poseer alguna influencia en el desarrollo del cáncer de mama.

Ellos son:

- Antecedentes ginecológicos: - anovulación

- no- lactancia

- estrógeno terapia sustitutiva

- Factores dietéticos

- Radiaciones ionizantes

Para poder diagnosticar una tumoración mamaria son de gran utilidad: a)- la mamografía que localiza la mama, orienta sobre su posible benignidad o malignidad y puede detectar otras áreas sospechosas en la misma mama o en la contralateral que sean imperceptibles a la exploración física; b)- la citología por punción aspirativa; c)- la biopsia escisional en algunas ocasiones puede ser necesaria para establecer el diagnóstico definitivo.

El tratamiento va a consistir en cirugía, radioterapia y tratamiento sistémico complementario (quimioterapia y hormonoterapia).

El tratamiento sistémico complementario no solo aumenta el intervalo libre de enfermedad, sino que también aumenta la supervivencia global.

El cáncer de mama metastásico es una enfermedad incurable en el cual los objetivos del tratamiento deben ser la paliación de los síntomas y la prolongación de la supervivencia con el mantenimiento de una buena calidad de vida.

La detección selectiva en el cáncer de mama tiene varias técnicas aceptadas como son: la mamografía, el examen clínico de mamas y el auto examen de mamas.

Por último, y debido a que nuestro objetivo es conocer los motivos que influyen en la no realización anual de la mamografía en mujeres mayores de 40 años, consideramos de gran importancia definir qué entendemos por motivo y describir las características más relevantes de esta población.

Entendemos por **Motivo** a la causa o razón que determina que exista o se haga algo, que interviene en el acto volitivo y que está constituido por un componente intelectual conciente y un valor conciente o inconsciente, que atrae las tendencias y sentimientos.

A las **mujeres mayores de 40** y menores de 65 años se las considera mujeres que cursan la vida adulta media y las mayores de 65 años se dice que cursan la ancianidad.

A medida que las mujeres llegan a estas edades, se van haciendo más aparentes los signos de envejecimiento, que sustituyen a los del desarrollo físico.

En la mayoría de los principales sistemas orgánicos, se inicia una declinación sutil, pero gradual.

Durante la quinta década de la vida, los cristalinos van perdiendo gradualmente elasticidad, lo que da lugar a una pérdida de la capacidad para enfocar con claridad las imágenes visuales cercanas, con lo que disminuye la visión cercana. También provoca una reducción de la agudeza visual, un aumento del tiempo necesario para adaptarse desde una zona iluminada a otra oscura y una disminución de la visión periférica.

La grasa comienza a acumularse en la parte inferior abdomen y las caderas lo que hace que la mayoría de las mujeres de edad media aumenten su peso en alrededor de 5 a 10 Kg.

La piel deja de adaptarse íntimamente a músculos y huesos y sus pliegues se hacen más pronunciados.

El pelo crece con mayor lentitud y se hace fino porque disminuye el diámetro de los folículos pilosos. A medida que va perdiendo pigmentación, el pelo comienza a adquirir un color grisáceo.

El sentido del tacto comienza a declinar hacia los 45 años, mientras que después de los 50 se va reduciendo la sensibilidad al dolor. También disminuye la tolerancia al mismo, por lo que las ancianas pueden percibirlo de una forma más aguda.

Los aparatos cardiovascular y pulmonar también cambian con la edad. La contractibilidad del corazón disminuye, lo que da lugar a un menor índice cardíaco. La función cardíaca desciende en un 15 a 20 %.

La función respiratoria también disminuye durante la cuarta y quinta década de la vida. Los pulmones y los bronquios se hacen menos elásticos, lo que se traduce en una disminución de la capacidad pulmonar máxima.

Con el transcurso de los años las mujeres tardan más tiempo en recuperar las frecuencias cardíaca y respiratoria tras el ejercicio.

Se pueden modificar los hábitos intestinales. Los movimientos intestinales se hacen menos frecuentes por la disminución de la motilidad gastrointestinal y la inactividad física.

Las necesidades sexuales no cambian en relación a los años precedentes, pero sí lo hace la función sexual.

Durante los años medios de la vida adulta, se hace menos énfasis en el sexo con fines de procreación, desplazando este énfasis hacia la intimidad sexual y la satisfacción de los deseos personales.

Las mujeres experimentan el climaterio o la menopausia durante estos años.

Aunque las experiencias femeninas de la menopausia varían mucho, hay ciertos elementos universales. El más evidente de ellos es el cese de la menstruación que, por lo general ocurre entre las edades de 45 y 55 años de edad. Como hecho natural, la edad promedio de es 51 años en las sociedades industrializadas y en los países subdesarrollados 49 años.

La disminución de la función ovárica suele ir acompañada de síntomas de reducción de la producción de estrógenos. Los "sofocos" afectan a casi todas las mujeres. Otros síntomas derivados de la menor producción hormonal pueden ser las cefaleas, las palpitaciones y los entumecimientos, hormigueos o enfriamiento de las extremidades.

La menopausia da lugar a cambios atróficos en la vagina. El epitelio vaginal se hace más fino y seco a causa de la falta de estrógenos. La vagina se acorta y se estrecha. Los labios y el clitoris también se atrofian, y lo mismo sucede con el útero y los ovarios. Estos cambios pueden contribuir al prurito y a la sensación de quemazón vaginal, así como a la aparición de molestias durante el coito.

Las reacciones emocionales que pueden acompañar a la menopausia consisten en ansiedad, nerviosismo y cambios en el estado de ánimo.

Ciertos síntomas de casi todas las partes del cuerpo se han atribuido a la menopausia en un momento dado: problemas urinarios, dolores de cabeza, dolores de espalda, palpitaciones, insomnio, falta de energía, entre otros.

No obstante, se reconoce actualmente que la mayoría de estos síntomas no tienen que ver con la menopausia. Muchos de ellos se vinculan al proceso de envejecimiento y ocurren por estrés de la vida en edad mediana siendo comunes para hombres y mujeres.

Se aprecia una incidencia de una serie de enfermedades principales de las mujeres posmenopáusicas como infartos, cáncer, osteoporosis y factores de aceleración de las mismas.

Las mujeres de edad mediana llegan a un punto crítico y no sólo han de soportar los efectos físicos y psicológicos sino también el estrés emotivo de los sucesos acongojantes de la vida como enfermedad grave o el deceso de un pariente cercano, la jubilación propia o del marido, ingresos inferiores y / o la responsabilidad de ocuparse de sus propios padres ya ancianos y delicados. La contrapartida positiva es quedar libre del embarazo, disfrutar de los nietos y tener oportunidad de emprender otras actividades.

Aunque las mujeres viven más tiempo que los hombres, la mayoría de las mujeres son viudas a la edad de 75 años, ello no significa necesariamente que

disfrutan de una vida de buena calidad. Una de las consecuencias de una vida longeva es un período de sufrimiento más largo de enfermedades más crónicas como la osteoporosis, demencia, malnutrición, soledad, además de violencia, entre otros.

La función biológica de una mujer -menarca y menopausia- no es el único componente de los problemas específicos de su género. También, el papel social y el trabajo que ella desempeña inciden en su salud.

Algunos de los problemas de salud más comunes a las mujeres mayores son: artritis, dolencias reumáticas; los cánceres (cervicouterino, mamario y colorectal); depresión; diabetes; cardiopatías; osteoporosis, fallas y pérdida de memoria; incontinencia urinaria, entre otras.

## Fundamentación y Antecedentes

Fundándose en la realidad sanitaria del mundo occidental y de nuestro país, es que se permite esperar un aumento progresivo de personas con cáncer en los próximos decenios.

La disminución de la mortalidad infantil y la prolongación de la expectativa de vida, son algunos de los factores que favorecen la aparición de enfermedades degenerativas y tumores al permitir una vida más larga.

El cáncer es para Uruguay un problema de salud pública, ya que constituye la 2ª causa de mortalidad, ubicándonos a nivel mundial en los primeros lugares, con una tasa de mortalidad de 202/100.000 habitantes para hombres, y de 112/100.000 para mujeres.

El cáncer de mama es el tumor más frecuente en la mujer, ubicándose Uruguay en el 4º lugar por casos incidentes en el continente americano. En nuestro país es la primer causa de mortalidad por cáncer en la mujer. En cuanto a la mortalidad según tasa ajustada Montevideo ocupaba el 2º lugar. (Fuente: Vasallo, J. II Atlas de Incidencia de Cáncer de Mama 1996-1997)

### Distribución de casos de cáncer de mama

Años / Casos	Uruguay	Montevideo	Interior
1996 - 1997	3460	2049	1411

Fuente: Vasallo, J. II Atlas de Incidencia de Cáncer de Mama 1996-1997

Años / Casos	Uruguay	Montevideo	Interior
1989 - 1993	2946	1702	1244
1994 - 1998	3162	1764	1398

Fuente: Vasallo, J. II Atlas de Mortalidad de Cáncer de Mama 1996-1997

El factor de riesgo más importante para desarrollar patología mamaria maligna es la edad, que aumenta sustancialmente después de los 40 años.

La incidencia en mujeres de 50 – 54 años fue aproximadamente de 229/100.000, mientras que entre los 70 y 74 años duplicó este valor con una relación de 450/100.000. Entre los 40 y 49 años la incidencia es más baja, pero en este grupo etario es la primer causa de muerte. En lo anteriormente mencionado se encuentra la fundamentación del criterio de inclusión de mujeres mayores de 40 años utilizado para este estudio.

El cáncer de mama tiene una fase latente que se estima aproximadamente entre uno y dos años. El diagnóstico en esa fase permite la aplicación de tratamientos más eficaces y mejor tolerados que determinan un beneficio sobre las curvas de mortalidad.

En las mujeres con edades que oscilan entre 40 y 49 años hay más incidencia de tumores histológicamente más agresivos con menor tiempo de duplicación y fase latente más corta, en las mayores de 59 años esta fase sub clínica se duplica. El diagnóstico oportuno, permite un impacto favorable en la relación de morbi – mortalidad, ya que los tumores de menor tamaño se asocian con menor incidencia de compromiso ganglionar y mejor pronóstico.

En la actualidad existen estudios efectuados sobre la viabilidad de la prevención primaria en la lucha contra el cáncer de mama, en los cuales se

concluye que el mejorar sustancialmente la calidad de vida de la comunidad y específicamente la alimentación de la misma permite disminuir la incidencia del cáncer a largo plazo, (Fuente: Anexo 1 Entrevista Dr. Ronco).

Lograr que una comunidad, "un país" cambie sus hábitos alimenticios, implica un profundo trabajo social, políticas de salud nacional, recursos para llevar acabo las mismas, apuntando a cambiar conceptos y conocimientos en la sociedad para así lograr un cambio de actitud ante la problemática, para luego sí llegar al cambio de comportamiento mantención y convencimiento del mismo.

También existen en la actualidad numerosos estudios que demuestran el rol de la prevención secundaria (detección oportuna) en el cáncer de mama. (Fuente: Anexo 2 Entrevista Dr. Mate).

El objetivo básico de la prevención secundaria es detectar la enfermedad en su fase asintomática, realizándose esto a través de métodos de tamizaje, detección selectiva o cribaje. Los exámenes que se evalúan en el proceso de tamizaje son: auto examen de mama, examen clínico de mamas y mamografía. De estos tres el que toma mayor relevancia actualmente en la detección oportuna es la mamografía. La misma es la técnica radiológica más usada tanto para el tamizaje como para el diagnóstico de las pacientes sintomáticas. Su tasa de detección es del 80 – 85%, puede ver o detectar lesiones de 1 cm o menos y signos radiológicos de malignidad, tiene por lo tanto mayor especificidad y sensibilidad. Es capaz de detectar tumores antes que sean palpables o puestos de manifiesto por el examen físico. (Fuente: Anexo 2 Entrevista Dr. Mate).

El empleo de la mamografía como técnica de tamizaje ha demostrado su eficacia a tal punto que el control anual fue capaz de reducir el número de pacientes con adenopatías axilares afectadas en un 50%. Esto se ve demostrado a través de diferentes estudios realizados en distintas partes del mundo que demuestran que en la población participante en programas de screening mamográfico la mortalidad disminuyó un 30% comparándola con la población de iguales características que no se incluyó en el tamizaje.

Por otra parte también existen estudios sobre costo – beneficio de los programas de screening a través de la mamografía, mostrando que el costo estaría compensado por el ahorro en el tratamiento aplicado en estadios avanzados. En una investigación realizada en Florida (EE.UU), en una Institución de programas de detección precoz se obtuvo resultados claramente favorables: costos por tratamiento U\$\$ 967.265, costos por tamizaje U\$\$ 725.869.

El nivel de aceptación en la población mundial está en aumento, con un 84% de mujeres que se han realizado por lo menos una mamografía. En nuestro país lamentablemente aún no existen niveles adecuados de adhesión; (Fuente: Anexo 2 Entrevista Dr. Mate), a pesar de que existen diversas Instituciones públicas y privadas que están trabajando en la detección oportuna del cáncer de mama, de los cuales se destacan a nivel nacional el Programa Nacional de Cáncer de Mama (PRONACAM), (ver anexo 3) y la Comisión Honoraria de Lucha Contra el Cáncer (CHLCC), (ver anexo 4).

El Programa de Detección Precoz de Cáncer de Mama, (Fuente: Anexo 5 Entrevista Dr. Parada), llevado adelante por la CHLCC, llega a todo el país con mamógrafos de alta resolución e intenta lograr mayor adhesión con programas de sensibilización y realizando mamografías a todas las mujeres mayores de 40 años de forma gratuita.

En nuestro país se recomienda la inclusión de mamografía en los programas de tamizaje de cáncer de mama a partir de los 40 años de forma anual. No ha acuerdo en fijar el límite superior de edad para aplicar los programas, (Fuente Anexo 2 Entrevista Dr. Mate).

De las medidas posibles para mejorar el control de esta enfermedad prevención primaria, detección oportuna y optimización de su tratamiento; los que presentan la potencialidad de lograr una rápida reducción de su mortalidad en nuestro país son la detección precoz y optimización del tratamiento.

En la actualidad los números indican que de 650.000 mujeres mayores de 40 años solo 120.000 (18,5%), se han realizado mamografías. (Fuente: Datos extraídos de la exposición realizada por las Dra. T. Sandar y Dra. S. Palastí, en el XXIX Congreso Nacional de Medicina Interna, año 2000).

A nivel mundial existen escasos estudios sobre las actitudes de las mujeres frente a la mamografía. En un estudio efectuado en EE.UU sobre la actitud de la mujer hacia la realización de este estudio radiológico, la mayoría ha oído acerca del procedimiento, pero pocas se lo han realizado. Uno de los principales factores fue la falta de derivación o recomendación por parte del médico. Otros obstáculos que se encontraron fueron: el miedo a la radiación, a las molestias, al cáncer, el costo y la creencia de no estar en riesgo, y en ocasiones también la creencia de que otras pruebas (examen clínico) son adecuadas. (Fuente: Anexo 2 Entrevista Dr. Mate).

A pesar de la exhaustiva búsqueda que hemos realizado aún no hemos encontrado, en Uruguay, investigaciones sobre los motivos que influyen en la escasa adhesión a los métodos de tamizaje, especialmente a la mamografía.

El cáncer de mama presenta grandes desafíos a las enfermeras en el área de la detección precoz y del tratamiento oportuno. Como enfermeras consideramos de vital importancia tener conocimientos sobre esta enfermedad y su tratamiento, siempre cambiante, actuar con honestidad, ser realista y creativo cuando se brinda el apoyo y la atención, ser hábil en el control de los síntomas, atender a las usuarias dentro del contexto de su familia, o sus allegados y estar dispuesta a participar tanto en la comunidad profesional como en la no profesional, para promover la salud de la mujer. El profesional de enfermería cumple un rol fundamental a nivel comunitario, investigando conjuntamente con la población en base a las necesidades que la misma demande, está especialmente capacitado para proporcionar la atención integral que cubra las necesidades de todos los grupos de edad a nivel comunitario.

Basándonos en los datos epidemiológicos y en las entrevistas realizadas se comprueba una baja participación de las mujeres consideradas población de riesgo en el tamizaje, constatándose una tendencia ascendente importante de los índices de morbi - mortalidad por cáncer de mama en nuestro país. Observando los resultados beneficiosos de la aplicación de este método y favorable costo beneficio, nos vimos impulsados a investigar el por qué de este comportamiento en las mujeres mayores de 40 años.

De nosotros depende en gran parte que estas mujeres puedan tener una mejor calidad de vida, con una participación real en prevención tanto primaria como secundaria, ya sea investigando, planificando o ejecutando programas que permitan contribuir a estabilizar esta tendencia creciente de morbi - mortalidad por esta enfermedad.

Por lo anteriormente mencionado, es que consideramos de real importancia comenzar una investigación de tipo descriptivo que nos permita aproximarnos a conocer los motivos que influyen para que las mujeres consideradas en riesgo

no se realicen la mamografía anualmente. Esto nos permitirá ampliar el horizonte en la investigación así como también el cuerpo de conocimientos de enfermería en el Uruguay, ya que históricamente se han centrado primordialmente en la fase asistencial de la enfermedad, es decir cuando la misma ya existe y está manifestada mediante signos y síntomas, actuando enfermería en el tratamiento y rehabilitación de la paciente. La enfermería, en menor medida, ha abordado la prevención secundaria apuntando principalmente al AEM, técnica por la cual, según estudios realizados, no ha podido disminuir significativamente el índice de morbi – mortalidad.

La prevención secundaria es la mejor estrategia disponible en el país en la lucha contra el cáncer de mama. Tiene como objetivo la detección y el tratamiento del cáncer en sus etapas iniciales cuando la posibilidad de curación es mayor, disminuyendo los índices de mortalidad.

Creemos que es de vital importancia identificar a los individuos de alto riesgo (mujeres mayores de 40 años), y valorar los motivos por los cuales las mujeres uruguayas no han incorporado la importancia de incluir la mamografía en su control de salud.

INSTITUTO NAL. ENFERMERIA  
BIBLIOTECA  
HOSPITAL DE CLINICAS  
AV ITALIA S/N 3er PISO  
MONTEVIDEO - URUGUAY

## **Diseño metodológico**

### **Tipo de estudio**

Es un estudio de tipo descriptivo, retrospectivo y de corte transversal.

### **Área de estudio**

La investigación se realizó en seis policlínicas pertenecientes a la Intendencia Municipal de Montevideo, ubicadas en diferentes puntos de la ciudad.

Policlínica Lavalleja: ubicada en José Batlle y Ordóñez 4800

Policlínica Casabó: ubicada en Charcas y Calle 10

Policlínica Punta de Rieles: ubicada en Camino Maldonado s / n

Policlínica Barrio Sur: ubicada en Gonzalo Ramírez 1238

Policlínica Colón: ubicada en Av. Eugenio Garzón 2101

Policlínica Paso de la Arena: ubicada en Tonkinson y Luis Batlle Berres.

### **Universo**

Son todas las mujeres mayores de 40 años que no se realizan la mamografía en forma recomendada (anualmente), que concurren a las policlínicas Lavalleja, Casabó, Punta de Rieles, Barrio Sur, Colón y Paso de la Arena pertenecientes a la Intendencia Municipal de Montevideo; en el período comprendido entre el 28 de abril y el 2 de mayo del 2003, en el horario de 8 a 12 hs.

### **Muestra**

Son las mujeres mayores de 40 años que no se realizan la mamografía en forma recomendada (anualmente), que concurren a las policlínicas Lavalleja, Casabó, Punta de Rieles, Barrio Sur, Colón y Paso de la Arena pertenecientes a la Intendencia Municipal de Montevideo; en el período comprendido entre el 28 de abril y el 2 de mayo del 2003, en el horario de 8 a 12 hs y que aceptan participar del estudio.

El muestreo es de tipo no probabilístico, por conveniencia.

### **Criterios de inclusión**

- Mujeres
- Mayores de 40 años
- Que concurren a una de las policlínicas seleccionadas en el período y horario estipulados.
- Que no se realizan la mamografía en forma recomendada.
- Que aceptan participar del estudio.

## **Presentación de las variables del objeto de estudio y su medición**

### **1- Edad**

*Definición conceptual:* es el período de tiempo transcurrido desde el nacimiento hasta la fecha actual.

*Definición operativa:* años cumplidos.

*Clasificación:* cuantitativa continua.

*Indicador:* 40 - 49, 50 - 59, 60 - 69, 70 o más años. Se seleccionaron estos rangos de acuerdo a los datos epidemiológicos obtenidos de la bibliografía consultada.

### **2 – Estado Civil**

*Definición conceptual:* situación que manifiesta la persona sobre su estado conyugal.

*Definición operativa:* situación conyugal manifestada.

*Clasificación:* cualitativa nominal.

*Indicadores:* casada, soltera, viuda, divorciada, unión libre.

### **3 – Nivel de Instrucción**

*Definición conceptual:* años cursados en la educación formal.

*Definición operativa:* escolaridad.

*Clasificación:* cualitativa nominal.

*Indicadores:* primaria incompleta, primaria completa, secundaria incompleta, secundaria completa, terciaria incompleta, terciaria completa.

### **4 - Ocupación**

*Definición conceptual:* trabajo o actividad en el que el individuo emplea su tiempo, rentada o no rentada.

*Definición operativa:* manifestación de su situación laboral.

*Clasificación:* cualitativa nominal.

*Indicadores:*

- empleada
- desocupada
- ama de casa
- jubilada / pensionista
- trabajador independiente
- otros

### **5 - Carga horaria laboral**

*Definición conceptual:* tiempo que insume la actividad laboral rentada.

*Definición operativa:* tiempo en horas que insume la actividad laboral.

*Clasificación:* cuantitativa continua.

*Indicadores:* menos de 8 horas, 8 hs., más de 8 horas.

## **6- Frecuencia del control ginecológico**

*Definición conceptual:* tiempo que transcurre entre el último control ginecológico y el anterior.

*Definición operativa:* tiempo en años que transcurre entre el último control ginecológico y el anterior.

*Clasificación:* cualitativa nominal.

*Indicadores:* - nunca

- menos de un año

- cada año

- más de un año

## **7 - Realización de mamografía**

*Definición conceptual:* sometimiento al estudio radiólogo de ambas mamas, en alguna ocasión.

*Definición operativa:* mamografía realizada en alguna ocasión.

*Clasificación:* cualitativa nominal.

*Indicadores:* si / no.

## **8 - Frecuencia de realización de mamografía**

*Definición conceptual:* tiempo que transcurre entre la realización de un estudio radiológico mamográfico y el siguiente.

*Definición operativa:* tiempo en años.

*Clasificación:* cualitativa nominal.

*Indicadores:* cada 2 años, cada 3 años, más de 3 años, de forma irregular.

## **9 - Motivo influyente**

*Definición conceptual:* es la causa o razón que determina que la mujer no se realice la mamografía en forma recomendada.

*Definición operativa:* motivo manifestado por el cual la mujer no se realiza la mamografía en forma recomendada.

*Clasificación:* cualitativa nominal

*Indicadores:* no se planteó el tema, el médico nunca se lo propuso, dificultad económica para el transporte, temor al dolor, temor al resultado, falta de tiempo, no conoce dónde realizársela gratuitamente, otros.

## **10 - Indicación de mamografía**

*Definición conceptual:* indicación por parte del médico ginecólogo del estudio radiológico de mamas en su último control ginecológico.

*Definición operativa:* indicación realizada por parte del médico ginecólogo del estudio radiológico de mamas en su último control ginecológico.

*Clasificación:* cualitativa nominal.

*Indicadores:* si / no.

## **11- Intención de realizarse la mamografía**

*Definición conceptual:* voluntad que posee la mujer de realizarse la mamografía en un futuro.

*Definición operativa:* voluntad manifestada por la mujer de realizarse la mamografía en un futuro.

*Clasificación:* cualitativa nominal.

*Indicadores:* si / no.

## Presentación de los resultados

Se efectuó a través de tablas de frecuencia (absoluta y porcentual) y gráficas, realizándose un análisis univariado y bivariado.

**Tabla 1: Distribución por Edad de la población en estudio (\*).**

<b>Edad</b>		
<i>Indicadores</i>	<i>FA</i>	<i>FR%</i>
40 – 49	65	27
50 – 59	65	27
60 – 69	63	26
70 o más	48	20
<b>Total</b>	<b>241</b>	<b>100</b>

**Tabla 2: Distribución por Estado Civil en la población en estudio (\*).**

<b>Estado Civil</b>		
<i>Indicadores</i>	<i>FA</i>	<i>FR%</i>
Casada	102	42,4
Soltera	21	8,7
Viuda	52	21,5
Divorciada	49	20,4
Unión libre	17	7
<b>Total</b>	<b>241</b>	<b>100</b>

**Tabla 3: Distribución por Nivel de Instrucción en la población en estudio (\*).**

<b>Nivel de Instrucción</b>		
<i>Indicadores</i>	<i>FA</i>	<i>FR%</i>
Primaria incompleta	69	28,6
Primaria completa	114	47,3
Secundaria incompleta	42	17,4
Secundaria completa	10	4,1
Terciaria incompleta	3	1,3
Terciaria completa	3	1,3
<b>Total</b>	<b>241</b>	<b>100</b>

**Tabla 4: Distribución por Ocupación en la población en estudio (\*).**

<b>Ocupación</b>		
<i>Indicadores</i>	<i>FA</i>	<i>FR%</i>
Empleada	43	17,8
Desocupada	33	13,6
Ama de Casa	80	33,2
Jubilada y pensionista	64	26,6
Trabajador independiente	21	8,8
<b>Total</b>	<b>241</b>	<b>100</b>

\* Fuente: mujeres mayores de 40 años que no se realizan mamografía de forma anual, entrevistadas en el período comprendido entre el 28 de abril y el 2 de mayo de 2003 en seis policlínicas de la Intendencia Municipal de Montevideo.

\*\* Aclaración: las tablas se encuentran en frecuencias absolutas.

Tabla 5: Distribución por Carga Horaria Laboral en la población en estudio (\*).

Carga horaria laboral		
Indicadores	FA	FR%
Menos de 8 horas	30	46,9
8 horas	13	20,3
Más de 8 horas	21	32,8
Total	64	100

Tabla 6: Distribución por Frecuencia del Control Ginecológico en la población en estudio(\*).

Frecuencia del control ginecológico		
Indicadores	FA	FR%
Nunca	79	32,8
Cada menos de 1 año	10	4,1
Cada un año	52	21,5
Cada más de un año	100	41,5
Total	241	100

Tabla 7: Distribución por Realización de la Mamografía en alguna ocasión en la población en estudio (\*).

Realización de mamografía		
Indicadores	FA	FR%
Sí	147	61
No	94	39
Total	241	100

Tabla 8: Distribución por Frecuencia de Realización de la Mamografía en la población en estudio (\*).

Frecuencia de realización de mamografía		
Indicadores	FA	FR%
Cada 2 años	39	26,5
Cada 3 años	4	2,7
Más de 3 años	12	8,2
De forma irregular	92	62,6
Total	241	100

Tabla 9: Distribución por Indicación de Mamografía en el último control Ginecológico en la población en estudio (\*).

Indicación de Mamografía		
Indicadores	FA	FR%
No	90	56,8
Si	72	43,2
Total	162	100

\* Fuente: mujeres mayores de 40 años que no se realizan mamografía de forma anual, entrevistadas en el período comprendido entre el 28 de abril y el 2 de mayo de 2003 en seis políclínicas de la Intendencia Municipal de Montevideo.

\*\* Aclaración: las tablas se encuentran en frecuencias absolutas.

**Tabla 10: Distribución por Motivo Influyente en la población en estudio (\*).**

Motivo influyente		
Indicadores	FA	FR%
No se planteó el tema	80	33,2
El médico nunca se lo propuso	44	18,2
Falta de tiempo	39	16,2
Dificultad económica para el transporte	19	7,9
No conoce donde realizársela gratuitamente	16	6,6
Temor al resultado	14	5,8
Temor al dolor	5	2,1
Otros	24	10
Total	241	100

**Tabla 11: Distribución por intención de realización de la mamografía en la población en estudio (\*).**

Intención de realizarse la mamografía		
Indicadores	FA	FR %
Sí	193	80
No	48	20
Total	241	100

**Tabla 12: Distribución de datos: Motivo Influyente en relación a Edad (\*) (\*\*).**

		Edad				Total
		40-49	50-59	60-69	70 o más	
Motivo influyente	No se planteó el tema	19	20	25	16	80
	El médico nunca se lo propuso	17	7	10	10	44
	Falta de tiempo	11	15	5	8	39
	Dificultad económica para el transporte	2	5	10	2	19
	No conoce donde realizársela gratuitamente	5	6	3	2	16
	Temor al resultado	4	5	4	1	14
	Temor al dolor	5	0	0	0	5
	Total	63	58	57	39	217

**Tabla 13: Distribución de datos: Motivo Influyente en relación a Estado Civil (\*) (\*\*).**

		Estado Civil					Total
		Casada	Soltera	Viuda	Divorciada	Unión libre	
Motivo influyente	No se planteó el tema	30	6	23	14	7	80
	El médico nunca se lo propuso	17	6	8	9	4	44
	Falta de tiempo	20	4	4	10	1	39
	Dificultad económica para el transporte	2	2	7	6	2	19
	No conoce donde realizársela gratuitamente	11	1	1	2	1	16
	Temor al resultado	8	2	2	2	0	14
	Temor al dolor	2	1	1	0	1	5
	Total	90	22	46	43	16	217

\* Fuente: mujeres mayores de 40 años que no se realizan mamografía de forma anual, entrevistadas en el período comprendido entre el 28 de abril y el 2 de mayo de 2003 en seis policlínicas de la Intendencia Municipal de Montevideo.

\*\* Aclaración: las tablas se encuentran en frecuencias absolutas.

Tabla 14: Distribución de datos: Motivo Influyente en relación Nivel de Instrucción(\*) (\*\*).

	Nivel de Instrucción						Total	
	Primaria incompleta	Primaria completa	Secundaria incompleta	Secundaria completa	Terciaria incompleta	Terciaria completa		
Motivo influyente	No se planteó el tema	31	33	14	2	0	0	80
	El médico nunca se lo propuso	10	22	9	3	0	0	44
	Falta de tiempo	8	21	6	3	1	0	39
	Dificultad económica para el transporte	6	9	2	1	1	0	19
	No conoce donde realizársela gratuitamente	5	6	3	1	0	1	16
	Temor al resultado	0	9	3	1	1	0	14
	Temor al dolor	2	3	0	0	0	0	5
	Total	62	103	37	11	3	1	217

Tabla 15: Distribución de datos: Motivo Influyente en relación a la Ocupación (\*) (\*\*).

	Emplea.	Desocupa.	Ama de casa	Jubilada / pensionista.	Trabajador independiente	Total	
							Motivo influyente
	El médico nunca se lo propuso	6	7	18	10	3	44
	Falta de tiempo	16	3	6	9	5	39
	Dificultad económica para el transporte	2	1	8	7	1	19
	No conoce donde realizársela gratuitamente	3	3	7	2	1	16
	Temor al resultado	5	3	1	4	1	14
	Temor al dolor	0	2	3	0	0	5
	Total	43	30	68	59	17	217

Tabla 16: Distribución de datos: Motivo Influyente en relación Carga Horaria Laboral (\*) (\*\*).

	Carga horaria laboral			Total	
	Más de 8 horas	8 horas	Más de 8 horas		
Motivo	Falta de tiempo	9	5	7	21
	No se planteó el tema	7	3	7	17
	El médico nunca se lo propuso	3	3	3	9
	Temor al resultado	6	0	0	6
	No conoce donde realizársela gratuitamente	0	2	2	4
	Dificultad económica para el transporte	2	0	1	3
	Temor al dolor	0	0	0	0
	Total	27	13	20	60

\* Fuente: mujeres mayores de 40 años que no se realizan mamografía de forma anual, entrevistadas en el período comprendido entre el 28 de abril y el 2 de mayo de 2003 en seis políclínicas de la Intendencia Municipal de Montevideo.

\*\* Aclaración: las tablas se encuentran en frecuencias absolutas.

Tabla 17: Distribución de datos: Motivo influyente en relación Frecuencia del Control Ginecológico (\*) (\*\*).

Motivo influyente	Frecuencia del control ginecológico				Total
	Nunca	Cada menos de 1 año	Cada un año	Cada más de un año	
No se planteó el tema	36	4	9	31	80
El médico nunca se lo propuso	8	3	15	16	44
Falta de tiempo	10	1	11	17	39
Dificultad económica para el transporte	4	2	2	11	19
No conoce donde realizársela gratuitamente	4	1	5	6	16
Temor al resultado	7	0	3	4	14
Temor al dolor	4	0	1	0	5
Total	73	11	46	87	217

Tabla 18: Distribución de datos: Motivo Influyente en relación a la Realización de la mamografía (\*) (\*\*).

Motivo influyente	Realización de mamografía			Total
	Sí	No		
No se planteó el tema	43	37		80
El médico nunca se lo propuso	19	25		44
Falta de tiempo	30	9		39
Dificultad económica para el transporte	17	2		19
No conoce donde realizársela gratuitamente	10	6		16
Temor al resultado	6	8		14
Temor al dolor	1	4		5
Total	126	91		217

Tabla 19: Distribución de datos: Motivo influyente en realización Frecuencia de realización de mamografía (\*) (\*\*).

Motivo influyente	Frecuencia de realización de la mamografía				Total
	Cada 2 años	Cada 3 años	Más de 3 años	De forma irregular	
No se planteó el tema	8	4	3	28	43
Falta de tiempo	9	0	0	21	30
El médico nunca se lo propuso	4	2	2	11	19
Dificultad económica para el transporte	5	0	0	12	17
No conoce donde realizársela gratuitamente	0	1	2	7	10
Temor al resultado	1	0	0	5	6
Temor al dolor	1	0	0	0	1
Total	28	7	7	84	126

\* Fuente: mujeres mayores de 49 años que no se realizan mamografía de forma anual, entrevistadas en el período comprendido entre el 26 de abril y el 2 de mayo de 2003 en seis policlínicas de la Intendencia Municipal de Montevideo.

\*\* Aclaración: las tablas se encuentran en frecuencias absolutas.

**Tabla 20: Distribución de datos: Motivo influyente en relación a Indicación de mamografía (\*) (\*\*).**

		Indicación de mamografía		
		Sí	No	Total
Motivo influyente	No se planteó el tema	21	23	44
	El médico nunca se lo propuso	0	36	36
	Falta de tiempo	15	14	29
	Dificultad económica para el transporte	8	7	15
	No conoce donde realizársela gratuitamente	5	7	12
	Temor al resultado	4	3	7
	Temor al dolor	1	0	1
	Total	54	90	144

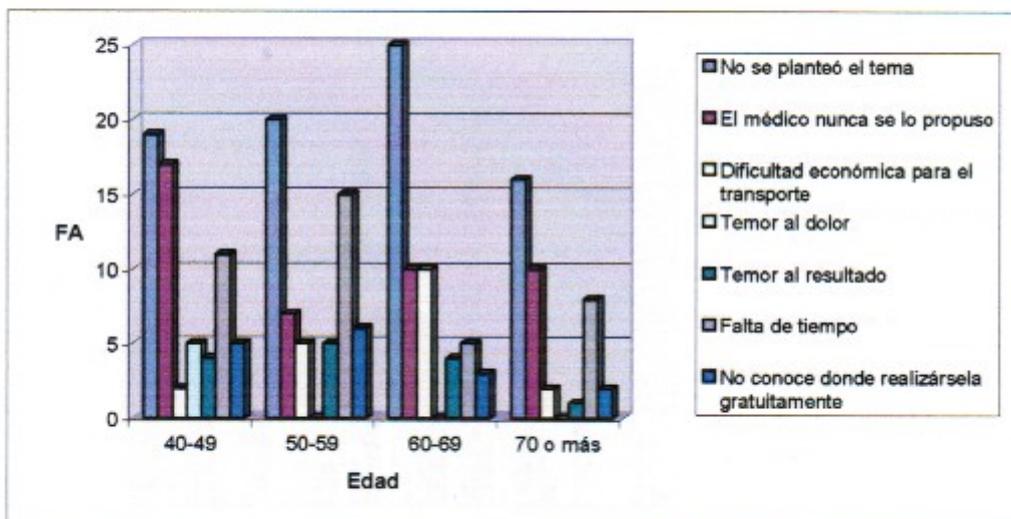
**Tabla 21: Distribución de los datos: Motivo influyente en relación a la intención de realización de mamografía (\*) (\*\*).**

		Intención de realizarse la mamografía		
		Sí	No	Total
Motivo influyente	No se planteó el tema	51	29	80
	El médico nunca se lo propuso	38	6	44
	Falta de tiempo	37	2	39
	Dificultad económica para el transporte	17	2	19
	No conoce donde realizársela gratuitamente	16	0	16
	Temor al resultado	10	4	14
	Temor al dolor	3	2	5
	Total	172	45	217

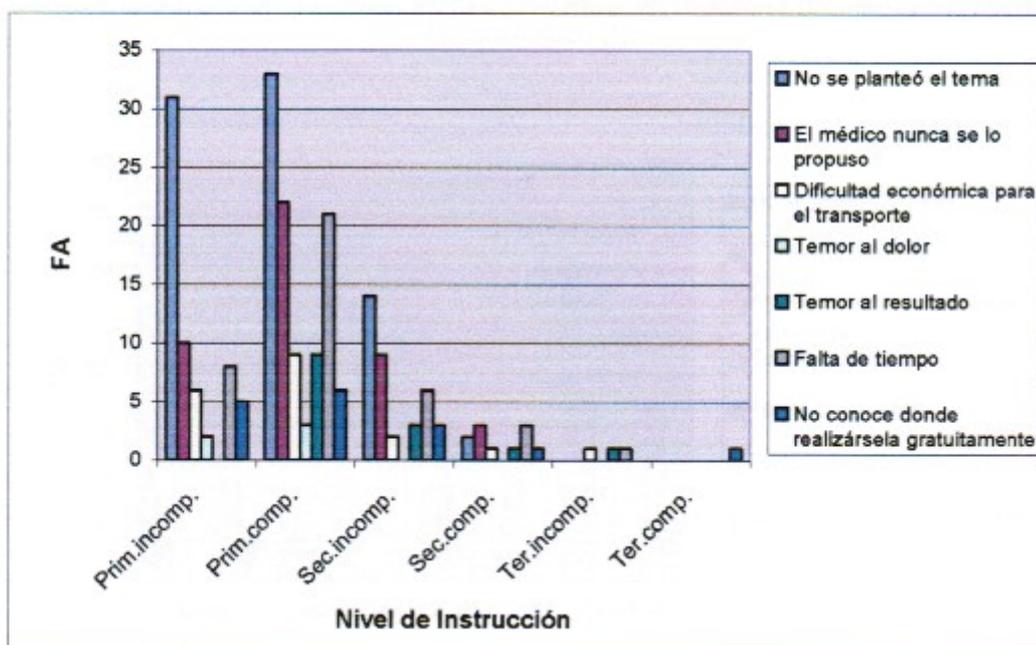
\* Fuente: mujeres mayores de 40 años que no se realizan mamografía de forma anual, entrevistadas en el periodo comprendido entre el 28 de abril y el 2 de mayo de 2003 en seis policlínicas de la Intendencia Municipal de Montevideo.

\*\* Aclaración: las tablas se encuentran en frecuencias absolutas.

Gráfica 1: Distribución de datos: Motivo Influyente en relación Edad (\*).



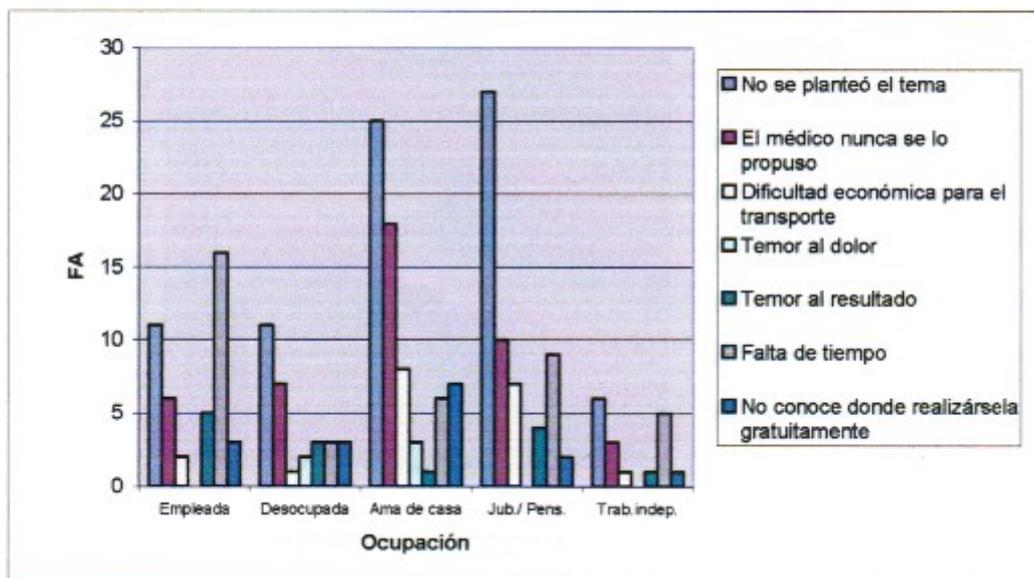
Gráfica 2: Distribución de datos: Motivo Influyente en relación Nivel de Instrucción(\*).



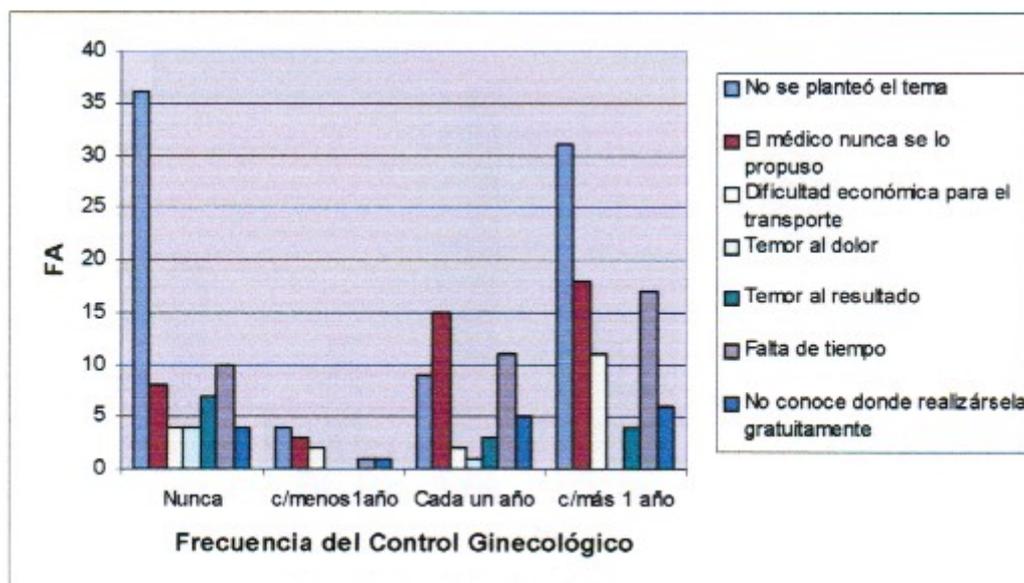
\* Fuente: mujeres mayores de 40 años que no se realizan mamografía de forma anual, entrevistadas en el período comprendido entre el 28 de abril y el 2 de mayo de 2003 en seis policlínicas de la Intendencia Municipal de Montevideo.

\*\* Aclaración: las tablas se encuentran en frecuencias absolutas

Gráfica 3: Distribución de datos: Motivo Influyente en relación a la Ocupación (\*).



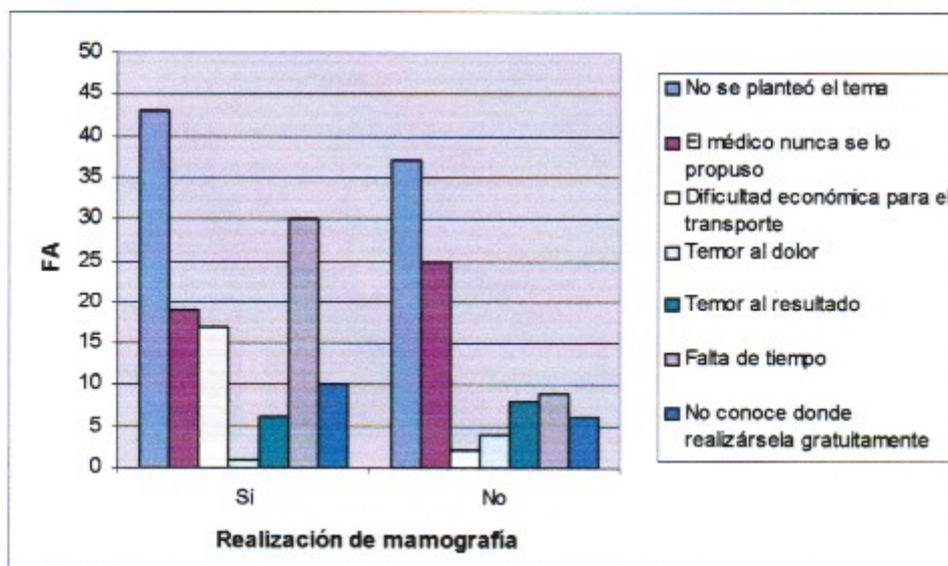
Gráfica 4: Distribución de datos: Motivo Influyente en relación Frecuencia del Control Ginecológico (\*).



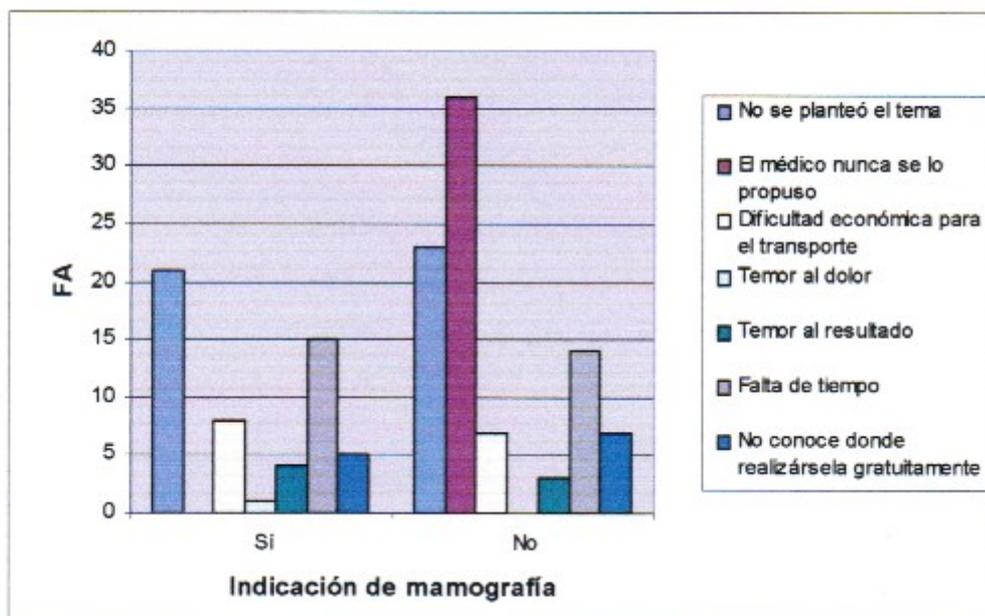
\* Fuente: mujeres mayores de 40 años que no se realizan mamografía de forma anual, entrevistadas en el período comprendido entre el 28 de abril y el 2 de mayo de 2003 en seis policlínicas de la Intendencia Municipal de Montevideo.

\*\* Aclaración: las tablas se encuentran en frecuencias absolutas

Gráfica 5: Distribución de datos: Motivo Influyente en relación a la Realización de la mamografía (\*).



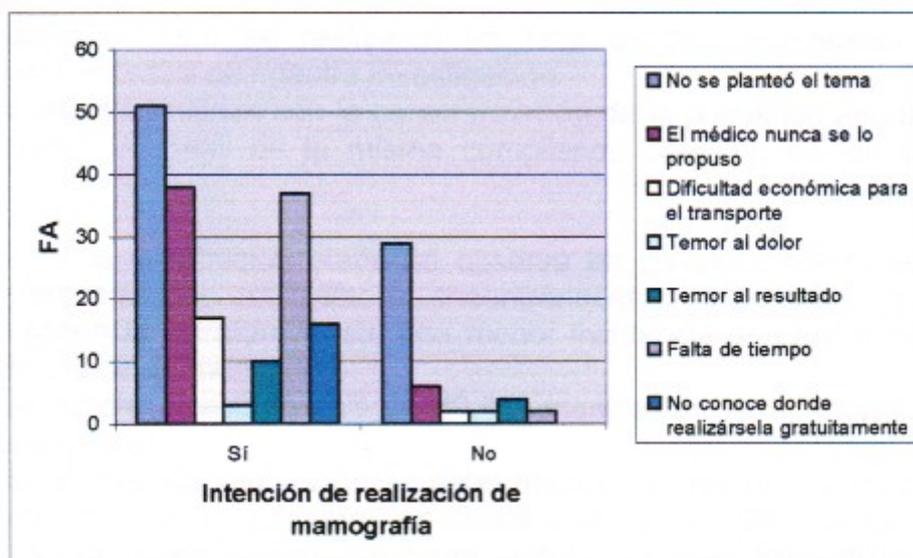
Gráfica 6: Motivo Influyente en relación a Indicación de mamografía (\*).



\* Fuente: mujeres mayores de 40 años que no se realizan mamografía de forma anual, entrevistadas en el período comprendido entre el 28 de abril y el 2 de mayo de 2003 en seis policlínicas de la Intendencia Municipal de Montevideo.

\*\* Aclaración: las tablas se encuentran en frecuencias absolutas

Gráfica 7: Motivo influyente en relación a la intención de realización de mamografía (\*).



\* Fuente: mujeres mayores de 40 años que no se realizan mamografía de forma anual, entrevistadas en el periodo comprendido entre el 28 de abril y el 2 de mayo de 2003 en seis policlínicas de la Intendencia Municipal de Montevideo.

## Comentarios y Análisis

En el período estipulado se realizaron un total de 241 entrevistas lo que corresponde a la muestra de nuestra investigación.

El presente análisis comienza con la caracterización de la población abordada, de forma de obtener un perfil de la misma cumpliendo con uno de los objetivos planteados.

→ En cuanto a la distribución etaria se observa un comportamiento equitativo entre los diferentes rangos establecidos, encontrándose un 54% entre los 40 y 59 años, donde según la literatura existe una menor incidencia de cáncer de mama pero un mayor índice de mortalidad.

→ En lo que refiere al estado civil un 49,4% manifiestan tener pareja estable (casadas o unión libre).

→ En cuanto al nivel de instrucción se debe mencionar que un 75,9% cursaron exclusivamente el nivel primario, completándolo el 47,3%, observándose posteriormente que a medida que aumenta el nivel de instrucción disminuye el número de mujeres que se encuentra en estas categorías.

→ El 33,2% de las mujeres entrevistadas son amas de casa, seguido de un 26,6% de jubiladas o pensionistas, observándose en igual porcentaje las que realizan una actividad laboral remunerada.

De ellas un 46,9% trabajan menos de 8 horas diarias y un 32,8% más de 8 horas por día.

→ En lo referente a la concurrencia de las mismas al control ginecológico, se destaca que un 74,3% no lo realizan de la forma recomendada (anualmente), percibiéndose que el 32,8% nunca han concurrido.

→ Del total de las mujeres entrevistadas el 61% se han realizado en alguna oportunidad una mamografía. El restante 39% nunca se ha realizado una. Si bien los datos no son comparables, a nivel mundial un 16% nunca se han realizado una mamografía, así mismo observamos que a nivel nacional los datos acusan un 81,5% de mujeres que no se han realizado la mamografía.

→ De las que se realizan la mamografía un 62,6% lo hacen de forma irregular y un 26,5% cada 2 años.

→ En lo que refiere al control ginecológico un 56,8% manifiestan que en su último control el médico no le indico la mamografía.

Centrándonos en el objetivo principal de esta investigación, mencionaremos los resultados obtenidos en cuanto a los motivos que manifestaron las entrevistadas por el cual no se han realizado la mamografía en la forma recomendada.

En primer lugar haremos mención a las respuestas brindadas de la pregunta abierta: 52 mujeres coincidieron en que los motivos mas importantes fueron "no siento nada", "me siento bien", "no tengo síntomas", "no siento molestias", "esta todo bien".

Y otras 52 mujeres respondieron: "dejadez", "haraganería", "pereza", "abandono", "dejarse estar", entre otros, siendo estos los mas relevantes en cuanto a su frecuencia.

Suponemos que las mujeres mencionadas en primer lugar poseen un conocimiento erróneo sobre su salud, ya que creen que sentirse bien y no tener síntomas, son sinónimos de ausencia de enfermedad. En cambio las respuestas de las mujeres mencionadas en segundo lugar, dejan ver el desconocimiento de la importancia del cuidado de su salud. Se podría decir que estas mujeres saben que es un problema de voluntad, a diferencia de las primeras que creen que su conducta es la adecuada.

Estos dos grupos de entrevistadas nos orientan a plantearnos dos enfoques de abordaje:

- Con las primeras, apuntaríamos a un cambio de conocimiento para un posterior cambio de comportamiento;
- Con las segundas, trabajaríamos con la motivación de forma de sensibilizarlas en cuanto a su actitud frente a la temática.

A continuación nos referiremos a los motivos que las mujeres creían que estaba incluido el que habían expresado en la pregunta abierta:

- un 33,2% no se plantearon el tema,
- a un 18,2% el médico nunca se la propuso,
- un 16,2% manifestó no realizársela por falta de tiempo.

Siendo estos tres motivos los más destacados.

Los restantes motivos elegidos fueron:

- dificultad económica para el transporte (7,9%),
- no conoce donde realizársela gratuitamente (6,6%),
- temor al resultado (5,8%),
- temor al dolor (2,1%).

Un 10% de las mujeres manifestaron que ninguno de los propuestos se correspondía con el motivo por el cual no se realizaba la mamografía.

Seguidamente se presenta el análisis bivariado realizado a los datos obtenidos, desglosándose el mismo por motivo elegido por las entrevistadas.

#### ***No se planteó el tema (33,2%)***

→ Se encuentran distribuidas uniformemente en los rangos de edades establecidos. Destacamos que a medida que aumenta la edad aumenta el porcentaje de mujeres que eligieron este motivo observándose este comportamiento hasta los 69 años.

Esto se corresponde con el marco conceptual elaborado, dado que la mujer en edad media no solo ha de soportar efectos físicos y psicológicos sino también el estrés emotivo de los sucesos acongojantes de esta etapa de la vida, lo que la lleva al desinterés de su propia salud.

→ El 37,5% de las mujeres son casadas, no olvidando que este estado civil fue el predominante en la población total estudiada. Esta situación se ve agregada a lo anteriormente mencionado, por lo que se podría suponer que la mujer tiende a dedicarse más a su familia y hogar y no tanto a sí misma.

→ El 80% cursaron el nivel primario exclusivamente (incompleta o completa), se observa que a mayor nivel de instrucción disminuye el número de mujeres que eligieron esta opción. Percibiéndose que a menor nivel de instrucción existe un mayor desconocimiento de la importancia de realizarse la mamografía.

- El 33,8% son jubiladas y/ o pensionistas y el 31,3% son amas de casa.
- El 83,7% de las mujeres no se realizan el control ginecológico de forma recomendada, observándose que el 54% de estas, nunca han concurrido a uno. Estos datos afirman lo mencionado anteriormente en cuanto al desinterés de las mujeres por su propia salud.
- De las que han concurrido al control (26,3%), el 52,3% no se le indico la mamografía en el mismo.
- Se destaca que el 53,8% se han realizado en alguna ocasión una mamografía. Se valora que las mujeres poseen cierto grado de sensibilización con respecto a la realización de la mamografía, a pesar de que este es insuficiente ya que de las mujeres que se la realizan (53,8%), el 65,1% lo hacen de forma irregular.

#### ***El médico nunca se lo propuso (18,2 %)***

- El 38,6% tienen entre 40- 49 años lo que corresponde a la frecuencia más elevada.

Consideramos relevante este porcentaje debido a que en este rango de edad se encuentra el índice más alto de mortalidad en nuestro país y el no indicar la mamografía en esta franja etaria no contribuye en el control de esta enfermedad.

- El 72,7% cursaron el nivel primario (incompleta o completa).

Creemos que el nivel de instrucción influye en el desconocimiento de la importancia de la realización de la mamografía, porque si bien el médico no se lo propone, estas mujeres tienen la posibilidad de realizársela sin indicación médica.

- El 81,8% concurren al control ginecológico, a su vez el 41,6% de estas lo hacen en la forma recomendada (anualmente).
- El 43,2% se han realizado la mamografía en alguna ocasión, por lo que suponemos que estas lo hacen por su propia iniciativa.
- El 57,9% de las que se la realizan (43,2%) lo hacen en forma irregular.

Nos interesa destacar que el hecho de que este motivo se encuentre en segundo lugar en frecuencia no nos sorprende, ya que durante la búsqueda de información para la elaboración del marco conceptual concurrimos a la Sociedad Uruguaya de Ginecología, donde nos manifestaron que no existe un acuerdo escrito sobre la frecuencia y el contenido del control ginecológico, por ende tampoco de la indicación de la mamografía, quedando a criterio de cada profesional.

Consideramos sumamente importante este aspecto, dado que la problemática parte de profesionales que se encuentran íntimamente relacionados con la temática.

#### ***Falta de tiempo (16,2%)***

- El 66,6% tienen edades comprendidas entre los 40 y 59 años.
- El 52,3% son casadas.
- El 53,8% poseen trabajos remunerados, distribuida la carga horaria de las mismas de la siguiente manera: menos de 8 horas 42,8%, 8 horas 23,8% y más de 8 horas 33,3%.
- El 74,3% concurren al control ginecológico de las cuales al 51,7% se les indicó la mamografía.
- La gran mayoría (76,9%) se realizaron la mamografía en alguna oportunidad, por lo que creemos que estas mujeres conocen la importancia de realizarse este procedimiento pero acusan la falta de tiempo como el motivo por el cual

no se la realizan de forma anual, a pesar de que en los datos obtenidos no se refleja la falta de tiempo manifestada. Igualmente consideramos que si existiese una adecuada sensibilización acerca de la temática, la falta de tiempo no sería justificativo alguno para la realización anual de la mamografía.

#### ***Dificultad económica para el transporte (7,9 %)***

- El 52,6 % tienen entre 60 y 69 años.
- El 36,8 % son viudas y el 31,5 % son divorciadas.
- El 78,9 % han cursado exclusivamente el nivel primario.
- El 42,1 % son amas de casa y el 36,8 % son jubiladas o pensionistas.
- El 78,9 % concurren al control ginecológico aunque solo el 13,3 % de estas lo hacen de la forma recomendada. Al 89,4 % le indicaron la mamografía en este.
- El 89,4 % se han realizado una mamografía en alguna ocasión, de estas el 70,5 % lo hacen de forma irregular.

Destacamos que estas mujeres a pesar de haber manifestado dificultad económica para el transporte y haber cursado exclusivamente el nivel primario de instrucción, lo que creemos influye en el desconocimiento de la importancia de la realización anual de la mamografía, concurren al control ginecológico y se han realizado la mamografía en alguna ocasión.

#### ***No conoce donde realizársela gratuitamente (6,6%)***

- La distribución etaria presentó un comportamiento uniforme.
- El 68,7 % son casadas.
- El 68,7% cursaron primaria completa exclusivamente.
- El mayor porcentaje eran amas de casa (43,7%).
- El 75% de las mujeres concurren al control ginecológico, y de estas al 58,3% el médico no le indicó la mamografía.
- El 62,5% se realizaron una mamografía en alguna oportunidad.

Queda evidenciado que estas mujeres si supieran donde realizarse la mamografía de forma gratuita, seguramente se la realizarían de la forma recomendada, si tenemos en cuenta que un elevado porcentaje concurren al control ginecológico posiblemente porque este no le acarrea gastos.

#### ***Temor al resultado (5,8%)***

- El 64,3% tienen entre 40 y 59 años.
- El 57,1% son casadas.
- El 64,3% han culminado primaria.
- La mayoría (35,7 %) son empleadas con una carga horaria de menos de 8 horas.
- El 78,5% no concurren al control ginecológico en forma recomendada y de estas el 63,6% nunca han concurrido a un control.
- El 57,1% no se han realizado mamografía y de las que lo han hecho, el 83,4% lo hacen de forma irregular.

El temor de estas mujeres queda explícito en que no solo no se realizan la mamografía, sino que no concurren al control ginecológico anualmente y un alto porcentaje nunca lo han hecho. Esta situación nos preocupa porque son mujeres jóvenes donde la patología mamaria maligna es mayormente agresiva con tasas más alta de mortalidad.

### ***Temor al dolor (2,1%)***

- El 100% tienen entre 40 y 49 años.
- En cuanto al estado civil su distribución fue uniforme.
- El 100% han cursado exclusivamente el nivel primario (incompleto o completo).
- El 60% son amas de casa.
- El 80% nunca han concurrido a un control ginecológico y el mismo porcentaje nunca se ha realizado una mamografía.

Estos datos reflejan la insuficiente información que poseen estas mujeres jóvenes en cuanto al cuidado de su salud y la creencia de que la mamografía es un procedimiento doloroso teniendo en cuenta que el 80% nunca han experimentado el mismo.

Finalizando con el análisis nos abocamos a la intención que tienen las mujeres entrevistadas de realizarse la mamografía en el futuro. Del total de la población en estudio el 79,3% manifestaron que tienen la intención de realizársela. Creemos que este dato es positivo y altamente relevante, a sí mismo sostenemos la insuficiente e inadecuada sensibilización que poseen las mujeres en cuanto a la importancia de la detección precoz del cáncer de mama.

### **En suma**

La población en estudio presentó las siguientes generalidades:

- El 54 % tienen entre 40 y 59 años;
- El 75,9 % cursaron exclusivamente el nivel primario de la educación formal;
- Un 74,3% no se realizan el control ginecológico en forma recomendada (anualmente);
- El 61% en alguna oportunidad se han realizado una mamografía;
- 52 mujeres coinciden en que no se realizan la mamografía por: "dejadez", "haraganería", "abandono", "dejarse estar",
- Otras 52 manifestaron: "no siento nada", "me siento bien", "no tengo síntomas", "no siento molestias", "está todo bien";
- Los tres motivos elegidos con mayor frecuencia fueron: no se planteó el tema (33,2%), el médico nunca se lo propuso (18,2%) y falta de tiempo (16,2%);
- Un 80% tienen intención de realizarse la mamografía en un futuro.

## Conclusión

Concluyendo la investigación podemos decir que se lograron identificar los motivos que influyen en la no realización de la mamografía en las mujeres abordadas.

En lo referente a los motivos optados por estas mujeres el más relevante fue que las mismas no se plantearon el tema, seguido por el médico nunca se lo propuso y falta de tiempo.

A partir de las respuestas textuales expresadas por las mujeres se identificaron dos grupos: "no siento nada", "me siento bien", "no tengo síntomas", "no siento molestias", "esta todo bien", esto nos orienta a pensar que estas mujeres poseen un conocimiento erróneo sobre su salud, ya que creen que su conducta es la correcta. En cambio el otro grupo respondió: "dejadez", "haraganería", "pereza", "abandono", "dejarse estar", lo que deja ver un desconocimiento sobre el cuidado de su salud dado que su actitud frente a la realización de la mamografía estaría ligada a una falta de voluntad.

Es importante resaltar que los datos obtenidos en esta investigación no se asemejan con los existentes tanto a nivel mundial como nacional, en cuanto a la realización de la mamografía.

En lo referente a la actitud de las mujeres hacia la misma los resultados que recabamos coinciden con estudios realizados a nivel mundial. Así mismo no podemos comparar los mismos a nivel nacional debido a que no se encontraron estudios sobre los motivos por los que las mujeres en nuestro país no se realizan la mamografía de la forma recomendada.

Si bien las mujeres conocen la existencia de la mamografía no se la realizan en la forma recomendada por lo que creemos que la sensibilización en cuanto a la detección precoz del cáncer de mama es aún insuficiente e inadecuada.

Destacamos que la amplia mayoría de las mujeres abordadas tienen la intención de realizarse la mamografía en el futuro.

Creemos que este resultado es alentador y constituye un punto de partida para promoción o fomento de una adecuada adhesión de las mujeres hacia este método de tamizaje.

Estamos convencidos que la enfermera profesional posee un rol fundamental dentro del equipo de salud en cuanto a la sensibilización de las mujeres generando un cambio de comportamiento a través de su función como educadora y promotora de salud.

Dicha afirmación se basa en la formación que posee la enfermera profesional si tenemos en cuenta su capacidad para identificar las necesidades, intereses y problemas de una población, abordándola siempre desde una perspectiva holística e integrada en el equipo de salud.

Al culminar esta investigación nos planteamos las siguientes interrogantes:

- ¿ son eficientes las estrategias que se están llevando a cabo en los centros de primer nivel de atención para la captación de las mujeres mayores de 40 años, responden a un enfoque preventivo?
- ¿ es la ausencia de un consenso sobre la frecuencia de realización de la mamografía la causa de la inadecuada e insuficiente sensibilización que existe en cuanto a la detección precoz del cáncer de mama ?
- ¿ tendría un impacto favorable sobre la tasa de morbi-mortalidad por cáncer de mama la unificación de esfuerzos por parte de los diferentes organismos que trabajan en la problemática ?

## Sugerencias

En primer lugar creemos importante que este estudio sea tomado en cuenta para próximas investigaciones, ya que el mismo es una primera aproximación a esta problemática (por el tipo de estudio y la ausencia de estudios anteriores).

Así mismo consideramos que se deben difundir estos resultados para la utilización de los mismos por organismos y/o instituciones que en nuestro país están abocados a la prevención secundaria del cáncer de mama, incluyendo institutos de formación de profesionales de la salud, especialmente enfermería.

Sugerimos la creación e implementación de un programa de captación, sensibilización y seguimiento al grupo en riesgo.

Dicho programa tendría como objetivo contribuir a disminuir la morbi-mortalidad por cáncer de mama en el Uruguay.

Para lograr este se sensibilizaría a las mujeres en edad de riesgo sobre la patología mamaria maligna y la importancia de su detección precoz mediante la realización de la mamografía anualmente, con un posterior seguimiento de las usuarias.

Estaría dirigido a las mujeres uruguayas mayores de 40 años que se encuentren bajo el área de influencia de los centros de primer nivel de atención (públicos y privadas) de todo el país.

Se llevaría a cabo por un equipo de salud interdisciplinario en el cual estaría integrado un profesional de enfermería.

Previamente a la creación e implementación del mencionado programa, consideramos fundamental el trabajo en conjunto de los diferentes organismos abocados a esta problemática y la unificación de criterios entre los diferentes profesionales del equipo de salud para así lograr un impacto en la disminución en las tasas de morbi-mortalidad de esta patología.

## Bibliografía

- BEARE, P; MYER, J. Enfermería Medicoquirúrgica. 2ª ed. Madrid, Mosby-Doyma, 1995. 1v.
- BONADONNA, G; RODUSTELLI, G. Manual de oncología médica. Barcelona, Masson, 1983.
- DEVITA, V; HELLMAN, S; ROSENBERG, S. Cáncer. Principios y práctica de oncología. 5ª ed. Madrid, Panamericana, 2002. 1v.
- EDGE, V; MILLER, M. Cuidados de salud de la mujer. Barcelona, Mosby, 1995.
- ESTAPÉ, J; BURGOS, J. Medicina general y cáncer. Barcelona, Doyma, 1991.
- ESTAPÉ, J. Enfermería y cáncer. Barcelona, Doyma, 1992.
- GARCÍA, J. Monografías clínicas en oncología. Tratamiento del cáncer de mama. Barcelona, Doyma, 1991.
- KROEGER, A; LUNA, R. Atención primaria en salud. 2ª ed. México, O.P.S., Paltex, 1992.
- MANUALES DE ENFERMERÍA. Enfermería comunitaria III. Madrid, Masson-Salvat, 1993.
- MURPHY, G; LAURENCE, W; LAHARD, R. Oncología clínica. Manual de la American Cancer Society. 2ª ed. Washington, O.P.S., 1996.
- OTTO, S. Enfermería oncológica. 3ª ed. Madrid, Mosby, 1991. 1v.
- SMELTZER, S; BARE, B. Enfermería Medicoquirúrgico. 8ª ed. México, Mc Graw- Hill Interamericana, 1998. 2v.
- VASSALLO, J; BARRIOS, E. II Atlas de mortalidad por cáncer en Uruguay. Comparación de dos quinquenios 1989 – 1993 y 1994 – 1998. Montevideo, 1999.
- VASSALLO, J; BARRIOS, E. II Atlas de incidencia del cáncer en Uruguay 1996 – 1997. Montevideo, 1998.
- ZURRO, M. PEREZ, J. Atención Primaria. 4ª ed. Madrid. Harcourt, 1999, 1 vol.

- CONGRESO nacional de medicina interna, 29°. Montevideo, 11- 14 nov. 2000. Montevideo, Sociedad de Medicina Interna del Uruguay, 2000. 1v.
- CONSEJO INTERNACIONAL DE ENFERMERÍA. Salud de la mujer. Las enfermeras abren camino. 1995. 33p.
- URUGUAY. MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA. Mujer y salud. Montevideo, 1999. 77p.
- URUGUAY. MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA. Programa Nacional de Detección Oportuna del Cáncer de Mama. Problema prioritario de salud. Cáncer de mama. Montevideo, 1996.
- BORRÁS, J; SÁNCHEZ, V. Detección precoz del Cáncer. En: Revista de Enfermería Rol, 1991, (XIV), 159: 15 – 18.
- FOUNTAIN, M. ¿Tengo cáncer de mama?. En: Revista Nursing, 2000, 18(9): 25 – 27.
- KERRY, H. Afrontar el cáncer de mama. En: Revista Nursing, 1997, 15(4): 17-21.
- MARTINEZ, M; SAEZ, A; CASTRO, M; JURADO, M. Cáncer de mama. Detección y actuación de enfermería en atención primaria. En: Revista Enfermería Clínica, 2000, 10(4): 163- 173.
- INTERNET: [www.URUCAN.org.uy](http://www.URUCAN.org.uy) Junio 2002  
[www.INE.org.uy](http://www.INE.org.uy) Junio 2002

## Índice de Anexos

**Anexo I** : Entrevista Dr. Alvaro Ronco.

**Anexo II** : Entrevista Dr. Miguel Mate.

**Anexo III** : Programa Nacional del Cáncer.

**Anexo IV** : Comisión Honoraria de Lucha Contra el Cáncer.

Entrevista a la Asistente Social Selva Sanabria y a la Licenciada en Enfermería Selva Rodríguez.

**Anexo V** : Entrevista Dr. José Parada.

**Anexo VI** : Instructivo para completar la entrevista.  
Formulario de la entrevista.

**Anexo VII** Carta de autorización de la Intendencia Municipal de Montevideo.

## Anexo I

### Entrevista al Dr. Álvaro Ronco

- Médico Epidemiólogo. Sub – Director del Registro Nacional de Cáncer -

**¿Que comentario merece a usted que de 650000 mujeres solo 120000 se realizan mamografía anualmente ?**

Tenes una información que a su manera es sesgada porque él (Dr. Carámbula) ha cubierto con el programa de cáncer de mama una parte no despreciable de lo que podría ser la población femenina en el Uruguay a lo largo de los años que trabaja pero hay otra que no ha sido cubierta y por lo tanto no es evaluable.

Lo bueno que tiene de lo que se llevo a cabo es que se puede decir, que sumando lo de cada una de las cientos instituciones, de pequeñas policlinicas y demás, cuantas mamografias se ha hecho por ejemplo durante un año o durante tal período, admitiendo que en algunos casos, muchos, las mujeres lo repiten periódicamente de acuerdo a un cronograma que se establezca.

Eso podría ser una aproximación, que aunque no lo haga exactamente igual al resto del país, no lo haga así ni Casa de Galicia ni La Española ni otras instituciones mutuales, de repente con la corriente que se ha venido dando desde la década del 90, por ahí es bastante aproximada.

Yo no tengo duda que la cifra es de 120000, la que tu me decías, sea aproximada a la realidad, estamos hablando de lo que sería más o menos un 25% de la población , es probable que si, no hay duda que esto, por lo que Carambula ha mencionado en general, la estimación de mujeres que podrían estar en situación de ser mamografiadas, de acuerdo a las características del programa que eso lo ha establecido en general como de los 35 años para arriba, hablaba de 600000, así que la cifra anda seguramente en eso.

Como población de riesgo, en este caso, aunque la de riesgo sería teóricamente toda, pero, la de riesgo es una cifra buena para tomar como marco de referencia.

Es interesante, ahora que estaba lo del límite de edad, ustedes de repente pueden tener idea que no debajo de 40 sino de 50 años, los cánceres representan en el Uruguay, los cánceres de mama representan aproximadamente un 22%.

22% esta debajo de 50, 78% de 50 para arriba.

Hay lugares donde, por características particulares de la población, las poblaciones más añosas, entonces, hay más cánceres en mujeres post menopausicas, por esta razón, un ejemplo de esto puede ser IMPASA, por los datos que nos llegan y por lo que hemos visto, la población de casos de cáncer de mama de menos de 50 años es apenas el 13%, por ejemplo, es netamente una población mayor, es un ejemplo extremo pero sirve porque en el mutualismo pasa eso hay tendencia a concentrar un poco mas promedialmente de edades de lo que pasa en los hospitales.

En los hospitales públicos es dónde aparecen o abundan los casos de cáncer de mujeres jóvenes, no por ellos menores de 50, incluso menos de 40.

### ***¿Y esos casos menores de 40 son significativos?***

Es una proporción no despreciable, pero suerte es pequeña, no se te decir exactamente el porcentaje, eso se puede ver en algunas de las tablas, pero da la casualidad, se atiende mucha más gente joven y allí aparecen cánceres jóvenes. Yo siempre lo remarco a esto, desde hace varios años, yo colabore bastante con el PRONACAM, en algunos estudios que se hicieron y claro me sorprendió a mi, pero desconocía un poco la realidad de cómo se atiende a la población en los 2 sistemas grandes, entonces, después empecé a entender, porque, lo interesante es que cuando empezamos a estudiar la dieta en un estudio caso-control que se hizo hace unos años, del que dio cabida a varios trabajos, esta población aun con todas las ventajas teóricas que tiene, digamos del punto de vista epidemiológico en muchos aspectos, la población hospitalaria, digo a pesar de todo hacían bastantes cánceres y quería decir que eso estaba remarcando el peso de elementos que en la población más añosa no están, y lógicamente en el mundo en las mujeres más jóvenes cuando aparecen los cánceres de mama en general hay un componente de alteración genética muy importante.

Pero claro, no es un condena tener alteraciones genéticas, el problema es haberle dado cabida a que eso se produzca y mediante factores ambientales. Muchos de los cuales pasan por la dieta, con una exposición muy exagerada a determinados elementos que son perjudiciales consumidos en exceso, en el entorno de carnes y grasas y allí es donde seguramente le dieron cabida a que las alteraciones genéticas finalmente determinaran la aparición de un cáncer.

### ***¿Por qué cree usted que hay un terreno favorable para el estudio de estas mujeres?***

Y bueno, porque estas son mujeres que tienen hijos jóvenes, o sea que como primera cosa tienen una aparición temprana, además la aparición suele ser no único sino múltiple, es decir que además de tener hijos jóvenes, lo tienen en cantidades mayores al promedio, ahí es donde se produce la mayoría de los niños donde nacen, la mayoría de los niños en el país, relativa pero mayoría al fin.

A todos estos en general les dan pecho, así que hay lactancia, y les dan bastante, así que la lactancia no es ocasional sino que tiene una continuidad relativa muy importante. Entonces, todos estos elementos que son protectores o que la estadística, son los factores clásicos definidos como ginecoobstétricos clásicos, de la historia, tener hijos, tenerlos temprano, darles pecho, darles mucho pecho, este fenómeno con todo esto igual estas mujeres hacen cánceres y son muy agresivos en general, pasan otras cosas.

### ***¿Cuales cree usted que son esas cosas que pesan?***

En general, el antecedente en estas mujeres, es el antecedente familiar que esta presente en el 25% de los casos de estas, una de cada 4 más o menos tiene algún antecedente familiar, en promedio, y estos son números similares a los de EEUU, o sea no es una rareza, pero que para cuando estudiamos eso en ese momento encontramos que estas mujeres de iguales edades también de medio hospitalario y que no cáncer de mama, son grandes consumidoras al doble, al triple, a veces al cuádruple, de carne roja, de milanesas, de helados, de leche entera, un espectro de alimentos que si uno los mira así en conjunto,

son grandes aportadores de grasa, no es lo único, pero en ese paquete de cosas van alimentos que son perjudiciales, la carne por sí sola en exceso, no representa tanto, pero la forma de cocción, la forma de churrasco, asado milanesas, es donde hay producción de elementos que son, las llamadas eminas heterocíclicas que producen en algunas mujeres de repente tienen alguna predisposición, capaz que la traen en eso, lo que hacen es despertar simplemente las alteraciones, y bueno en las que no tienen la predisposición de repente demora mucho o no ocurre. Este fenómeno ve claramente, en ellas, mujeres que comen el triple de manteca, que las que son sanas, en igual condiciones, ajustados a los elementos gineco obstétricos, o sea no es que una cosa aparezca y pudiera explicarse no, en los métodos de análisis específicos, que se hacen, se hace lo que se llama un control de ajuste por las variables que pueden ser de potencial confusión, que son las que pudieran explicar los hechos.

Cuando uno elimina las diferencias que surgen de ellos, lo que no aparece, lo que asoma allí, tiene un valor real, entonces no es un factor de riesgo hasta tanto no se le brinde una explicación de ser plausible desde el punto de vista de una acción biológica, sino simplemente una asociación estadística, pero estas mujeres tienen un gran consumo de muchas cosas que son potencialmente perjudiciales en exceso y además también, casualidad, son menos consumidores de algunos elementos protectores, entonces, juntando las dos cosas, evidentemente tienen un terreno favorable para algo que de repente esta solo dispuesto en algunas.

#### ***¿Que tipo de elementos protectores existen?***

Bueno, en términos generales los protectores son los vegetales y las frutas, o sea los que tienen alimentos de origen en las plantas.

Aquí hay también un montón de elementos que se han demostrado, a parte de estudios epidemiológicos, en algunos casos experimentales, y demás que son protectores.

Acá por ejemplo, algunas vitaminas, esta la vitamina C, y A en sus formas de caroteno, el caroteno es un grupo que lo estudiamos acá en Uruguay, los carotenos carotenoideos, elementos que están presentes en la zanahoria, tomate, fundamentalmente, los que tienen algún color rojo o naranja, hay varios, uno tiende a pensar en el caroteno por la zanahoria, porque el beta caroteno es el mas conocido, pero no es el único, y de hecho en la población hospitalaria que estudiamos, no es el ni el beta caroteno ni el alfa caroteno, sino otro, el glicopeno, que encontramos que era el mejor protector, y en ese sentido, el glicopeno predomina en variedades de tomate, elemento que ha sido demostrado ya como gran protector para próstata en hombres, pero es un elemento que postea, así y que no solo con la ingestión de alimentos crudos, sino que además esta demostrado que se absorbe y se asimila mejor en cocción con medio aceitoso.

Ahora el aceite es otra historia, pueden ser muy útiles para asimilar los carotenos pero el problema es que no son todos iguales.

Hoy se conoce por ejemplo un aceite protector, el aceite de oliva, tiene muchas virtudes, daría para expresar mucha cosa, pero, de hecho no se consume, hasta hace pocos años era carísimo, recién ahora, ahora no es tan caro, porque hay competencia, pero estamos hablando de un proceso de 2 o 3 años, no más, la historia requiere muchos años, y antes, lo que se consume

regularmente en plaza es maíz y sobre todo girasol, entonces, cual es el problema con estos aceites lo que predominan son unos ácidos grasos que se llaman tipo trans, son transgrasos, se producen en estos, arroz y otros, el único que no se produce es en el oliva, pero quien lo utiliza da con lo que cuesta, gracias que de repente puedan utilizar.

Entonces se forman amino heterocíclicos que potenciados por el medio graso, además en la propia cocción, porque esta demostrado este también, lleva a que el uso del aceite común signifique un aporte de productos cancerígenos muy pesados, si todavía se reutiliza el aceite, que quien diga no lo hace alguna vez, se filtra para sacar lo grueso pero todo lo que queda, bueno eso significa la acumulación de más productos que son muy perjudiciales.

Los ácidos grasos tipo trans, son ácidos grasos que son monoinsaturados, o poliinsaturados omega 6, que cambien o tienen un efecto prácticamente igual, desde el punto de vista práctico de los grasos saturados, de lo que viene adentro de la carne, de lo que esta en la grasa, entonces, por mas que esto sea una cosa que parece mas sana, resulta que termina transformándose en aquello que es peor.

El trans es el que le da la forma y aspecto, por ejemplo, a la margarina, después del calor, cuando se empieza a enfriar adquiere una forma sólida, el trans está presente en las papas fritas, en muchas galletas es un detalle que a veces no aparecen la formulación aparecen grasas parcialmente hidrogenadas, o hidrogenas directamente, pero por ahí hay un lado del consumo que es perjudicial.

Hace unos años, unos cuantos, yo tengo, puede ser que nos tengamos que remontar a la década del 70, provisto de todo lo que se supo de patología cardiovascular en medio desarrollado, EEUU y en Europa occidental, se empezó a recomendar no consumir grasas saturadas, entonces a la gente le pidieron que fuera a consumir elementos como la margarina, donde decían bueno, acá no hay saturadas, esto es poliinsaturado, y el poliinsaturado hace bien para el corazón, las arterias. Este aquí que todo muy bien, pero resulto que algún factor a nivel cardiovascular, pero continuaron aumentando la frecuencia de ciertos cánceres, y ahí empiezan ciertos estudios que hacen contar que la relación de los poliinsaturados, que no son de un único tipo, sino por lo menos hay dos ahí tenía algo que ver.

Los poliinsaturados, los PUFA, como se les conoce normalmente, los PUFA tienen omega 6 y 3, el omega 3 es el más conocido por lo de los pescados pero el 6 tiene que estar presente en estas cosas, entonces, se desbalanza de omega 6 con respecto a una relación ideal, se describen en general como que tendría que ser hasta 3 a 1, pero las dietas occidentales reconocen que hasta 20 a 1, esta relación, entonces tanto darle al omega 6, que los poliinsaturados si, pero esto resulta que después experimentalmente se encuentra que es carcinógeno, o estimula determinadas etapas la producción de cáncer.

Entonces, la dieta está distorsionada, esto se puede bajar consumiendo menos de esto o eventualmente pasando a utilizar un aceite como el oliva, si se puede, pero entonces, sino se puede, usando grasa de vaca, es horrible, pero algo no hay una alternativa buena, hay que pasar o cambiar un poco la dieta y atenuar los excesos, no quiere decir suprimir, quiere decir siempre como recalcamos, atenuar.

Los cánceres, en general, tienden a producirse porque son estimulados por excesos de algunas cosas y defectos de otras, entonces, si se producen las

dos cosas a la vez, en algunas personas como mayor predisposición, ahí aparecen. A parte de las vitaminas y los carotenos como citaba hoy, bueno también están otros productos, están las fibras, el resto de fibra que sirve desde el punto de vista del arrastre mecánico, de los estrógenos que se lo llevan al intestino y sigue derecho, para que forme parte de las heces. En lugar de hacer el ciclo, de reabsorción, pasando por el duodeno llegan al intestino y que se reabsorban y lleguen al hígado para que circulen, las fibras los arrastran, no son todas bondades para la fibra abundante porque también se arrastran cosas útiles, pero en el balance esta eliminando un excedente posible, entonces ya también los consumos de fibras, nosotros en nuestras trabajos abonando digamos a la literatura que existía, mostraron como es un elemento protector, el consumo de fibras abundantes.

La fibra se obtiene básicamente por vegetales y frutos consumidos, es ese resto que puede que no es metabolizable, es decir que en definitiva, si tiene alguna otra propiedad dentro del material propio, bueno bienvenida, pero solamente con eso ya de por si constituyen una cosa muy ventajosa. También están unos productos que son fito estrógenos que se encuentran, dentro de lo que comemos nosotros se encuentran en las leguminosas, lentejas, porotos, hay una lista grande de elementos que tienen un poco de todo, pero dentro de nuestra dieta lo que esté más, es eso.

Los elementos así, top, de contenido de fitoestrogenos son la soya y derivados, y otros productos que de repente no son consumidos habitualmente por nosotros. Abundantes en las dietas de, en los pagos donde se esta jugando el campeonato mundial de fútbol, hoy. Estos productos se consumen por parte de una minoría, no es un consumo masivo, para nada, entre nosotros, pero muchos reconocieron cuando se descubren estos alimentos que podría ser una razón de mucho peso para explicar porque entre los japoneses no había tanto cáncer de mama, eran bajísimos comparados con las mujeres del mundo occidental. Bien esta demostrado después que al emigrar del Japón a EEUU, una generación, dos generaciones, va aumentando e iguala a las mujeres propias, a las caucásicas blancas.

Pero también hubo quienes observaron, donde quedaron los terrenos muy bien definidos, cuando se compararon las tasa de cáncer de mama en la mujeres negras de EEUU y de las hispanas. Decían las dos tenía menos que la mujer blanca, pero las que están mas parecidas son las negras, que tienen las hispanas?. Se encontró que aunque a pesar que consumían productos fritos, había mucho frijol, y el poroto, como se mantuvo una tradición de dieta, ha atenuado que era como un escalón, las negras no tenían el mismo poder adquisitivo que las blancas, social y económicamente estaban más abajo pero tenían un perfil de alimentación muy parecido, ahora las que en iguales condiciones que las negras desde el punto de vista de su poder económico pero consumían otras cosas que tenían tasas todavía más bajas.

En nuestro medio también estudiaremos esto con algo de lo que se consume en la población hospitalaria, digamos que no es un cuestionario pre-establecido, que es más o menos abarcativo de lo principal de la dieta, y bueno, dio para algunos de los fitoestrogenos, realmente condiciones muy buenas estamos hablando de la mitad, reducción del 50% o menos.

En las frutas hay de todo un poco a veces es tomado por elementos individuales, como en el conjunto, los cítricos tienen ventajas con respecto a los no estrictos, varía de población a población.

Acá también están los flavonoides que están en las frutas cítricas, vos agarras una naranja y decís, el contenido de vitamina C lo puedes comparar o completar con una pastilla, suprimir con un comprimido de algo, lo que tiene una naranja sino un kilo o a kilos. Pero que pasa, la fruta no es solo vitamina C, también tiene fibras y consumís algo de lo que tiene en le medio con lo cual la ventaja esta siendo relativa pero en el hollejo hay algunos productos que son los bioflavonoides que obviamente en la síntesis química de la vitamina C no los tiene y que también son muy protectores, son de efecto antioxidante.

El patrón protector de esto no es solo el efecto antioxidante, pero es muy importante. Entonces donde haya aporte de vitamina A, vitamina c y e, por algo se hicieron los comprimidos de todas los laboratorios que apuntan a tener eso. Tienes la vitamina A como forma de pro vitamina, como beta caroteno o de repente como vitamina A como tal se orientó en ese sentido. Para simplificar el esquema de esto, es que, la baja de consumo de vegetales y frutos y no estamos hablando de las causas, sabemos que parte es el costo y parte es educación, la baja de consumo de elementos protectores y el exceso de consumo de alimentos que son perjudiciales por exceso, llevar a no tener reducción de riesgos y atener aumento de riesgos, entonces ahí hay una explicación de porque de repente hay mujeres que por su dieta solamente estamos en un riesgo relativo de varias veces con respecto a una que consuma proporciones adecuadas, que haga una dieta prudente.

De repente la historia gineco obstétrica la lleva por ahí más o menos, no es gran cosa, pero si se suma este factor todavía es peor.

En nuestra población vimos como por ejemplo para riesgo relativo sería 0 y 1 hijo, si le ponen valor 1, al grupo de las nulíparas o que tienen un hijo solo, en esta población de repente teniendo 2 y 3 hijos ese riesgo baja como a 0,7, esto es medio relativo pero ocurre así, las que tenían 4 o 5, de repente podría ser 6 y más o 5 y más, ya hay algunos que están por debajo de la mitad, entonces cuando uno esto lo toma, si pensamos como categoría de referencia a las nulíparas o las de un hijo solo y vemos que ha tenido más, la presencia de mas hijos está asociada con cada vez una menor presencia de más hijos esta asociada con cada vez una menor presencia de cáncer y tomamos meses de lactancia y hacemos categorías también va a ocurrir eso si tomamos edad del primer hijo, como por ejemplo, 20 y 20 y pocos y hacemos categorías hasta poner una de 30 y más hay un aumento, son moderados pero existen y en algunos casos hay mujeres que acumulan riesgos a partir de esto; pero como yo les decía hoy muchas en el medio hospitalario curiosamente estarían en categorías muy favorecidas, no obstante eso muchas allí hacen cáncer.

Esta población joven no predomina en el mutualismo pero no es solo un tema de edad, también hay algunos perfiles distintos que le van cambiando las características como grupo, a estas mujeres.

En el medio mutual privado, por un mejor nivel educativo promedio, hay otro tipo de trabajo, otras ocupaciones, las mujeres tienen menos hijos y además los que tienen los tienden a tener mas tarde, son pocas las madres adolescentes, entonces esas ventajas quedaron de lado, entonces, mas bien comienzan a aparecer ciertas desventajas, algunas cuantas no tienen hijos otras tantas tienen, pero tienen uno solo, a veces lo tienen pero no amamantan porque no pueden o no les da el tiempo o lo que sea y además todavía los tienen tarde.

Solo por ese lado ahí hay una carga importante que va jugando en contra a pesar de lo cual de repente hay mejores posibilidades para algunas de que las posiciones desde el punto de vista dietario sea mas atenuado. Donde predomina en el medio mutua, no en las mujeres jóvenes predomina en la post menopausia, claramente en mujeres de 50 años para arriba.

En las post menopausiacas hay historias que son historias de exposición a cosas que son medidas que no eran posibles de controlar porque eran nociones de salud en su momento, se desconocían.

De hecho en este país se hizo un culto a lo sano, entre comillas, de la ensalada y el churrasco, además de sano si era barato relativamente todo mundo podrá acceder a eso, y rápido, bueno fantástico y cuanta gente no lo hemos consumido todos los días. Pero el estudio que mostraremos nosotros, que anda circulando por el mundo en cuanto a lo del consumo de carne y grasas acá había un riesgo de 4, números redondos, número de 4 para que?

De la gran consumidora de churrasco con respecto a la no consumidora o a la consumidora poco frecuente, es decir la que consumió 5 veces por semana o más esta en un riesgo bastante más alto de la que no consume o consume una vez por semana, nos con respecto a un promedio, es con respecto a esta que consume poco.

Entonces, la dieta importa y mucho, porque se asume hoy que se puede llegar a controlar en forma ambiciosa pero en un 30 a 35% del impacto de cáncer de mama y que es totalmente modificable porque para hacer prevención primaria, es decir evitar factores potencialmente causal, tu no puedes trabajar mucho más que con cosas así, porque no puedes decidir, tener la menarca después de los 13, haciendo ejercicio y bastante intenso desde niña puede tocar de repente que se de un poquito más tarde, si se cuida el kilaje obviamente ayudado por eso mismo, las gorditas tienden a tener la menarca un poquito más temprano, entonces ya se van viendo algunos elementos que puedan jugar a favor si se los lleva bien.

La gordita tiene además la desventaja de que en su tejido adiposo almacena no solo productos que son cancerigenos de la dieta, sino que también están los propios estrógenos que el organismo los va largando en una cantidad mas grande que la necesaria, entonces descompagina el ritmo internamente de manera que eso condiciona, a muy largo plazo, pero condiciona un terreno mucho más desfavorable.

El evitar tener una carga adiposa importante por un lado significa contar con menos estrógenos, es un arma que uno tiene como si le estuviera apuntando a uno, en el momento que me descuido me pega.

Pero además de todo, se van conociendo otros mecanismos que van armando este rompe cabezas, porque que pasa?, la obesidad o sobrepeso, ni que hablar si se suma con carga familiar o con historia gineco obstétrica particulares. La obesidad apunta a favorecer el terreno de la insulino-resistencia que es un eje común a muchas enfermedades, el mal manejo de la insulina crea terrenos mas predispuestos a ciertas patologías dentro de las cuales están algunos cánceres. Esto es bastante reciente pero se esta reconociendo el terreno porque hace años, incluso el PRONACAM cuando empezó, entre la cita de sus estudios figuraba la obesidad tipo androide en la post- menopausia, que era eso?, era una relación en la cintura y la cadera de mas de 0,80, es decir si es mayor de eso hay un riesgo aumentado, podrá ser 1 y pico o 2 pero hay un riesgo aumentado.

Pero era un hecho observado, nada más, alguien de repente hace un estudio más grande y después empieza a encontrarse con que el tipo de obesidad planteada así para la mujer, que depende un poco de los tenores de andrógeno y estrógenos para que se de obesidad androide, eso era desfavorable, pero el sustrato de todo eso esta también vinculado a la insulino- resistencia.

Entonces, la insulino- resistencia a que esta vinculada?, a la diabetes, en las diabéticas hay un aumento de chances para que tenga también esto, entonces diabetes, hipertensión, dislipemia, hipercolesterolemia, hiperuricemia, elementos del síndrome X sobre insulino- resistencia están vinculadas a este terreno y todo eso lo fomenta la dieta, porque las grasas saturadas, estimulan la insulino- resistencia, estimulan todo eso, quiere decir que un conocimiento actual, que no debe justificar a nadie hacer críticas hacia atrás, lo importante es conocer y si se conoce actuar en consecuencia de manera de poder influir sobre gente a futuro.

***O sea, lo que ustedes están tratando de hacer y lo que se está tratando acá en registros nacionales es la prevención primaria, se apunta a eso más que a la secundaria, no?***

Claro eso es lo que yo puedo hacer desde el área de mis investigaciones, prevención secundaria por medio de las mamografías y demás, eso es algo que le compete a distintas áreas pero que hoy no esta articulado en el Uruguay de manera organizada con una supra estructura y eso.

Por ejemplo funcionan el PRONACAM que pertenece al MSP que tuvo un período de auge pero bueno hoy esta bastante desmantelado de cualquier manera promovió una corriente desde el año 91, una corriente que apunto a concienciar a la mujer a enseñar el autoexamen mamario a que concurren más al médico, etc.

Incluso a eso se le añadieron otras cosas, la CLCC en los 90, del 93 al 95, hizo una campaña televisiva, con figuras conocidas, se estimulo a que muchas mujeres fuesen a consultar aún no sintiendo nada.

También se estimulo a que alguien tiene algo consulte pronto no se deje estar, hacer una consulta que si no es precoz, sea temprana.

Bueno están funcionando también digamos desde fines de los 80 el CENDIMA en la Española, funciona la UPAM (Unidad de Patología Mamaria) en Casa de Galicia, funciona la UMP (Unidad de Medicina Preventiva) en el CASMU, y a bastante más adelante en los 90, por ejemplo, en lugares más pequeños como IMPASA, tiene, esta organizando un área mastológica, el Evangélico también hay algo por el estilo. Pero, digo todo esto funciona cada uno por su cuenta.

***¿No están regidos por el PRONACAM?***

Para nada, no, eso no.

Entonces algo de esto es mutual, el PRONACAM tenía, como decía hoy, una base de acción publica, mucha en el interior, algo acá, la comisión honoraria hace algo por su cuenta, tiene, las unidades móviles que son más conocidas ahora.

Hay que reconocer esto, porque esto no tiene ninguna intención detrás, existe una especie de corriente que esta a partir de las acciones individuales cada uno desde su chacra, esta apuntando a masivamente, bastante masivamente, a lograr, promover un a prevención secundaria mucho más eficaz.

Es decir que gracias a todo esto independientemente, es decir sin una estructura que regule, ni que pautе cosas, se dio que en el transcurso de los años 90, por ejemplo desde el 91 hasta supongamos ahora 2001, el pasado, se detectan una cantidad grande de cánceres de mama en el periodo 93- 95, acá se llegó a las 2400 en el año, sobre la base de lo que fue antes que era más o menos 1800 y que volvió hacer ahora, 1800.

Este momento pico, fue sacar cánceres de todos lados, de debajo de las piedras, ahí consultaron muchas mujeres, y que se produjo acá, se produjo un viraje que cuando hay un screening formal hecho esto mismo ocurre pero en menos tiempo y bien porque masivamente pero hasta exhaustivamente.

Nosotros acá teníamos una cantidad de cánceres muy parecidos a las de hoy pero desde donde se puede contabilizar porque incidencia no había, anterior al 88 por lo tanto los datos manejables son esos.

Pero acá habían una gran cantidad de tumores digamos muy avanzados, y poquito de tumores pequeños, esto marcaba una mortalidad importante, a partir de este período cambia porque hoy los tenemos en todo caso al revés, hoy se siguen viendo pero se siguen viendo en determinadas condiciones en tumores muy avanzados, y hay mucho más tumor temprano.

### ***¿Que relación hay entre la mortalidad y la incidencia?***

La mortalidad va desfasada a la incidencia pero de cualquier manera, en 40 años si tomamos 53- 57 hasta el 93- 97 la mortalidad tuvo ascenso bastante constante, hay un par de escalones, recién acá comenzó un pequeño descenso que suponemos no va a ser como las instancias anteriores que precede un nuevo ascenso sino que va a tender a bajar, o sea se empezó a estabilizar, ¿pero porque digo esto?. Porque nunca había dado una situación como esta, lo de antes fue un crecimiento vegetativo solo.

Acá partimos de 300 mujeres que morían por año y aquí llegamos a 600 mujeres, se duplico en números reales y en tasas que es la medida efectiva, porque hay crecimiento poblacional, en tasas este aumento fue del 40%.

El fenómeno que se está viendo a fines de los 90 que es una tendencia a estabilizarse, obviamente, no puede ser solo producto de esto, ya venía medio de por acá, todo esto que ocurre aquí seguramente se va a seguir expresando en un descenso relativo.

La mortalidad es de esperar que nosotros tengamos mas bajo control ya no aumentan más los casos de cánceres nuevos, ya estamos estabilizados en el tomo de 1800, cosa que está hablando que según las experiencias de los países que realizan screening, ya estamos en el pico del descenso, entonces es de esperar que este sector baje lo más que pueda.

Ustedes no pueden lograr en ningún país, un 0% de tumores avanzados, es decir, lo que se puede lograr es, nosotros tenemos estadio 0,1,2,3,4, el 0 es el diagnosticado sin síntomas, no palpable, por screening. Esto se está logrando en buena medida, en el CASMU, le pasan el trapo creo que a cualquiera, porque ha alcanzado un nivel de 0 y 1, que son de tipo screening, muy altos. Del resto no sé, pero, como esta cantidad esta vinculada con PRONACAM, viene con detalles.

Y hay lugares pequeños en el interior, que también están en cosas parecidas, lo que pasa que no pesa, porque claro el volumen del CASM, de 250000 socios, en algún lugar del interior, por ejemplo, que tengan 15000 que localmente este fenómeno, pero no pesa en lo global, pero se está dando eso,

entonces esto tiene que haber una proporción muy alta, tiene que ser más de la mitad, por lo menos la mitad de los totales, para que sea efectivo el screening si en el Uruguay no hay un screening, no es esperable que esa proporción sea de antes, pero se ve que hay mucho más que antes.

Los 4 los diseminados, siempre aparecen, aunque este fantástica, y de repente la mujer haya tenido una mamografía un año atrás o dos que estaba bien, siempre hay un pequeño porcentaje, que debutan en forma diseminada, que no había nada, no se vio nada, la mamografía no tenía nada, un día hay un dolor y bueno hay algo.

Entonces, esto es prácticamente inevitable, pero se controla mucho mejor. Había gran cantidad de 3 y 4 antes, y estos tres fueron trasladándose para este sector (0 y 1), entonces si tiene 10% que mantenga un 10%, pero el asunto es tener 2 y 3 lo menos posible y trasladarlos a 0 y 1 y obviamente de estos, uno podrá tocar, pero digo, de estos tienen que ser A y no B, que sean sin ganglios preferentemente.

El gran mérito de todo lo que se ha hecho en el Uruguay, en forma involuntaria, digo involuntaria porque nadie se propuso como hacerlo masivamente, el gran merito fue seguramente ir achicando los 3, que son ya no tan curables.

Acá entre esto y esto, estamos hablando a 5 años de una curabilidad de un 97, 98 a 99%, entre estos no hay mucha diferencia puede ser del 97%, pero la cosa se complica cuando pasas esta barrera, por eso algunos los dividen así, estos son los precoces.

***¿Atribuye todo a un buen tamizaje mamográfico o más bien que se pueda empezar una prevención más primaria?***

Claro, no lo que ha ocurrido, es atribuible, pero tenés que ser preciso con tus palabras, porque lo que ha ocurrido yo planteo que es debido a esto, pero esto no quiere decir que haya habido, un buen, como dijiste, un buen tamizaje, un sistema de screening o tamizaje es una estructura que tiene que funcionar con determinadas pautas que hoy no se da, porque en todo caso se podría decir que lo que ocurre es, un fenómeno comparable a un screening en el CASM, y relativamente porque ahí lo que entre por medicina preventiva, si se detecta algo dudoso, enseguida pasa a ser radio diagnosticado para confirmar, por las vías, si hay que hacer punción, biopsia, repetir los procedimientos, realizar ecografía, lo necesario para mujeres más jóvenes, verdad porque la imagen densa de la mama de la mujer joven puede dejar cosas detrás entonces ahí hay que complementarlo con la ecografía.

Bueno, haciendo todo eso, y con un sistema que disponga en caso una cierta prioridad para que si se diagnóstica pronto algo así, también se intervenga pronto y que después se trate de una forma estandarizada entorno a su situación y después se controle y demás, todo eso esta dentro de un screening. El screening no es solo ir a detectar y decir tengo tantas, no con eso no se arreglo el tema.

Hay localidades en el interior que durante años uno ha visto que se manejan muy bien que los médicos que están trabajando allí para PRONACAM, por ejemplo, comparando ya han visto en unos años más de una vez a todas las mujeres de acuerdo a lo que se sabe que es la población femenina y de cierta edad para adelante ya han pasado todas por las manos de los médicos, las parteras o la nursing que están entrenadas para hacer los exámenes de despistaje, pero eso para examen clínica pero no han pasado todas por

mamografía por lo tanto alguno cada tanto puede aparecer con que de repente al examen clínico fue normal pero en unos meses de repente aparece algo, nadie está a salvo, está definido ya que hay una población que igual entre mamografía y mamografía va a ser algo, y por se estipulan tiempos determinados para que se hagan la mamografía según edades y según condición de riesgo.

El PRONACAM ha hecho una propuesta de preselección de riesgo a partir de existencia de por lo menos uno o varios factores que en general son de historia gineco obstétrica o antecedentes familiares, es una propuesta, yo en lo personal la compartía en un tiempo cuando recién iniciábamos todo y además que yo hice muchos análisis de datos al programa, pero luego veo que guarda cierta insuficiencia, lógico uno dice en lugar de no hacer nada es mejor hacer una preselección, como no se puede pagar una mamografía para todas la mujeres, como se puede establecer un criterio para que se hagan, bueno un criterio puede ser tener un factor de riesgo, el problema viene después con los hallazgos porque, también se vio que después de todo lo diagnosticado prácticamente la mitad tiene un factor de riesgo y la otra mitad no, entonces eso es como tirar una moneda, es insuficiente esa condición, hay que hacer algo que es más afinado, yo he trabajado con algunos estudios apuntando a crear modelos de preselección de población de riesgo pero que requiere muchas variables, te la identifica muy bien potencialmente muy bien pero no es para consultar en el consultorio así usted tiene? No, porque eso lo hace un programa lo estudia, lo analiza y emite un diagnóstico probabilístico, entonces hay que tener mucho ojo con eso, porque claro inevitablemente existe la posibilidad de dejar afuera a alguien como un falso negativo, donde uno dice no tiene tal cosa o tal otra y según el programa esa mujer no estaría en alto riesgo y de repente esa mujer haga algo, eso pasa en todos lados cuando se propone algo selectivo.

Entonces, el screening masivo para nosotros es imposible, es imposible en todo el mundo, nadie lo puede hacer, se hacen por regiones, por instituciones, de alguna manera algunos están haciendo algo parecido.

***La Comisión Honoraria que tiene esos móviles como opera esto, si porque supuestamente esto es accesible a toda la población digo no se vos solo siendo mayor de 40 años ya está el problema quizás pasaría por quienes realizan la mamografía.***

Ahí hay varios problemas.

***¿Se podría hacer un screening nacional solo con eso?***

Podría ser pero digamos, el tema es muy complejo para detalles como esto tendrías que hablar con Pepe Parada, que el es responsable de esto.

Pero de cualquier manera acá hay un problema muy concreto por un lado ayudo porque hay gente que no tiene recursos y de repente va y se presenta allí, uno ha sentido muchas veces de que las mujeres que van han ido de mutualistas, repiten la mamografía, es decir hacen un gesto adicional y ahí después van a la consulta con el médico ginecólogo, cirujano, o quien sea eso no está bien porque ahí si tu miras bien importa de donde vengan los recursos pero no están bien estandarizadas, o bien que habría que hacer otras cosa, pero apuntar a que esto sirva solo para cierta gente y solo en condiciones de despistaje.

## Anexo II

### Entrevista al Dr. Miquel Mate

- Médico Cirujano. Tesorero de la Sociedad Internacional de Mastología -

#### ***¿Qué valor cree que tiene el investigar el autoexamen de mama?***

El tema de investigar el valor del AEM si bien es muy importante yo creo que en estos momentos debe ser encuadrada de una manera un poco más amplia, porque la tendencia actual, la situación actual de las etapas que han recorrido la mastología es que se está pasando de los tumores estadios 1, es decir menos de 20mm, con axila negativa, a las lesiones subclínicas y cuando hablamos de las lesiones subclínicas en realidad el AE no es el tema que sea el más protagónico que se estudie como un estudio de relevamiento.

Si enfocan al AE, ese estudio puede ser un estudio que yo lo orientaría fundamentalmente a la población de los hospitales de salud pública, o Hospital Militar y/o Hospital Policial.

#### ***¿Qué opinión le merece la mamografía como método de detección oportuna del cáncer de mama?***

La parte de estudios mamográficos, es muy claro sobre todo en la población de mujeres mayores de 60 años, de que cuando concurren o cuando uno toma contactos con ellas recién en ese momento de su vida hicieron su primer estudio mamográfico. Creo que hoy con criterio prospectivo la mira debería estar puesta en sensibilizar a la población en la necesidad de lo que es el estudio imagenológico de mama. Discutir edad, frecuencia, discutir si o no riesgos.

#### ***¿Tiene conocimiento de la existencia de algún estudio en base al por que de la no realización de la mamografía?***

Hay un estudio muy importante en EE.UU. que abarcó 50 provincias. Yo lo quiero mostrar un capítulo que salió en el año 97 en Brasil y que tiene como ficha el número 40, que es un relevamiento hecho en 50 estados de EE.UU., o sea que tiene una cifra sumamente respetable de casos.

En un estudio que se realizó en National Cancer Institute de EE.UU. en el año 90 que salió en una revista Journal of American Association, la pregunta era ¿la mamografía de screening es una oportunidad errónea con respecto a la clínica?. A raíz de este artículo dice que en esta revisión en EE.UU. se comprueba que las mujeres que nunca fueron sometidas a una mamografía dieron la siguiente respuesta como respuesta de este hecho:

- no se plantearon el tema entre 40 y 67%
- el médico nunca lo propuso entre 12y 42%
- desconocimiento de procedimiento entre 4 y 12%
- problemas financieros entre 11y 12%
- temor a la radiación entre 1 y 10%.

***Nuestra inquietud surge que como país subdesarrollado esta bien que apostemos al AEM por que no hay recursos como para poder hacerle ecografía o mamografía.***

Si, pero eso es pretérito, actualmente hay porque hay distribuido 18, casi un mamógrafo por departamento.

La edad es otro tema que tienen que discutir, no - solo el piso sino el techo porque el techo se relaciona, por ejemplo, en el Uruguay la mayor incidencia depurada es después de los 70 años.

Sin embargo los tamizajes se detienen en los 65 años. Hay estudios hechos sobre el costo - beneficio que significa seguirlos a los 70 años, ese es un tema que hay que hablar con el radiólogo, pero evidentemente existen y además estamos esperando la mediana de la casuística este entre los 56 y 57 años, pero hay un n° importante de mujeres mayores y en cuanto al piso en el Uruguay no es muy frecuente pero entre 20 y 30 años ya están habiendo casos.

***¿Usted cree que las mamografías deben hacerse sistemáticamente a partir de los 20 años?***

Yo no digo que se haga sistemáticamente, ese es un tema también de costo-beneficio, en un momento dado, en Gran Bretaña se hizo un cálculo de que tamizaje de los 5 cánceres más frecuentes superaba el PBI anual de todo el Imperio Británico, de manera que acá hay un tema que no pueden dejar de lado, de que gato significa o cual es la necesidad para los tamizajes.

En cuanto al AE es cierto que uno lo impone y lo explica a la gente, es un elemento importante de sensibilización hacia el hecho de que las mamas deben ser evaluadas y controladas, porque el PAP (papanicolau) ya está metido en la mente de todas las mujeres.

La mamografía está empezando a entrar, aún hay temores sobre la radiación, esta comprobado que la posibilidad es de 1 en 2 millones. Creo que el tema pasa para la parte de las lesiones subclínicas.

Tiene connotación brutalmente importante y es apasionante meterse en el hecho del diagnóstico oportuno.

***¿Cómo es la evolución anátomo patológica de la mama?***

La evolución anátomo patológica de las alteraciones de la mama va de la normal hiperplasia simple, hiperplasia atípica, carcinoma in situ, carcinoma invasor. Esta es la escalera, en los último 3 años se demostró que hay una heterogeneidad fenotípica con el cual no siempre cada cosa esta antes del otro y cada cosa le sigue al otro, o sea que la evolución ya no es mas en escalera, sino que puede ser de cualquier manera y saltar, excluir etapa, superar etapas y quedarse en la etapa, o sea que no hay tampoco obligatoriedades de avance, todo esto significa que uno debe tener un perfil monitoreo mamográfico de la mama, para poder saber en que momento una imagen que ya estaba o que no estaba o que esta y cambia es indicación de una biopsia o de una intervención de algún tipo para llegar a un diagnóstico histopatológico. Creo que el diagnostico temprano va apuntando hacia un registro de datos, base de datos mamográficos de la población donde por

supuesto hay que valorar todo lo que es las historias personales, antecedentes, factores de riesgo, mas todo lo que es la mujer en si y el documento imagenológico que pueda tener.

### ***¿Para dichos seguimientos depende la edad, cada cuanto tiempo?***

Ahi hay pauta dada por diferentes instituciones que son Instituto Nacional del Cáncer, National Medical Association.

Varia porque la importancia de la enfermedad, la epidemiología de cáncer de mama es diferente, no es lo mismo hablar de Uruguay que de Colombia, no es lo mismo hablar de Porto Alegre que de Recife. Hay un perfil Nacional que esta dibujado, hay un relevamiento mundial de incidencia y eso hace que uno pueda de alguna manera aludir que no es lo mismo vivir acá que en el Norte de Brasil o Nigeria o en otros lados donde es menor la incidencia.

En realidad en el Uruguay, o lo que nosotros predicamos es que después de los 40 años una mamografía anual.

El triángulo mas denso de cáncer de mama es Porto Alegre, Paraná, Montevideo, es el que tiene mayor n° de casos en el relevamiento del continente.

### ***¿Qué valor tiene la ecografía mamaria?***

La ecografía no es tamizaje, esta es cada vez mas importante, nadie debe ser estudiado de entrada con criterio de tamizaje con ecografía, esta si es un primer estudio en la edad de ustedes.

### ***¿Pero es igual de específico?***

No, si hay algo en la ecografía, en mano de alguien que sepa manejar ecógrafos ya que hay muy pocos en el Uruguay que sepan.

Creo que la ecografía por ahora no se va utilizar como método de tamizaje pero es un arma complementaria, indispensable particularmente en la mujer joven, particularmente en determinadas imágenes, determinar si es sólido o liquido y además porque puede ver elemento que la mamografía no ve.

La ecografía puede determinar la presencia de formaciones ocultas porque la dibuja y la última etapa es la mamografía digital, es una etapa posterior que por computadora limpia todo lo que no es "saca la paja del trigo" digamos, y deja la imagen. Pero el aparato cuesta 400.000 dólares y tampoco se debe utilizar para tamizaje.

En la mamografía entra en juego el tema de la calificación que son 6 grados 0,1,2,3,4,5, los cuales hablan de 0 normal, 1 normal, 2 benigno, 3 benigno pero 2% de posibilidades, 4 20% de posibilidades, 5 80% de posibilidades de cáncer. Con ese elemento y el valor predictivo positivo que tiene para la calificación en manos de un radiólogo es que siguen los pasos siguientes para encausar a esa mujer para lo que sea. En una mamografía 1 es control anual, 2 también, 3 con 2% de posibilidades de cáncer se discute si es o no - control semestral mamográfico.

En la mamografía que la ecografía no lo da están las famosas micro calcificaciones que son elementos de depósito cálcico que también se califican en diferente categorías 1,2,3,4y 5 también es de cirugía porque esos son básicamente en un gran porcentaje los llamados carcinomas in situ.

Estos son fenómenos oncológicos de tipo malignidad local sin penetración de la membrana basal y sin capacidad de diseminación metastásica y eso que es la casuística generales en el Uruguay era un 5%, en los estudio de deducción subclínica sube a un 20, 30, 35% con lo cual es a donde apunta las nuevas fronteras de la patología mamaria de lugar a identificar la expresión fenotípica más temprana, con una ulterioridad de establecer un bloqueo de que se llegue a alcanzar esa expresión fenotípica y eso ya es prevención primaria.

Ahora estamos en la prevención secundaria y digamos en la etapa de solucionar cosas antes de que sea tarde.

***¿Hay algún registro en cuanto se disminuyó o se prolongó la expectativa de vida?***

En San Antonio, desde diciembre del 2000 hay un registro mundial en Gran Bretaña el cual mostró una cifra muy lineal donde la mayoría descendió un 1% anual, esa es una base de datos que viene de muchas partes del mundo.

Lo que marca la mortalidad es la metastasización, es decir el cáncer mata por diseminación.

El carcinoma in situ no disemina por lo tanto este es curable en el 98%. La incidencia progresiva de la casuística del carcinoma in situ tiene casi obligado que disminuye la mortalidad, por más que supongamos que todo lo que se encuentre como carcinoma in situ no necesariamente se va a transformar en invasor. El incremento de la incidencia de los carcinomas in situ hace que se agarre el proceso en una etapa fenotípicamente menos evolucionada.

## Anexo III

### Programa Nacional de Cáncer de Mama

El PRONACAM es un programa de screening selectivo tendiente a la detección precoz del cáncer de mama (C.M.) en las mujeres de 30 a 65 años, que promueve el autoexamen mamario mensual, el examen mamario periódico por médico y la mamografía de control anual en las mujeres con factores de riesgo de CM a partir de los 45-50 años, tanto del sector público como privado de la salud. Operativamente cuenta con un sistema de adhesión voluntaria de Centros Preventivos con su personal técnico y administrativo, un sistema de captación de mujeres, uno de registro de los casos examinados, uno de control de calidad, uno de supervisión y monitoreo y uno de evaluación periódica con indicadores de referencia.

Adicionalmente realiza investigaciones epidemiológicas y clínicas que lo enriquecen.

Dependiente de la Dirección General de la Salud, comenzó sus actividades a partir del 1 de julio de 1991.

La última evaluación realizada de sus avances a los 7 años de desarrollo, en junio/98, mostró los siguientes indicadores:

#### A) Indicadores de actividad.

Evaluados desde el 1 de julio de 1991 al 30 de junio de 1998 son los siguientes:

- 1) Cantidad de centros adheridos: 226 centros.
- 2) Cantidad de localizaciones cubiertas en todo el país: 84 localizaciones.
- 3) Cantidad de mujeres examinadas: 240.884 casos.
- 4) Índice de cobertura preventiva para todo el país: 175.5 por cada 1000 mujeres.

#### B) Indicadores de impacto:

Basados en la experiencia documentada de los centros adheridos con capacidad de seguimiento de las mujeres examinadas, presentada como trabajos científicos de la "VII Jornadas de PRONACAM" (nov/98), sobre una muestra de 9693 casos examinados en el período 1/06/97- 31/05/98 (1 año), se registraron los siguientes indicadores de impacto:

- 1) tasa de detección de cáncer de mama (cantidad de detectados por cada 1000 mujeres examinadas): 13.7 que se compara favorablemente con el apenas 3 que se detecta normalmente en la población general fuera del marco del PRONACAM.
- 2) porcentaje de estadios tempranos de la enfermedad operables con intención curativa: 85%
- 3) relación de estadios tempranos / tardíos: 5,7/1, es decir más de 5 formas tempranas del tumor por cada forma tardía que contrasta netamente con la situación imperante en nuestro medio antes de la implementación del pronacam donde los estadios tempranos representaban solo el 33% y dicha relación era de 2/1.

- 4) Índice de precocidad diagnóstica y porcentaje de estadios realmente precoces con una elevada curabilidad aun con cirugía conservadora: 53,4% del total de los C.M. detectados.
- 5) Porcentajes de cirugías conservadoras: 45,5% del total de practicadas.
- 6) Relación costo/ efectividad: valorada fundamentalmente por el manejo de la biopsia por ser el procedimiento diagnóstico no solo más cruento- costo mórbido- sino también el más oneroso- costo económico- es la siguiente:
  - a) tasa de biopsias- cantidad de practicadas por cada 1000 mujeres examinadas 8,1(aceptable internacionalmente hasta un 15).
  - b) Relación biopsia/ cáncer cantidad de biopsias requeridas por cada caso de C.M. diagnóstico 2,3/ 1 (aceptable hasta un 7-8/1).

## **Anexo IV**

### **Comisión Honoraria de Lucha Contra el Cáncer**

La CHLCC fue creada en 1989. La comisión directiva está integrada por:

- Presidente: Sr. Oscar Magurno, por el Poder Ejecutivo.
- Vicepresidente: Profesor Dr. Ignacio Musé, por la Facultad de Medicina.
- Secretario: Dr. Roberto Long, por la Federación Médica del Interior.
- Tesorero: Dra. Ana Rodríguez, por la Administración Nacional de Enseñanza Pública.
- Vocal: Dra. Adela Montiel, por el Instituto Nacional de Oncología.
- Vocal: Dr. Eduardo De Stefani, por el Registro Nacional de Cáncer.
- Vocal: Dr. Omar Etoarena, por Sindicato Médico del Uruguay.

Se encuentra ubicada en la calle Cnel. Brandzen 1961, piso 11.

Está organizada en diferentes áreas, cada una de ellas se ocupa de un tema bien definido. Las áreas son: Educación Poblacional, Capacitación Técnico Docente, Prevención de Cáncer de Cuello Uterino, Detección Precoz de Cáncer de Mama, Centro de Documentación e Información en Cáncer y Vigilancia Epidemiológica.

#### **Educación Poblacional**

La coordinación de esta área está a cargo de la Educ. Elsa Ferradini.

##### ***Objetivos***

El Area prioriza en su trabajo educativo el fomentar la práctica de hábitos saludables de vida, abarcando desde el niño hasta el adulto mayor.

Los hábitos hacia los cuales se apunta se refieren a la visita periódica al médico, en la que se enfatiza el diagnóstico precoz de cáncer de mama y cáncer de cuello uterino, el conocimiento y cuidado del cuerpo, especialmente ante la exposición solar, la alimentación equilibrada y la conservación del aire sin humo de tabaco

#### **Área de Capacitación Técnico Profesional**

La coordinación de esta área está a cargo de la Sra. Graciela Sabini.

La Ley 16.097 asignó a la CHLCC el cometido de generar actividades de educación profesional.

A tal efecto, se pone en funcionamiento el Area de Capacitación Técnico Profesional que comienza su actividad en el año 1993.

El objetivo que se planteó el Area fue el de capacitar a los integrantes del equipo de salud en el área oncológica, en los aspectos de prevención, diagnóstico precoz y manejo terapéutico, acercando herramientas que apunten a un manejo adecuado de las situaciones clínicas y a una mejor calidad de vida de los pacientes. Asimismo, promover un cambio de actitudes frente a la enfermedad oncológica, desarrollando nuevos conocimientos y aptitudes.

Aprovechando un medio más para la comunicación, tanto para las diferentes actividades que se desarrollen, como para la publicación de trabajos de interés, como para estructurar una posibilidad de acercamiento con el usuario que esté más alejado

de los centros de información, es que inauguramos el trabajo a través de este medio, en aras de un mejor y mayor intercambio.

Esperando que puedan encontrar a través de él aquellas herramientas que satisfagan sus demandas y apuntando a seguir cumpliendo con los objetivos trazados por el Área, los invitamos a visitar nuestra página y hacemos conocer sus inquietudes.

### Prevención de cáncer de cuello de útero

El *Programa de Prevención del Cáncer de Cuello Uterino en el Uruguay* fue creado con el propósito de disminuir la incidencia y la mortalidad por este cáncer y conocer la prevalencia del cáncer invasor y sus lesiones precursoras en las mujeres uruguayas. Abarca los Departamentos de Montevideo, Rivera, Tacuarembó, Río Negro, Rocha, Artigas, Canelones, Cerro Largo, Soriano, Treinta y Tres, Salto y Paysandú y su metodología consiste en la motivación para la realización del examen de mujeres que hayan tenido relaciones sexuales, provenientes de medio socioeconómico cultural bajo, usuarios de los servicios del Ministerio de Salud Pública.

Esa motivación se realiza a través de Asistentes Sociales y Movilizadores Comunitarios, en diferentes zonas de Montevideo e Interior, en Escuelas Públicas, Comedores, Organizaciones Sociales de mujeres, etc., explicándose a la población objetivo la importancia del cuidado de la salud, poniéndose énfasis en el autoexamen de mama, no consumo de tabaco, y control periódico médico para la realización de Papanicolaou.

Este Programa se basa en la colpocitología oncológica o test de Papanicolaou, el cual ha demostrado eficacia en la disminución de la incidencia del cáncer invasor del cuello uterino y la mortalidad por esta localización, previendo la derivación de los casos positivos a políclínicas de colposcopia para diagnóstico y su posterior tratamiento en las clínicas ginecotológicas del Hospital Pereira Rossell, Hospital de Clínicas y/o Centros Departamentales del Interior del país.

### Detección precoz de Cáncer de Mama

El coordinador de esta área es el Dr. José Parada, quien informa, la Dra. Graciela Vázquez, y las secretarías Virginia Coralo y María Silva.

El *Programa de Detección Precoz de Cáncer de Mama* fue creado con el objeto de detectar este cáncer en estadios iniciales de desarrollo, reduciendo de modo significativo la mortalidad en la población, aumentando la expectativa de vida al obtener diagnósticos más precoces, consiguiendo la curación del mayor número de pacientes, ofreciendo un tratamiento menos agresivo que si la enfermedad estuviera más avanzada, mediante la realización del mayor número de exploraciones, y aumentando la calidad de vida de estas pacientes durante todo el proceso de la enfermedad.

Se apoya en la primordial actividad de concientización de la población femenina en edad de riesgo, sobre de la conveniencia de realizar exámenes periódicos de mama.

La implementación de las acciones comprendidas en este Programa se realiza con la intervención de los Centros Departamentales, las Direcciones Departamentales de Salud, las Instituciones de Asistencia Médica Colectiva, e Intendencias Municipales, con quienes se ha planteado una estrecha cooperación en información, vigilancia y disposición de recursos humanos e infraestructura, tendientes a llevar a la práctica las campañas de mamografías.

Como se adelantó, la puesta en funcionamiento de las actividades comprendidas en el Programa la Comisión Honoraria de Lucha contra el Cáncer implica la formalización de acuerdos interinstitucionales sobre las siguientes bases:

- instalación de equipos de mamografía, preferentemente en los Centros Departamentales de Salud Pública de todo el país
- instalación de equipos de mamografía, subsidiariamente, en Instituciones de Asistencia Médica Colectiva, en el Interior del país,
- suministro de placas radiográficas destinadas a usuarias del Ministerio de Salud Pública,
- otorgamiento de subvención para atender eficazmente las actividades que demandan las Unidades Mamográficas que se crean,
- inmediata puesta en funcionamiento del equipo y promoción de los servicios ofrecidas.
- relevamiento sistematizado de la información con miras a la atención de las patologías detectadas, su seguimiento y la vigilancia epidemiológica.

### **Centro de Documentación e Información en Cáncer**

El Centro de Documentación e Información en Cáncer es creado en julio de 1992, teniendo como objetivos principales:

- Contribuir al mejoramiento y desarrollo de la información biomédica
- Asegurar la recuperación y transmisión de la misma en forma rápida y eficaz
- Contribuir a promover y desarrollar los planes y programas concernientes a educación, diagnóstico precoz, investigación, tratamiento y rehabilitación
- Establecer mecanismos de cooperación e intercambio con instituciones y organismos científicos nacionales, regionales e internacionales
- Integrar redes nacionales y regionales de información en ciencias de la salud.

Su función específica es servir de "enlace" entre los usuarios y los recursos de información: asegurar que la información requerida por un usuario esté a su disposición en el momento en que ésta es solicitada.

Para cumplir sus cometidos, el Centro de Documentación e Información en Cáncer está dotado de la más moderna tecnología para posibilitar la captación, almacenamiento, recuperación y transferencia de la información oncológica y disciplinas interrelacionadas.

En su corta trayectoria, el crecimiento de todos sus servicios ha sido constante y refleja un alto grado de expansión, constituyéndose en un centro de referencia nacional en lo referente a la información oncológica.

### **Vigilancia Epidemiológica**

#### ***Objetivos***

Actuará en coordinación con las fuentes oficiales y privadas que actualmente trabajan sobre el tema.

Este programa se llevará a cabo mediante el procesamiento de la información en varios aspectos:

- **1.1 MORTALIDAD.-** Propenderá a mejorar la calidad de la información contenida en el Certificado de Defunción y su procesamiento.

- **1.2. INCIDENCIA.-** Procurará optimizar la recolección de dicha información, en particular mejorando la captación de la misma en el Interior del país.
- **1.3. FACTORES DE RIESGO.-** Se evaluará el consumo de diversos productos (mate, tabaco, carne, etc.) agrupándolos por zonas y áreas geográficas. Lo mismo se hará en lo referente a los riesgos laborales y la situación del cáncer en las fronteras - comparación con el Litoral Argentino y el Sur del Brasil -.
- **1.4 PERFIL ONCOLOGICO DEL URUGUAY.-** Se definirá el perfil oncológico del país y sobre la base de un atlas de distribución geográfica se comparará con los restantes países y sus variaciones en función del tiempo, como indicadores de las acciones oncológicas implementadas.
- **1.5 RELEVAMIENTO DE RECURSOS HUMANOS Y EQUIPOS A NIVEL NACIONAL.-** A los efectos de la mejor distribución y más racional inversión de los recursos, se hará su relevamiento permanente, a nivel nacional.

## **Anexo IV**

### **Entrevista a Asistente Social Sra. Selva Sanabria y Licenciada en Enfermería Sra. Selva Rodríguez.**

- Integrantes del Área de Educación Poblacional, CHLCC -

***¿Dónde se encuentran actualmente los móviles mamográficos y cuáles son las condiciones para acceder los mismos?***

A. Social – Actualmente en Montevideo existen móviles mamográficos, uno está ubicado en Paso Molino y el otro en Cerrito de la Victoria.

Para ser atendido sólo necesita ser mayor de 40 años y presentar documento de identidad; esto se puede realizar personalmente o por vía telefónica (llamando a un teléfono celular), en el horario comprendido entre las 8:30 y 15:30 hs. de lunes a viernes.

Un criterio importante para ser atendidos es que la mujer no presente síntomas ni patología mamaria previa.

***¿Que personal hay en móviles?***

A. Social- Un técnico radiólogo y un administrativo.

***¿Actualmente para cuando se está dando fecha en los móviles?***

A. Social – Actualmente se está dando fecha para los primeros días de agosto.

***¿Como llega el programa de cáncer de mama al resto del país?***

A. Social – Tenemos mamógrafos en todos los departamentos menos en la ciudad de Paysandú. En la ciudad de Canelones existen tres. Estos mamógrafos fueron donados por la Comisión a hospitales y mutualistas que funcionan mediante un convenio.

Aquí las mamografías se hacen sólo por orden del médico y a mujeres de mediana edad.

En la ciudad Montevideo funciona un mamógrafo en iguales condiciones que en el interior del país donado por la comisión que funciona en el hospital Pasteur.

***¿Cómo eligen los lugares dónde se ubican los mamógrafos?***

A Social – Se empezó por zonas periféricas. Se elige un barrio y se reúne las instituciones de salud de la zona (policlinica, ONG, centros de salud, entre otros. Se hacen volantes, afiches, prensa oral y escrita. Cada tres meses evaluamos la zona. El objetivo del programa es llevar a toda la población. Para cambiar de zona se espera a que la demanda disminuya.

***¿El resultado de la mamografía quién lo informa y a quién se lo entregan?***

A. Social – El informe del estudio lo realiza el Dr. José Parada o la Dra. Vásquez.

Se le entrega a la mujer, en aproximadamente 15 días hábiles si la mamografía es normal. Si la mamografía da grado 4 ó 5, la Licenciada en Enfermería Selva

Rodríguez visita a las mujeres a su domicilio, pero mejor que ella se los explique.

***¿Cómo se implementa la visita domiciliaria?***

L.E – Realicé en 1998 este programa de seguimiento de la mujer, pero aún no está aprobado, igualmente lo llevo adelante, tengo un sistema de registros que esté sujeto a cambios.

Bueno, la mamografía grado 4 y 5 pasan para mí y yo voy a hacer la visita sin previo aviso. Actualmente voy en un auto de la empresa Martinelli.

Las placas van directo al centro hospitalario o mutualista y se llama a los 15 días a ver si concurrió.

Durante la visita brindo un espacio de escucha y con tensión le informo lo que significa los grados 4 y 5 de la mamografía, indicando la probabilidad de que sea positivo; también le recomiendo que consulte al médico lo antes posible. Luego seguimos a cada mujer para conocer si se confirmó la patología o no mediante el resultado de la anatomía patológica; con este resultado y la conducta a seguir con respecto al tratamiento y de esta manera se cierra el caso para nosotros.

Llego a tener una relación muy estrecha con cada mujer, hablamos por teléfono, aconsejo sobre las preguntas que le deben de realizar al médico ginecólogo y oncólogo.

## Anexo V

### Entrevista al Dr. José Parada.

- Médico Radiólogo. Coordinador del Programa Nacional de Detección Precoz del Cáncer de Mama. Comisión Honoraria de Lucha Contra el Cáncer. -

#### ***¿ Cómo se surge este programa, cuáles son sus objetivos y cómo se desarrolla el mismo ?***

El programa empezó en el año 1996. En una primera etapa, convocaron a cuatro médicos a elaborar un proyecto para eventualmente llevar adelante un programa. Ese grupo estaba conformado por el Cirujano Mastólogo Viña, el Dr. Félix Leborgne, De Stefani que es Bioestadista y Oncólogo y yo.

Entonces nosotros agarramos programas que habían hecho en España y en otros lados y lo adaptamos a nuestra situación, y se presentó.

#### ***¿ Se presentó en la CHLCC?***

Sí, a la comisión, a la directiva que en ese momento estaba Magurno como presidente.

Bueno, entonces se presentó el proyecto se estimó cuanto era que se necesitaba para hacerlo, y son alrededor de 5 millones de dólares, llevar adelante el proyecto, la idea es que todas esas 650 000 mujeres sean las que pasen por el mamógrafo una vez por año durante cinco años, para poder modificar la tasa de mortalidad, que en este país esa tasa es muy alta.

Ahora cuidado con el tema de la tasa de mortalidad porque comparada con otros países de América Latina es la más alta, pero el problema es que aquí nuestros controles de defunción son muy buenos, y el Registro Nacional del Cáncer funciona muy bien y en otros países no funciona tan bien. Imagínense que toda esa parte ignorada de selva amazónica de Brasil y la pampa y el chaco argentino, con problemas enormes que nosotros no tenemos, hace que la tasa de mortalidad estos países sean tan fiables como las nuestras. Entonces si bien es alta no estoy tan seguro que sea la más alta, capaz que es relativo.

De todos modos el programa que estamos manejando nosotros empezó hacer un poco modelo a nivel americano. En el último congreso mundial que hubo en Cancún los dos programas que se destacaron fueron, sobre el resto de los programas, capaz que existen, pero sobre los pocos que se hizo experiencia en países de Latinoamérica, los más serios y los más confiables desde el punto de vista científico, fueron el de Cuba y el nuestro.

Pero bueno, se hizo ese proyecto se presentó el cálculo de gastos y la directiva de la Comisión decidió hacerlo de forma parcial pero ponerlo en marcha, yo sé que en el fondo seguramente buscaron crédito político, siempre hay algo político, no ?, porque si vos trabajas con honestidad, con lo que estamos gastando nosotros con esta programa, que querés que te diga; con cada mujer que eventualmente vos salvas viene a salir alrededor

de 20 mil dólares, pero por ahí sería más lógico solucionar otras prioridades, esto es una opinión personal, pero no es fácil, sobre todo porque hay ciertos programas que funcionan con interés político. Este programa de mama es caro, nos queda enorme, para un país que está como el Uruguay, pero a todo el mundo le queda bien que este programa exista, así que se lleva a cabo.

***El programa, ustedes, lo presentaron para aplicarlo a nivel nacional y actualmente los mamógrafos móviles funcionan solo en Montevideo, ¿no es así?***

Exacto.

***¿Cómo se manejan con el interior del país?***

Ahí pasa lo siguiente, después de elaborado el proyecto, como les decía, la Comisión decide aplicarlo en forma parcial, para lo cual me piden que empiece a ir a todos los lugares del interior donde no hay mamógrafos, porque la Comisión había conseguido equipos donados de distintas partes del mundo. Entonces empecé a ir a todas las capitales.

Hasta el año 97, había solamente mamógrafos en Salto, Tacuarembó, Mercedes, Maldonado, Florida, y nada más. Todos los demás no tenían mamógrafos.

Entonces, el primer lugar donde fui fue Artigas, de ahí se empezó a poner, en general tratando de ponerlo a nivel de Salud Pública, pero en los Hospitales de Rivera y Artigas donde es un desastre absoluto, si los pones ahí los mandas al muere, ahí los pusimos en las mutualistas se hizo convenios, y ellos atienden gratuitamente a toda la población de Salud Pública, en esos mamógrafos.

***Las socias de las mutualistas, ¿también se hacen gratis las mamografía en esos mamógrafos?***

No, ahí tienen que pagar un timbre. Lo único que utiliza la mutualista es el mamógrafo, pero no la película que es de la comisión.

***Entonces, sólo en Rivera y Artigas los mamógrafos están en mutualistas, o sea que en todo el resto del país los mamógrafos se encuentran en Salud Pública.***

Tampoco es tan así. En los lugares donde ya estaba, que son los lugares que les nombré al principio, ahí no tenía mucho sentido duplicar servicio, así que se hizo convenio con los recursos existentes, con los mamógrafos existentes se hizo convenio.

***¿Esos mamógrafos se encontraban 100 % en mutualistas?***

Sí, sólo en mutualistas, entonces ahora lo que la comisión hace es pasarle unos pesos por si se generan horas extras o lo que fuera y aparte le brinda la película para que atiendan en forma gratuita a la gente de Salud Pública, a cambio de los protocolos que ya deben haber visto en la comisión, que nos den el registro para llevar el control de toda patología mamaria que detecten.

***Al programa, ¿ lo consideran un screening ?***

Sólo a lo que realizan las unidades móviles. Para que un screening sea tal, vos atendés a una población asintomática, donde se le hacen las mamografías, no hay médico presente, el informe se hace exclusivamente mirando la mamografía, y si hay algo más para hacer se convoca a la mujer.

***O sea que, ¿ es un screening metropolitano a largo plazo ?***

Yo creo que se puede llamar perfectamente una experiencia piloto. Pero inicialmente uno de los pasos que proponía el proyecto que elaboramos era que se necesitaba la infraestructura a nivel de todo el país. Suponte que venga, no se quién, y me regala 5 millones de dólares, bueno empiecen, pero teníamos que tener los equipos, ahora los tenemos, si apareciera la plata, el programa empieza.

El programa tal cual lo imaginamos como screening, es decir que, todas las mujeres vayan una vez por año a los mamógrafos.

Entonces en los mamógrafos del interior se está trabajando a nivel asistencial, no a nivel de un screening.

***Entonces ¿ lo que ustedes pretenden con los móviles es que todas las mujeres de Montevideo pasen una vez por año a hacerse una mamografía en esos móviles ?***

Claro, sobre todo que las mujeres que no tienen la posibilidad o que no tienen cobertura, al principio había una discusión de que si se exigía o no se exigía carné, en realidad no podemos exigirlo porque la comisión recibe fondos del IMESI, el impuesto ese, lo paga todo el mundo, a todos los que pagan IMESI no se les puede negar asistencia, ya que la comisión recibe fondos de todo el mundo, entonces para evitar problemas no se exige carné de asistencia.

Entonces con el interior lo que pasó fue que, a mi lo que me pidieron, bueno hicieron votación en la comisión y me eligieron, seguramente porque quizá tenía una experiencia determinada y era el más joven, porque pensar que Félix Leborgne fuera a agarrar el auto e ir a todos los lugares del interior estaba medio difícil, un tipo de 60 y pico de años seguramente no lo iba a hacer. Se me ocurrió que por eso me eligieron coordinador del programa.

Entonces fue un año difícil, yo tenía que irme todos los fin de semanas para algún lado, pero el tema es que cuando fui al primer lugar me dijeron, no venís a poner mamógrafos, bárbaro, y ¿ quién los va a manejar ?.

Entonces fui a la comisión y les propuse de que lo que me parecía más lógico era enseñarles a todos los médicos radiólogos, entonces en algunos casos hasta se les facilitó el alojamiento en Montevideo.

***¿ Se hizo una jornada de capacitación?***

Se hizo un curso que duró un año.

Se trabajó con un monitor que muestra la imagen del ecógrafo para que cinco personas no vieran a la mujer desnuda, entonces se ve las mamografías, se las practica sobre la imagen mamográfica y voy al otro lado, le hago la radiografía y vuelvo. Y en realidad casi todos, yo diría, hubo un par de lugares cuando falla el equipo humano no hay manera de

arreglarlo, pero lo bueno es que se estandarizó la interpretación de la mamografía, y hoy mandan dudas.

**Con respecto a los móviles, ¿ que criterios usan para cambiarlos de lugar ? ¿ cómo los van cambiando ?**

Se hace un estudio con criterios geográficos, hubo algunas salpicadas por convenios, por ejemplo, hubo que ponerlo en la puerta del Palacio de la Luz cuando se hizo convenio con UTE y nos daban la luz gratis, estuvo complicadísimo porque las funcionarias menores de 40 decían, yo soy tan funcionaria como la otra me quiero hacer la mamografía, pero no cumple los requisitos en el programa, porque son menores de 40, no les conviene, pero anda a hacerles entender.

Y en cuanto a los criterios, el departamento de educación poblacional se ocupa de la sensibilización de la zona con algunas medidas previas y después se instala con ese criterio elegido, básicamente geográfico, se deja hasta que comience a disminuir la demanda.

La idea es que las unidades móviles estén trabajando la mayor parte del tiempo a full, están preparados para hacer 40 mamografías diarias cada uno, entonces logrando eso estamos bien, no importa si estamos en una zona o en otra, viene mujeres de todos lugares, entonces nos pasa eso que hay gente que ya lo sabe, saben que están, muchas son de mutualistas, ya tienen determinado prestigio, saben que lo que se le ofrece es bueno, la atención es buena y la calidad del estudio también. Y eso es siempre muy difícil porque la gente puede no estar enterada o puede dejarse llevar por comentarios, pero los colegas, lograr que los colegas reciban esos estudios y lo acepten, nosotros esperábamos varios fusiles y en realidad tiraron muy pocos; y en realidad hubo una estrategia porque el primer año no se les entregaba la mamografía y era una falla importante, que en realidad, el estudio es de la persona que se lo hace y al fin y al cabo si quiere consultar en otro lado y pedir una segunda opinión está en su derecho, por más que sea un screening, por más que sea un programa que nosotros queremos conservar la información, pero al empezar a guardar las imágenes en el disco duro se pudo empezar a entregar, o sea que las imágenes nosotros las entregamos todas pero están en la computadora.

**La Asistente Social de la comisión nos había informado que primeramente los móviles se iban a colocar en zonas periféricas de Montevideo pero que ya ese criterio no se tomaba en cuenta ¿ Cuál es el motivo de esto ?**

Se tomaron en cuenta, el problema es que hay lugares muy difíciles.

En un lugar que estuvimos, creo que fue en Punta de Rieles pegaron un balazo en una ventana, o te ensucian toda la baranda con materia de perro o con grasa de auto, es muy complicado.

**Los querían poner en esas zonas para llegar a esa población, no ?**

Seguro, pero a veces hay demasiados riesgos, las chicas que estaban ahí todo el día, son dos pero son dos mujeres. La vigilancia las 24 horas es muy caro, 1000 dólares por mes. Además por ejemplo, en Piedras Blancas el guardia de seguridad era el que hacía pis al costado del móvil,

al cabo de una semana no se podía llegar del olor que había, o son los vándalos o son los guardias.

Ahora estamos esperando que terminen de hacer la tercera unidad para las áreas rurales donde no hay manera de que vayan, porque los mamógrafos se pusieron todos en capitales departamentales, pero hay muchos lugares que están poblados, como ponéle en el caso de Maldonado, tenés Aigua, San Carlos, Piriápolis, Pan de Azúcar, y el mamógrafo está en Maldonado.

Otro móvil pero más ágil, es como una ambulancia, ya lo están haciendo.

**¿ Va a ir por todos los departamentos ?**

Podría ser puesto a demanda.

**¿ Qué indicadores de evaluación están teniendo actualmente ? ¿ Cómo lo están evaluando ?**

Y fantástico, lo que estamos logrando es demostrar que el programa sirve y que se están logrando los objetivos, en esta población que no es toda, pero en esta población que nosotros estamos trabajando estamos manejando cifras sumamente interesantes.

**¿ Cuáles son los objetivos que se plantearon ?**

El objetivo principal es el diagnóstico lo más precoz posible, antes de que una mujer se palpe un nódulo, cuando vos lograr hacer el diagnóstico de una masa menor de 1 cm o un poco de microcalcificaciones, la operación va a ser menor; o sea bajar la morbi- mortalidad. Porque cuando más precoz lo encontras la chance de curación es más alta, la cirugía es menos compleja y requiere menores tratamientos mutilantes.

**¿ Existe una base de datos sobre las mamografías que se han hecho y los tumores que se han detectado ?**

Sí, por supuesto.

**¿ Se pudo acceder a ellos ?**

Sí, claro. Yo ahora llamé a la comisión para que les preparen los datos y ustedes los van a buscar.

Ahí esta el mapa con distintos colores indicándoles en donde están los mamógrafos y en qué dependencia, después cuantas mamografías se han realizado hasta ahora en todo el país y en cada departamento, los móviles, y como les interesa más la parte de screening la parte de los móviles.

El mayor impacto por suerte lo estamos teniendo, donde más nos interesa tenerlos, que es entre los 40 y lo 60, porque la mujer en esta situación es lo suficientemente joven como para que el cáncer tenga todavía una alta agresividad, y además indudablemente porque te interesa conservar, no te quiero decir que la mujer mayor de 60 se tiene que morir porque ya vivió, pero de alguna forma algo de eso hay también. Además esta es una mujer activa, una mujer que tiene familia, tiene hijos y que está trabajando lo más probable. Es una situación que no se buscó específicamente pero es la franja etaria que mejor responde.

***¿ Cómo se financia la CHLCC ?***

A través del IMESI, sólo a través del IMESI, es un porcentaje, no me acuerdo bien cual es, pero, son alrededor de tres palos verdes.

***¿ Piensan en algún momento trabajar en conjunto con el MSP ?, porque vimos como que el PRONACAM trabaja por un lado y la comisión trabaja por otro.***

Lo que pasa que el PRONACAM, yo creo que el sentido común indicaría que se deberían unificar esfuerzos, el problema es que realmente el programa del PRONACAM no tiene base científica, no podés decir fuera del país que en Uruguay hay un programa de detección precoz de cáncer de mama que no esta basado en la mamografía. De lo que ha hecho el PRONACAM hasta ahora habría que aprovechar la parte de estadística, en eso están muy bien organizado, digamos que al PRONACAM le faltaba la parte técnica. Estaban centrados en el AEM y en el examen clínico, con un examen clínico no podemos hablar de detección precoz, de ninguna forma.

## **Anexo VI**

### **Instructivo para completar el formulario de la Entrevista**

¿Cuáles son los motivos que influyen en la no realización de la mamografía como método de tamizaje, en mujeres mayores de 40 años, que concurren a seis policlínicas de la IMM, en el período comprendido entre el 28 de abril y el 2 de mayo de 2003, en el horario de 8:00 a 12:00 horas?

#### ***Instrucciones:***

- ❖ **Presentación:** el entrevistador se presenta a la entrevistada como estudiante de la Universidad de la República, Instituto Nacional de Enfermería, que se encuentra realizando una investigación acerca de la detección precoz del cáncer de mama con el objetivo de identificar los motivos que influyen en la no realización de la mamografía en mujeres mayores de 40 años.
- ❖ Se pide el consentimiento verbal a cada entrevistada previo a la realización de la misma.
- ❖ Se aclara el carácter confidencial de la entrevista y que no está obligada a responder las preguntas que se le realizarán.
- ❖ En la pregunta abierta, el entrevistador registra textualmente lo que la misma responde.
- ❖ Las preguntas restantes (cerradas), serán contestadas con un tick en la opción correspondiente a la respuesta.
- ❖ Por último se agradecerá la participación en esta investigación.

Entrevistador:.....

Fecha \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Nº formulario:.....

## Fomulario de la Entrevista

- 1- Edad (años) a - 40 - 49  
b - 50 - 59  
c - 60 - 69  
d - 70 o más

- 2- Estado civil a- casada  
b- soltera  
c- viuda  
d- divorciada  
e- unión libre

- 3- Nivel de instrucción a - primaria Incompleta  
b - primaria completa  
c - secundaria incompleta  
d - secundaria completa  
e - terciaria incompleta  
f - terciaria completa

- 4- ¿Cuál es su ocupación ?  
a - empleada .....  
b - desocupada .....  
c - ama de casa .....  
d - jubilada/pensionista....  
e- trabajador independiente.....  
f - otros.....

*En caso de que la respuesta sea:  
Empleada, trabajador independiente, pasar  
a la pregunta 5.*

- 5- Carga horaria laboral (horas) a - menos de 8  
b - 8  
c - más de 8

- 6- ¿Cada cuánto concurre al control ginecológico ?  
a - nunca .....  
b - cada menos de un año .....  
c - cada un año .....  
d - cada más de un año .....

- 7- ¿ Se realizó alguna vez una mamografía ? a- SI ..... b- No .....

- 8- ¿ Con qué frecuencia se realiza la mamografía ? (años) a - cada 2  
b - cada 3  
c - más de 3  
d - de forma irregular

9 - ¿Cuál cree usted, que es el motivo más importante que influye en la no realización de la mamografía ? .....

Dentro de los siguientes motivos, ¿en cuál cree usted está incluido el que ha expresado anteriormente?

- a- no se planteó el tema.....  
b- el médico nunca se lo propuso.....  
c- dificultad económica para el transporte.....  
d- temor al dolor.....  
e- temor al resultado.....  
f- falta de tiempo.....  
g- no conoce dónde realizársela gratuitamente.....  
h- otros.....

- 10- En el último control ginecológico, ¿le indicaron realizarse una mamografía?  
a - Sí..... b - No.....

- 11- ¿ Tiene intención de realizarse la mamografía en un futuro ? a - Sí b - No

Montevideo, 22 de abril de 2003

Sra. Directora del S.A.S.  
Pte.-

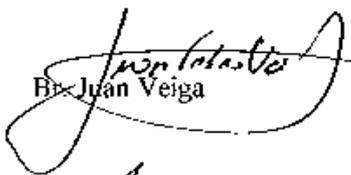
Quienes nos dirigimos a Ud., estudiantes del Instituto Nacional de Enfermería de la Universidad de la República, solicitamos autorización para concurrir las policlínicas de la IMM (Colón, Casabó, Lavalleja, Barrio Sur, Punta de Rieles, Paso de la Arena), en carácter de encuestadores.

El objetivo de esta entrevista es recabar información con el fin de llevar adelante el trabajo de investigación final (tesis), que tiene como propósito conocer los motivos que influyen en la no realización de la mamografía anualmente, en mujeres mayores de 40 años que asisten a dichas policlínicas de lunes a viernes, en el horario comprendido entre las 8:00 y 12:00 horas.

Las entrevistas serán realizadas a las mujeres anteriormente mencionadas que ingresen a dichos centros de salud independientemente que se asistan o no en ellos. Las mismas se ejecutarán en las salas de espera correspondiente a cada policlínica.

Se adjunta el instrumento mediante el cual se recabará la información.

Esperando una favorable respuesta, saludan atte.

  
Br. Juan Veiga

  
Br. Angelina Palleiro

  
Br. Paula Dabin

  
Br. Cecilia Ruvira

  
Br. Silvia Barro

  
Br. Eloisa Belverría

22/4/03

De acuerdo, cursar información a las  
policlínicas de referencia



Dra. LILIANA ETCHEBARNE  
Directora