



“Curar algunas veces, aliviar otras y cuidar siempre”

Dr. Edgar Trudeau.

LINEAMIENTOS PARA LA PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN DE
CANCER DE MAMA A PARTIR DE REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA
ENTRE 1997 - 2007. IPS JAVESALUD, BOGOTÁ D.C.



YENNY MARCELA LEURO UMAÑA
PAOLA ANDREA MAYORGA ROJAS

PONTIFICIA UNIVERSIDAD JAVERIANA
FACULTAD DE ENFERMERÍA
DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA COLECTIVA
BOGOTÁ D.C.
MAYO DE 2008

LINEAMIENTOS PARA LA PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN DE
CANCER DE MAMA A PARTIR DE REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA
ENTRE 1997 - 2007. IPS JAVESALUD, BOGOTÁ D.C.



YENNY MARCELA LEURO UMAÑA
PAOLA ANDREA MAYORGA ROJAS

Trabajo de grado presentado
como requisito para obtener el título
de Enfermera

ASESORA
DIANA LOZANO POVEDA
ENFERMERA MAGISTER EN SALUD PÚBLICA

PONTIFICIA UNIVERSIDAD JAVERIANA
FACULTAD DE ENFERMERÍA
DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA COLECTIVA
BOGOTÁ D.C.
MAYO DE 2008

Nota de aceptación:

Firma del presidente del jurado

Firma del jurado

Firma del jurado

Bogotá D.C., Mayo de 2008

DEDICATORIA

A Dios quien como ser espiritual nos da la oportunidad de vivir y soñar, guiando siempre nuestro camino para seguir adelante y no desfallecer.

A nuestros padres quienes representan ese motor que mueve y guía cada paso de nuestras vidas.

A esas personas especiales que con su incondicional cariño y apoyo nos han mostrado que la sencillez de la vida, conlleva de manera ideal hacia el fin último de todo ser humano, el ser feliz.

AGRADECIMIENTOS

Principalmente a Dios por concedernos su sabiduría, por llenarnos de paciencia y fortaleza para llevar a cabo nuestro trabajo de grado exitosamente.

A nuestros padres por su apoyo, sus esfuerzos, por creer en nuestras capacidades y acompañarnos durante nuestra carrera.

A la asesora Diana Lozano Poveda, por acompañarnos y guiarnos en el desarrollo de todo este proceso, por sus enseñanzas académicas y de vida, por prepararnos para ser luchadoras, por mostrarnos la realidad y las capacidades que tenemos para enfrentarla.

A la Pontificia Universidad Javeriana y de manera especial al cuerpo de docentes de la Facultad de Enfermería, cuyos conocimientos impartidos nos permitieron contar con las herramientas necesarias para desarrollar este trabajo.

A las directivas de la IPS -Javesalud- por brindarnos el espacio, para poder enriquecer y fortalecer nuestros conocimientos como enfermeras, por apoyar todo nuestro proceso y por mostrar su interés, en los aportes que desde la intervención de enfermería pueden enriquecer su labor.

Gracias a todas aquellas personas que nos regalaron una sonrisa, un abrazo y unas palabras.

CONTENIDO

	Pág.
INTRODUCCIÓN	11
1. JUSTIFICACIÓN, PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA Y DEFINICIÓN DE TERMINOS	15
1.1 JUSTIFICACIÓN Y PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	15
1.2 PREGUNTA PROBLEMA	20
1.3 DEFINICIÓN DE TÉRMINOS	20
1.3.1 Lineamiento.	20
1.3.2 IPS -Javesalud-.	21
1.3.3 Revisión bibliográfica.	21
2. MARCO CONCEPTUAL	22
2.1 EMBRIOLOGÍA, ANATOMÍA Y FISILOGÍA DE LA MAMA	23
2.1.1 Embriología.	23
2.1.2 Anatomía.	24
2.1.3 Fisiología.	25
2.2 ONCOGÉNESIS, EPIDEMIOLOGÍA Y FACTORES DE RIESGO DEL CÁNCER DE MAMA	26
2.3 HISTORIA NATURAL DEL CÁNCER DE MAMA	29
2.4 ALTERNATIVAS DE TAMIZAJE	30
2.5 ALTERNATIVAS DE DETECCIÓN	32
2.5.1 Autoexamen de mama (AEM).	32
2.5.2 Examen clínico de mama (ECM).	32

2.5.3 Mamografía.	32
2.6 ETAPAS DE LA PREVENCIÓN DEL CÁNCER DE MAMA	34
2.6.1 Prevención primaria.	34
2.6.2 Prevención secundaria.	34
2.6.3 Prevención terciaria.	34
3. OBJETIVOS	35
3.1 OBJETIVO GENERAL	35
3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	35
4. PROPOSITO	36
5. METODOLOGÍA	37
5.1 DISEÑO METODOLÓGICO	37
5.2 POBLACIÓN DE ESTUDIO	37
5.3 RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN	37
5.3.1 Primera fase.	37
5.3.2 Segunda fase.	38
5.3.3 Tercera fase.	39
5.4 ASPECTOS ÉTICOS CONSIDERADOS	39
6. RESULTADOS	40
6.1 SÍNTESIS GLOBAL DE LOS RESULTADOS	43
6.1.1 Artículos científicos	43
6.1.2 Guía de manejo.	54
6.1.3 Documentos de trabajo.	55
6.2 LINEAMIENTOS DE PROMOCIÓN, PREVENCIÓN PRIMARIA Y	57

DETECCIÓN TEMPRANA DE CÁNCER DE MAMA	
6.2.1 Educación para la alerta y la sensibilización sobre el cuidado de las mamas	58
6.2.2 Autoexamen de mama	58
6.2.3 Examen clínico de la mama	60
6.2.4 Mamografía	60
6.2.5 Lineamientos sobre investigación y registro	61
CONCLUSIONES	64
BIBLIOGRAFÍA REFERENCIADA	66
BIBLIOGRAFÍA RECOMENDADA	71
ANEXOS	73

LISTA DE TABLAS Y FIGURAS

	Pág.
Tabla 1. Métodos de detección oportuna del cáncer de mama.	33
Tabla 2. Documentos seleccionados para establecer los lineamientos de promoción, prevención primaria y detección temprana de cáncer de mama.	40
Tabla 3. Tres estrategias de enseñanza para prevención de cáncer de mama. Ortega Altamirano Doris y otros.	45
Tabla 4. Síntesis de las categorías de análisis. Poblano Verastegui Ofelia y otros.	48
Tabla 5. Intervenciones de prevención y control de cáncer de mama. Guía de manejo ministerio de salud pública y asistencia social del Salvador.	55
Gráfico 1. Frecuencia de realización AEM. Sousa Monteiro Ana Paula y otros.	50

LISTA DE ANEXOS

	Pág.
ANEXO A. Artículos seleccionados en la búsqueda bibliográfica.	74
ANEXO B. Guía de valoración crítica: Estudios cualitativos.	80
ANEXO C. Lista de verificación metodologica - Estudios de exactitud diagnostica.	81
ANEXO D. Instrumento AGREE - Evaluación de guías de práctica clínica.	83
ANEXO E. Ficha analítica y descriptiva.	88

INTRODUCCIÓN

El cáncer no es una sola enfermedad es el nombre de una variedad de, por lo menos, cien enfermedades muy distintas entre sí y que se produce por el crecimiento anormal y desordenado de células del epitelio en los conductos o lobulillos mamarios y tiene la capacidad de diseminarse a cualquier sitio del organismo. Esto causado por alteraciones celulares ocurridas cuando la clave cromosómica genética ha sido alterada, por lo que las células reciben mensajes erróneos. La célula cancerosa pierde el control de su propio desarrollo, de modo que se divide en más células a mayor velocidad que el resto de tejidos a los que pertenece, sin cumplir las funciones para las que ha sido creada. (1) La referencia de cáncer mamario data desde la época de 3.000 años AC, pero en la última mitad del siglo XX dicha enfermedad ha llegado a constituirse en el cáncer de mayor frecuencia después del de cuello uterino en las mujeres.

El cáncer de mama es una de las principales causas de morbimortalidad en el mundo. Para el año 2000 en Colombia la incidencia estuvo alrededor de 30 casos por 100.000 mujeres, en comparación con la de países como Estados Unidos que es de 91 casos por 100.000 mujeres y Europa de 81 casos por 100.000 mujeres, (2) estas altas incidencias pueden ser un efecto conocido del aumento en el uso de los métodos de tamizaje.

Este tipo de cáncer se ha relacionado con factores de riesgo no modificables (edad, sexo, menarquía temprana y menopausia tardía, antecedentes y edad al nacer el primer hijo) y otros poco modificables (hormonal y nutricional), por ello todos los esfuerzos por disminuir su morbilidad y mortalidad, aunque no su incidencia, se encuentran encaminados hacia un diagnóstico precoz, mediante, medidas de prevención secundaria desde programas de detección precoz poblacionales, para que con ello se logren tratamientos menos agresivos e invalidantes y un incremento en la supervivencia.

En Colombia, como en la mayoría de los países del Tercer Mundo, el mayor porcentaje de casos se diagnostica cuando el cáncer de mama está muy avanzado y las posibilidades terapéuticas de curación son muy limitadas. Esto sucede por múltiples razones. En primer lugar, el cáncer de mama es una enfermedad silenciosa que usualmente no produce

síntomas sino cuando ya ha invadido otros órganos. En segundo lugar, el cáncer de mama no duele y cuándo una mujer siente una masa no dolorosa, no le presta la suficiente atención y no acude al médico de manera oportuna, sino cuando la lesión ya ha progresado. En tercer lugar, aparecen los sentimientos negativos de los pacientes frente a los servicios médicos; esto significa que las personas con síntomas sienten miedo del posible diagnóstico y el posterior tratamiento o simplemente sienten vergüenza de mostrar el órgano afectado. En cuarto lugar, un gran porcentaje de colombianas y colombianos no tiene acceso a los servicios médicos. Finalmente, otra causa importante del diagnóstico tardío de la enfermedad se relaciona con los servicios médicos cuando no ofrecen un diagnóstico ni tratamiento de manera oportuna, es decir, hay menor utilización de las pruebas de detección temprana como autoexamen de mama, examen clínico de mama y mamografía.

Aunque la principal fuente de la educación para la salud son los médicos y/o enfermeras, muchas personas obtienen información de los medios masivos de comunicación radio, prensa y televisión, las cuales aportan cada vez más información sobre las enfermedades y sus métodos de prevención. Las campañas nacionales masivas de información han sido sumamente efectivas y con el pasar del tiempo han tomado conciencia acerca de la importancia de llevar a la población femenina la iniciativa de practicar el autoexamen de mama, entender que no es cuestión de elección sino de necesidad.

El presente trabajo de grado se centra en la definición de lineamientos para la promoción y prevención de cáncer de mama, dirigido a profesionales de enfermería de la IPS Javesalud, como guía para la identificación e intervención de los problemas más comunes que se despliegan frente a la enfermedad mediante actividades de promoción y prevención primaria, y actividades de detección temprana, partiendo del hecho que un gran número de enfermedades se derivan de su desarrollo y manifestación, que afectan no solo a la mujer sino que se proyectan a la pareja, familia y sociedad.

Para dar respuesta a los objetivos del presente trabajo se realizó una revisión bibliográfica de fuentes primarias entre 1997 - 2007, seleccionando once artículos que respondían a los tópicos base de la investigación propuesta. La lectura y el análisis de dichos artículos se llevo a cabo mediante una lectura crítica y la aplicación de instrumentos según el tipo de estudio, por cada una de las autoras, para finalmente definir los lineamientos.

Los resultados de este trabajo permitieron identificar como las estrategias educativas que incorporan la colaboración activa de la mujer en el autocontrol de su proceso de salud o enfermedad es cada día más importante. Su participación es decisiva en la prevención de cáncer de mama y es aquí en donde los procesos educativos encaminados a abarcar el real impacto de la enfermedad, adquieren valor.

El temor a contraer cáncer mamario es frecuentemente citado como causa común asociada a la falta de realización del autoexamen de mama. Sin embargo, no es de utilidad lograr que se efectúe el autoexamen de mama con frecuencia si éste no se hace correctamente, motivo por el cual se considera que la población femenina debe estar en contacto con el personal de salud que instruye acerca del autoexamen de mama. La ejecución del autoexamen de mama debe ir a la par con una buena destreza, pues es trascendental no cometer omisiones que puedan conllevar a la no detección oportuna de un cáncer.

Así mismo, se ha considerado la importancia del examen clínico de la mama en las mujeres que no reciben mamografía regularmente y como método fundamental en la detección temprana de los cánceres "perdidos" por la mamografía. Mediante el examen clínico de la mama, el profesional de la salud entrenado en realizarlo puede identificar abultamientos desde los 3mm, tamaño para el cual están clínicamente comprobados los beneficios de la detección respecto a la supervivencia. Además, brinda al profesional de la salud la oportunidad para comentar con la paciente los signos y síntomas iniciales del cáncer de mama y destacar la necesidad de notificar de inmediato cualquier cambio en las mamas.

Sin embargo, su realización sigue siendo baja, ello a barreras psicológicas, culturales, sociales e institucionales por parte de la población en general; el sexo, la falta de conocimiento y tiempo por parte del profesional de la salud; y el pudor, la vergüenza por mostrar los senos y falta de información por parte de las mujeres.

Por otro lado, la mamografía es el patrón de oro para detección de cáncer de mama y su utilidad en la disminución de la mortalidad por esta causa. Mientras no exista una cura definitiva para el cáncer de mama, la mejor estrategia para reducir las muertes, es la combinación de detección temprana y tratamiento adecuado.

El presente trabajo pretende basar sus resultados y análisis en el bienestar de la población femenina de la IPS -Javesalud-, partiendo de la iniciativa de las mujeres que como soporte primordial contribuyen a que los profesionales de la salud trabajen en la promoción, prevención primaria y detección temprana del cáncer de mama desde la misma consulta de promoción y prevención.

1. JUSTIFICACIÓN, PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA Y DEFINICIÓN DE TERMINOS

1.1 JUSTIFICACIÓN Y PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El cuerpo está formado por componentes básicos denominados "células", las crea y las reemplaza por otras nuevas cuando éstas mueren. Por lo general, genera células sanas y normales que cumplen diversas funciones. Sin embargo, cuando una célula toma una forma anormal y, en ciertos casos, dañina, puede dividirse rápidamente sin morir y hacer muchísimas copias de sí misma. Cuando esto sucede, suele iniciarse el crecimiento y la formación de un *tumor* (la agrupación de células anormales del cuerpo que forman una masa o nódulo). (3)

El cáncer de mama es un tipo de cáncer que se genera en las células mamarias, las cuales hacen que el cuerpo se enferme; es posible que se tenga la concepción de que sólo las mujeres pueden desarrollar cáncer de mama, pero, en realidad, como todos los seres humanos tienen tejido mamario, los hombres también pueden sufrir de esta enfermedad (aunque es poco común). Para Bogotá las estadísticas han demostrado que 1 de cada 100.000 hombres padece de cáncer de mama. Es probable que una persona que padece cáncer de mama tenga células cancerosas sólo en una parte de la mama y que éstas puedan detectarse al tacto como un nódulo (bulto). O bien, el cáncer puede extenderse en la totalidad de una o ambas mamas. A veces, el cáncer de mama se extiende a otras partes del cuerpo, es decir, hace metástasis. (3)

El cáncer de mama se perfila como un problema de salud pública de primer orden que va en incremento, con importantes repercusiones tanto en el bienestar de la población, como en la actividad productiva y en el costo del sistema sanitario. En Colombia, en la mujer, este cáncer ocupa el segundo lugar en frecuencia. Los dos factores pronósticos más importantes que determinan la sobrevida libre de enfermedad y la sobrevida global, son el tamaño del tumor primario y el número de ganglios axilares afectados.

Según investigadores, (4) las latinas son diagnosticadas con "cáncer de etapa IV"* , tres veces más frecuentemente que las no latinas. Además, las mujeres hispanas padecen de tumores malignos grandes en sus senos con dos veces más frecuencia que las mujeres de otros grupos. Por otro lado, el cáncer de mama, generalmente, se diagnostica entre las hispanas a una edad menor que entre las no hispanas. La edad promedio de diagnóstico para las latinas es de 56 años, contra 61 años para las no latinas. En Colombia, una de cada 33 mujeres desarrolla cáncer de mama. Cada vez las más afectadas son jóvenes y diariamente alrededor de 10 mujeres en el país pierden la vida por esta causa. (4)

Los informes del Instituto Nacional de Cancerología de Colombia, consideradas las particularidades propias de esta institución como centro de remisión y de atención de población de bajo nivel socioeconómico, indican que 76.8% de las mujeres que consultan se encuentra en estadios localmente avanzados y diseminados (III y IV), 13.3% está en estadios localizados (II) y sólo 4.8% en estadios tempranos (*in situ* y I). Esta distribución es diametralmente opuesta a lo reportado por los países desarrollados, donde los casos nuevos corresponden a estadios tempranos. Dicha distribución se mantiene en Colombia, debido a la intervención tardía del médico en el diagnóstico, clásicamente definida por el examen clínico, que sólo logra detectar tumores mayores de 2cm, poniendo a la paciente automáticamente en el grupo de enfermedad localizada. (5)

La probabilidad de que una mujer desarrolle cáncer de mama depende de si se tiene uno, o hasta varios factores de riesgo, y, no necesariamente significa que se padecerá la enfermedad. Existen distintos tipos de factores de riesgo: la edad, la raza y el riesgo genético de una persona (NO modificables) y otros riesgos relacionados con estilo de vida y los factores cancerígenos ambientales (Modificables). La mayoría de las mujeres que tienen uno o más factores de riesgo de cáncer de mama nunca padecen la enfermedad, mientras que muchas mujeres que la padecen no tienen factores de riesgo aparentes (además de ser mujer y el envejecimiento). Aunque una mujer con cáncer de mama tenga un factor de riesgo, no hay manera de demostrar que este factor es la causa real del cáncer.

* Se produce cuando el cáncer se ha diseminado a otras estructuras del cuerpo. Los órganos en los que suele aparecer metástasis con mayor frecuencia son los huesos, los pulmones, el hígado o el cerebro. También puede ser que el tumor haya afectado localmente a la piel y a los ganglios linfáticos dentro del cuello, cerca de la clavícula. El índice de supervivencia relativa a 5 años es del 16%. (6)

La aparición de un nódulo maligno en la mama de la mujer constituye independientemente de su extensión y gravedad, un *impacto psíquico* capaz de desestructurar casi totalmente su equilibrio anímico y afectivo. La *imagen corporal* se ve profundamente afectada y, a partir de ahí, sus relaciones con su entorno. La *mama* además de estar íntimamente unida a la reproducción sexual y a la *integridad corporal*, constituye el símbolo de la *feminidad* de su propio yo. (7)

El cáncer de mama es el tumor maligno más frecuente y la causa más común de sufrimiento humano y muerte por cáncer en las mujeres de todo el mundo, puesto que 1 de cada 100 lo presentara a lo largo de su vida. A pesar de los considerables adelantos científicos en su tratamiento, la mayor parte del mundo afronta carencias de recursos que limitan la capacidad para mejorar la detección temprana de esta enfermedad. En Colombia el cáncer de mama, representa la tercera causa de muertes por tumores malignos (9.8%), después del cáncer de cuello uterino. Los grupos poblacionales más afectados son las mujeres entre 30 y 69 años. La incidencia ponderada en las mujeres de 30 - 50 años es de 80 x 100.000 mujeres y el 80% de los casos se encuentran en estado avanzado, con una sobrevida limitada.

De acuerdo con la historia natural de la enfermedad, se ha calculado que la evolución de un tumor puede ser de nueve años para que sea visible en la mamografía (0,5cm.) y diez años para llegar a 1cm. y ser clínicamente detectable. Por lo tanto, la detección temprana del cáncer de mama mejora el desenlace de las mujeres que puedan llegar a desarrollar dicha enfermedad, siempre y cuando se cuente con un programa educativo que fomente la participación activa de ellas en el diagnóstico. La exploración clínica de las mamas, combinada con estudios de imaginología (ultrasonido con o sin mamografía), puede facilitar la aplicación de técnicas rentables de obtención de tejidos para el diagnóstico citológico o histológico así como el compromiso y apropiación de su cuerpo y su salud.

Hay factores reconocidamente asociados con el pronóstico de la enfermedad que determinan la supervivencia y el desenlace de la misma. Estos factores tienen relación con la edad de la paciente, la fisiopatología tumoral y el grado histológico, entre otros. Sin embargo, hay factores de índole social, político y económico, que también influyen en dicho pronóstico tales como el estadio avanzado de la enfermedad, la pobreza, la inaccesibilidad a los servicios de salud y los tratamientos inadecuados. La detección temprana del cáncer de mama es de interés

para la salud pública en el país, a la fecha existe una reglamentación respecto a los indicadores de cumplimiento y metas de cobertura a los regímenes subsidiado y contributivo del Sistema General de Seguridad Social en Salud. De tal manera que, los esfuerzos de diagnosticar el cáncer de mama en estadios tempranos, se justifica plenamente dada su creciente incidencia, presentación en estadios avanzados, elevada mortalidad, aumento de los costos social y económico, y del tratamiento en las diferentes regiones de Colombia.

En consecuencia, la institución prestadora de servicios de salud -JAVESALUD- manifestó su interés de implementar dentro de sus programa de promoción y prevención los lineamientos para la detección temprana del cáncer de mama, interés que fue asumido por dos estudiantes de enfermería de la Pontificia Universidad Javeriana que realizan la práctica de la asignatura "Dirección de los servicios de enfermería" durante el segundo período académico de 2007. El objetivo central del presente trabajo fue proponer recomendaciones prácticas, sustentadas en la bibliografía disponible en las bases de datos correspondientes a estudios latinoamericanos, incluyendo guías de manejo y documentos de trabajo realizados por expertos.

Para el desarrollo de la investigación se utilizara la metodología de la Enfermería Basada en la Evidencia (EBE) que se define como "El proceso en donde las enfermeras toman decisiones clínicas usando las mejores pruebas disponibles sustentadas en la investigación, su experiencia clínica y las preferencias del paciente". (8) Del mismo modo, se tendrán en cuenta los pasos establecidos: formulación de la pregunta, búsqueda de evidencias, clasificación de la información y planteamiento de los lineamientos.

Las metas de las recomendaciones propuestas es que se logre estructurar un programa de detección temprana de la enfermedad teniendo en cuenta las características de la IPS -Javesalud- y de manera especial las características de 150 mujeres usuarias entre 17 y 45 años, que asisten al programa de promoción y prevención en las consultas de planificación familiar, joven, adulto mayor y toma de citología, en las cuales se debería impartir porque no se hace la educación y utilización del autoexamen de mama como método de detección temprana de cáncer de mama, promedio importante que muestra la poca demanda del programa e interroga sobre la calidad del servicio prestado; mediante un primer acercamiento a la situación se llevo a cabo un

sondeo de preguntas a las asistentes. Encontrando respuestas nada alentadoras:

"No se qué es el autoexamen de mama"

"No me han enseñado a realizar el autoexamen de mama"

"Por la televisión me he dado cuenta que es importante realizar el autoexamen de mama pero no lo hago"

"Me realizo el autoexamen de mama y no me encuentro nada"

En la búsqueda de una respuesta a este fenómeno, se consulto a algunos funcionarios de la IPS -Javesalud- su opinión respecto a la importancia del autoexamen de mama y de las expresiones de las mujeres, encontrando lo siguiente: "Estamos en la pesquisa de un programa que nos facilite dar a conocer a las mujeres que asisten a nuestra IPS la necesidad de colocar en practica el autoexamen de mama"; "A pesar de que contamos con medios de difusión muy interesantes para promover la utilización del autoexamen de mama no lo hacemos"; "En la consulta solo indago si la mujer se realiza el autoexamen de mama y ya nada minucioso sobre el mismo"; "Sabemos que hay que dar educación sobre autoexamen de mama pero no lo hacemos por falta de tiempo en la consulta y porque no contamos con el entrenamiento necesario". Por dichos planteamientos se cree que el autoexamen de mama se *debe* realizar, sin darle el valor que merece al contribuir a la prevención del cáncer de mama.

Por lo anterior, las autoras del presente trabajo consideran que para mejorar la calidad de la atención y brindar un cuidado de enfermería humanizado desde lo colectivo como lo individual, se debe entonces empezar por indagar sobre los diferentes factores que giran entorno a la utilización de los métodos de detección temprana en especial el autoexamen de mama. De tal manera y ante el interés de implementar un programa de prevención del cáncer de mama, teniendo en cuenta las características sociodemográficas de las mujeres que asisten a la IPS y los recursos institucionales, humanos, materiales y económicos, surge la pregunta de la presente propuesta en los siguientes términos: ¿Cuáles son los lineamientos orientados a la promoción, prevención primaria y detección temprana de cáncer de mama en la IPS JAVESALUD a partir de revisión bibliográfica entre 1997 - 2007, Bogotá D.C., segundo periodo de 2007?

Partiendo de este trabajo y de la realidad nacional, las autoras permiten considerar que para el personal de la IPS especialmente enfermeras (quienes tienen contacto directo con las mujeres en cada una de las consultas), sería de gran ayuda dichos lineamientos, ya que a partir de ellos se propone crear un programa de prevención para el cáncer de mama, aumentando así la utilización de los métodos de detección temprana y disminuyendo la incidencia del cáncer de mama.

1.2 PREGUNTA PROBLEMA

¿Cuáles son los lineamientos orientados a la promoción, prevención primaria y detección temprana de cáncer de mama en la IPS JAVESALUD a partir de revisión bibliográfica entre 1997 - 2007, Bogotá D.C., segundo periodo de 2007?

1.3 DEFINICIÓN DE TÉRMINOS

1.3.1 Lineamiento. Conjunto de criterios orientadores para llevar a la acción programas, planes y proyectos que van a facilitar el diseño, implementación y vigilancia de las acciones educativo - comunicacionales, en diferentes instancias y escenarios. Estos establecen estándares y mínimos de calidad que reportan la certeza de no correr riesgos con la salud del paciente, mediante el manejo adecuado del ejercicio y por personal que acredite el conocimiento en cáncer de mama. (9) Para efectos de este trabajo se consideraron las actividades de promoción y prevención primaria, y actividades de detección temprana:

- **Actividades de promoción y prevención primaria.** Encaminadas a proporcionar la información, educación y comunicación en salud a la población para reconocer los factores de riesgo y promover estilos de vida sanos que contribuyan a la disminución de la morbimortalidad por el cáncer de mama.
- **Actividades de detección temprana.** Permiten la identificación y el diagnóstico oportuno del cáncer de mama en el cual se incluyen autoexamen de mama, examen clínico de mama y mamografía, proporcionando acciones oportunas de diagnóstico y el adecuado tratamiento de la enfermedad.

1.3.2 IPS -Javesalud-. Entidad sin ánimo de lucro con personería jurídica reconocida mediante la resolución N° 2158 del 11 de junio de 1996 ante la Secretaría Distrital de Salud de Santafé de Bogotá, que ofrece a toda la comunidad en general, de manera directa y con los estándares de calidad que caracterizan a la Universidad Javeriana, una amplia gama general y especializada de servicios médicos, odontológicos, de apoyo diagnóstico y terapéutico de primer y segundo nivel ambulatorio. Adicionalmente, se define en el mercado de la salud, como la IPS con mayor proyección e impacto en los servicios de promoción y prevención; gracias a su alto nivel científico y humano apoyado en la experiencia del personal, la calidad de la atención brindada, el apoyo universitario y la ubicación estratégica de sus tres sedes.

Tiene el gusto de cuidar la salud de las 122.044 personas en promedio que acuden a sus servicios de manera particular, y a los usuarios afiliados a reconocidas entidades administradoras de regímenes de beneficios, entre las cuales se destacan: Colpatria Salud, EPS Sanitas, Compensar EPS, Famisanar EPS, Seguro Social, Susalud y Servicio Médico ETB. Con todas ellas mantiene permanente comunicación para la aplicación de actividades y procesos de mejoramiento continuo que les permiten brindar una atención con los mejores estándares posibles en el marco del Sistema General de Seguridad Social vigente en Colombia.

1.3.3 Revisión bibliográfica. Revisión documental de artículos que consiste en localizar, identificar y acceder a la bibliografía vigente entre 1997 - 2007, de donde se debe extraer y recopilar la información relevante y necesaria que concierne a nuestro problema de investigación. (10)

2. MARCO CONCEPTUAL

El cáncer es una de las pocas enfermedades que se ha identificado tanto con la muerte inevitable, su alta incidencia y curso prolongado y doloroso, lo han convertido en un padecimiento de interés para expertos y para la población en general, aunque los logros en el diagnóstico temprano y en la terapéutica son alentadores y recalcan el pronóstico, no deja de ser una enfermedad fatal. Sin duda alguna se ha convertido en un tema primordial y preocupante para la salud pública como ya se mencionó.

De ahí que, abordar una enfermedad como el *cáncer de mama* que día tras día cobra más importancia en la población femenina, implica considerar el enfoque de género, el enfoque de derechos y el enfoque de riesgo. El enfoque de género plantea un abordaje de la realidad buscando la equidad e igualdad de oportunidades entre los hombres y las mujeres, considerando las condiciones de riesgo, económicas, políticas y sociales en que se desenvuelven.

El concepto de género se fundamenta en los roles de los hombres y las mujeres, de los niños y las niñas, construidos socialmente, en torno a las diferencias sexuales. Significa, igual tratamiento de las mujeres y los hombres ante la ley y las políticas y el acceso a recursos y servicios, tomando en cuenta las necesidades específicas de cada persona de acuerdo a su edad, dentro de las familias, las comunidades y la sociedad en general. La equidad de género significa imparcialidad y justicia en la distribución de beneficios y responsabilidades entre hombres y mujeres y requiere de proyectos y programas para poner fin a las desigualdades existentes.

En cuanto al enfoque de derechos, se sostiene que todos los seres humanos nacen libres e iguales en dignidad y derechos a: la vida, seguridad, educación, alimentación, vestido, vivienda, agua y saneamiento adecuados, en armonía con la naturaleza; considerando al ser humano como el elemento central del desarrollo. El enfoque de derechos, aplicado a la prevención y control de cáncer de mama, tiene como objetivo principal el mejorar la calidad de vida a nivel individual, de parejas y de la población en general a través de la prestación de servicios integrales de salud.

Por ultimo, el enfoque de riesgo es un abordaje de atención en salud basado en considerar factores potenciales de daños a la salud, identificando factores de riesgo como características, hechos o circunstancias que determinan la probabilidad de enfermar o morir.

Aplicado en la salud reproductiva de la mujer, considera la probabilidad de sufrir algún daño en su salud, ante la presencia de condiciones como: factores de riesgo reproductivos, la concurrencia de enfermedades crónicas degenerativas, alteraciones físicas, así como de factores sociales y psicológicos que contribuyen a incrementar la morbimortalidad en la mujer.

La atención en salud con enfoque de riesgo, implica una necesidad de mayor o menor cuidado de la mujer en su salud reproductiva y prevención del cáncer de mama, de acuerdo a su riesgo, lo cual se hará tomando en cuenta los recursos y tecnologías existentes en los niveles y grados de complejidad que la atención requiera. En este marco es trascendental que los profesionales de la salud, consideren este enfoque de riesgo, como una estrategia de salud que conlleva un cambio individual, familiar, social y cultural, acordes con los derechos reproductivos de las personas.

A continuación se inicia el marco conceptual con algunas definiciones de la mama embriología, anatomía y fisiología, posteriormente se analizara la oncogénesis, epidemiología, factores de riesgo e historia natural del cáncer de mama, seguido de las alternativas de tamizaje y detección, y para finalizar las etapas de prevención del mismo.

2.1 EMBRIOLOGÍA, ANATOMÍA Y FISIOLOGÍA DE LA MAMA

2.1.1 Embriología. Las mamas no son más que glándulas sudoríparas altamente especializadas. En el embrión, a la 6^a - 7^a semana de gestación aparece un engrosamiento ectodérmico bilateral que se extiende desde las regiones axilares hasta las regiones inguinales (las llamadas crestas mamarias); en la especie humana esta cresta mamaria desaparece en el embrión con cerca de 15mm, quedando sólo reducida a la región torácica anterior. La persistencia de esta cresta en la especie humana lleva a la aparición de mamas o pezones supernumerarios en la vida adulta (Polimastia y/o Politelia). Alrededor del 7^o mes, ya se formaron los conductos galactóforos y se inicia la formación de los ácinos, estas formaciones constituyen la base de las unidades

ductolobulares. En el momento del parto ya se dispone de alrededor de 20 de estas unidades ductolobulares que se permeabilizan en el recién formado complejo areola-pezones, terminando estas unidades en un pequeño orificio de la epidermis del pezón. El recién nacido, por la acción de la progesterona materna puede presentar congestión mamaria e incluso segregar la llamada "leche de brujas".

Cerca de los 9 - 10 años aparece una protuberancia retroareolar, que es el llamado "botón mamario", que es la primera señal de crecimiento mamario, esta estructura debe ser respetada y no debe ser sometida a ningún procedimiento quirúrgico porque se corre el riesgo de alterar seriamente el crecimiento mamario. Más tarde, alrededor de los 12 años es que la glándula comienza a presentar un verdadero desarrollo, y a los 13 - 14 años comienza un intenso crecimiento retroareolar, en vista a su forma definitiva.

2.1.2 Anatomía. A pesar de las diferentes formas y volúmenes mamarios, la mama se extiende del 2º al 6º arco costal y entre la línea paraesternal y la axilar anterior. Hay que considerar la cola de Spencer o prolongación axilar que tiene una forma cónicopiramidal y que se extiende hasta los límites de la axila, el complejo areola-pezones está implantado a nivel del 5º arco costal y contiene numerosas fibras musculares lisas cuya función es de proyectar el pezón, por inervación involuntaria, los diversos conductos terminan cada uno en un orificio del pezón.

La mama propiamente dicha, está formada por alrededor de 20 unidades lobulares con sus canales excretores, separadas unas de otras por fascias de tejido fibroso que unen estas unidades entre sí, son los "Ligamentos de Cooper". El compromiso de éstos por una lesión maligna, dará los signos de retracción de la piel, tan importante en el diagnóstico clínico del cáncer de mama. El adelgazamiento de éstos, junto a la involución lipomatosa, así como a la pérdida de la elasticidad de la piel, serán responsables más tarde de la ptosis mamaria.

La irrigación arterial está a cargo de la arteria mamaria interna, ramas de la arteria axilar, así como de ramas de las arterias intercostales. La inervación está a cargo de ramas de los nervios intercostales laterales y medianos, de predominio simpático. La inervación del pezón es hecha por ramas del 4º nervio intercostal, de predominio sensitivo.

El drenaje venoso comprende un sistema superficial, con las venas toracoepigástricas y el sistema profundo, al que se le atribuye gran importancia en términos de diseminación hematógena del cáncer, sigue básicamente a la irrigación arterial. Así las venas subescapular y laterotorácica drenan en la vena axilar y la vena mamaria interna drena en la vena subclavia.

El drenaje linfático tiene un papel extremadamente importante en la diseminación de las enfermedades malignas. Toda la mama es muy rica en canales linfáticos. En la zona areola-pezones existe una red circunareolar y se consideran básicamente 3 vías de drenaje linfático de la mama: axilar, interpectoral y mamaria interna.

Por la vía *axilar* drena cerca del 75% de toda la linfa proveniente de la mama y en la región axilar existen cerca de 30 ganglios linfáticos, distribuidos en tres niveles, situados por debajo de la vena axilar. El Nivel I se encuentra lateralmente y abajo del pectoral mayor. El Nivel II comprende los ganglios situados debajo del pectoral menor. Finalmente el Nivel III se encuentra en el ápex de la axila.

Un pequeño porcentaje de linfa es drenada para la región *interpectoral* (ganglios de Rotter), situada en el espacio entre los pectorales mayor y menor. Cerca del 20% de la linfa de la mama es drenada a la cadena de la *mamaria interna*, a los ganglios del 2º, 3º y 4º espacios intercostales. Existen algunas conexiones linfáticas con la mama contralateral, así como a la vaina de los rectos, pero no son tan significativas.

2.1.3 Fisiología. A partir del momento en que comienzan a existir variaciones cíclicas hormonales, éstas van a repercutir sobre la mama. Así en la fase luteal del ciclo puede ocurrir retención de líquido, causando ingurgitación, sin que esto produzca alteraciones citológicas o histológicas.

En la gravidez y lactancia sí se producen profundas alteraciones, con marcado crecimiento lobular, desarrollándose también nuevas unidades funcionales. La mama aumenta sustancialmente de volumen, debido a retención hídrica, las venas superficiales se tornan más evidentes y la areola y pezones se pigmentan adquiriendo un color más oscuro. La formación de calostro se inicia hacia el 4º mes de gestación y la leche verdadera se comienza a producir al 2º día post-parto, por elevación de los niveles de prolactina.

2.2 ONCOGÉNESIS, EPIDEMIOLOGÍA Y FACTORES DE RIESGO DEL CÁNCER DE MAMA

Hoy en día se sabe que una célula cancerosa de mama tiene como tiempo de duplicación entre 100 a 300 días. Así mismo, una neoplasia de mama con 1cm de tamaño sufre cerca de 30 duplicaciones antes de alcanzar este tamaño y este cáncer con 1cm tiene, como mínimo, cerca de 7 años de evolución. Sin embargo pueden existir casos de crecimiento más rápido, pero la gran mayoría de estas neoplasias entran en el primer grupo, lo que hace de ésta una de las neoplasias de crecimiento más lento.

Como se menciona anteriormente, desde el nacimiento hasta la menarquia, pocas transformaciones se han dado en la mama. En este momento por acciones hormonales, toman forma adulta las unidades funcionales de la mama, los acinos. El número de estas unidades aumenta en cada ciclo menstrual hasta aproximadamente los 35 años. Por consiguiente se puede deducir que, cuantos más ciclos menstruales existen, más unidades funcionales existirán. Tal vez por eso el aumento de frecuencia de neoplasia de mama en mujeres con menarquias precoces y menopausias tardías.

A partir de los 35 años aproximadamente, comienza la involución mamaria, que es más notoria a partir de la menopausia. Es a partir de este momento en que comienza a aparecer más patología mamaria, en base a las alteraciones que van a dar lugar a la involución.

Es también en este momento que los mecanismos de regeneración celular pueden comenzar a sufrir alteraciones. Así, el esquema normal de regeneración celular puede ser sustituido por mecanismos que lleven a fibrosis, adenosis o a hiperplasia. Esta hiperplasia puede llevar a atipia celular, llegándose al límite de benigno/maligno, o sea la Hiperplasia Epitelial Atípica. La transformación de "neoplasia In Situ" a "neoplasia Invasiva", corresponde al pasaje de la membrana basal, último reducto de la localización de la dolencia maligna.

La tendencia actual de los profesionales de la salud, es realizar los máximos esfuerzos para identificar los grupos de personas con mayores posibilidades de desarrollar algún tipo de cáncer, lo cual ha sido y es motivo de extensas investigaciones. En el caso del cáncer de mama, desde hace mucho tiempo han sido descritas una serie de variables asociadas con un mayor riesgo a desarrollar cáncer de mama y

últimamente, nuevos factores han incrementado esta lista. Identificar pacientes con cáncer asintomático de mama no es tarea fácil, puesto que los procedimientos diagnósticos son costosos, por eso es preciso seleccionar los grupos de personas con un alto riesgo, para emplear con ellos los procedimientos necesarios para un diagnóstico precoz.

Tratándose del cáncer de la mama, existen dos características que nos permiten excluir un buen sector de la población. En primer lugar el *sexo*, en el hombre este tipo de cáncer es raro; en casi todas las estadísticas mundiales, incluyendo las de nuestro país, la incidencia varía entre 0,5 a 1% en relación a la mujer, es decir que alrededor de cada 200 casos de cáncer en la mujer, ocurre uno en el hombre.

El otro factor de exclusión es la *edad*, el cáncer de mama es raro en la mujer joven, aunque se han descrito casos incluso en la niñez, pero en general el riesgo es bajo en las mujeres menores de 35 años. Sin embargo en los últimos años, y debido al avance y mejora de los medios de diagnóstico sobre todo en imagenología, los diagnósticos son más precoces y el pico más alto de edad de incidencia está disminuyendo. En general, se considera que la edad de mayor riesgo en la mujer está entre los 45 y 65 años.

En cuanto a la *raza*, la incidencia y mortalidad en los países occidentales donde predomina la raza blanca, siempre ha sido alta. En los EE.UU. y en el Norte de Europa estos factores son 5 veces más altos que en los países de Asia y África, debiendo mencionar que en el Japón la incidencia del cáncer de mama es mucho más baja que en los demás países del mundo; en el sur de Europa y en Sudamérica las tasas son intermedias entre estos dos extremos.

Otro factor importante de riesgo es la *historia reproductiva*. Cuanto más largo es el tiempo de influjo hormonal ovárico, las posibilidades de hacer un cáncer de mama son mayores; esto sucede con las mujeres que tienen una menarquia temprana y una menopausia tardía. La castración, ya sea quirúrgica o por radioterapia reduce sustancialmente en la mujer el riesgo a tener cáncer de mama. Si es realizada antes de los 35 años, la reducción es al 40% de la mujer que tiene su menopausia natural. La característica reproductiva más fuertemente asociada al riesgo de cáncer de mama es la edad a la que la mujer tiene su primer embarazo, las mujeres que tienen su primera gestación a término alrededor de los 18 años, tienen sólo un tercio del riesgo de las mujeres que tienen su primer hijo hacia los 30 años, y las mujeres que tienen su primer hijo

después de los 30 años, realmente tienen un riesgo un poco más alto que las que no tienen hijos.

Desde hace mucho tiempo se han relacionado la lactancia y el cáncer de mama, y ha habido numerosos estudios en la literatura tratando de probar el efecto protector de la lactancia en la génesis de esta enfermedad. Sin embargo la mayoría de los estudios muestran en forma concluyente que ésta no representa un factor de protección contra el cáncer de mama.

En lo referente a la *historia familiar*, éste es un factor de riesgo fundamental y que nunca debe ser pasado por alto en el primer contacto con la paciente. Todos los estudios muestran que las mujeres que tienen familiares en primer grado con cáncer de mama, tienen un riesgo tres veces mayor que la población en general. Este riesgo tiene un incremento adicional si la familiar fue afectada a una edad temprana o tiene enfermedad bilateral. Así se ha estimado que si una mujer tiene una familiar en primer grado con cáncer de mama bilateral y en la premenopausia, tiene un riesgo incrementado en nueve veces de presentar la enfermedad, además existe también la tendencia a que si hacen la enfermedad, ésta se presente 10 a 12 años más temprano.

La relación entre las *enfermedades benignas* de la mama y el *cáncer*, es controversial, y parte de esta controversia es relacionada al uso del término "Enfermedad Benigna de la Mama", el cual incluye una variedad de condiciones tales como: macroquistes, microquistes, adenosis, cambios apócrinos, fibrosis, fibroadenomas y la hiperplasia epitelial; de todas estas condiciones, la mayoría de los autores creen que sólo la Hiperplasia Epitelial en su variedad atípica está relacionada al desarrollo del cáncer de mama, lo cual tampoco quiere decir que todas las hiperplasias atípicas se transformarán en carcinomas in situ o en carcinomas invasivos.

Datos acumulados indican que el *tratamiento hormonal a largo plazo*, más de 10 años, con estrógenos, por sintomatología de la menopausia, incrementa el riesgo de cáncer de mama en 1.5 veces en relación a las mujeres no tratadas, sin embargo, el beneficio que se obtiene en relación a la prevención de la osteoporosis y de los problemas cardiocirculatorios, compensan este pequeño aumento en el riesgo para la neoplasia de mama.

Los *anticonceptivos orales* no tienen influencia sobre la incidencia del cáncer de mama, sólo existe alguna relación en aquellos casos en que se han tomado por más de 5 años seguidos y en mujeres menores de 25 años, en este caso el incremento del riesgo es de 1.6 veces.

Últimamente se ha mencionado que la Dieta es también un factor de relativa importancia en cuanto a incrementar el riesgo para esta enfermedad. Así diversos autores admiten que el consumo de grasas saturadas, así como la obesidad podrían ser factores predisponentes para el cáncer de mama, sobre todo en mujeres postmenopáusicas. También existen reportes que mencionan que el consumo excesivo de alcohol y tabaco estarían relacionados con el cáncer de mama.

2.3 HISTORIA NATURAL DEL CÁNCER DE MAMA

La historia natural del cáncer de mama es suficientemente conocida aunque muchas veces sea difícil demostrar su evolución en una misma paciente. Ante un estímulo determinado algunas células aparentemente normales inician una división progresiva incrementándose en número y actividad nuclear. Es la fase de hiperplasia; cuando éstas células tienen características potenciales para formar un cáncer se denominan células de hiperplasia atípica. Si la hiperplasia sigue evolucionando aparece un cáncer que será inicialmente in situ, es decir que se mantendrá dentro de los límites anatómicos de la estructura normal de la mama. La progresión del carcinoma in situ es hacia la infiltración de los tejidos vecinos en el seno de la mama y posteriormente la invasión de tejidos alejados a ella, lo que se denomina metástasis. Esta invasión alejada se realiza a través de los conductos linfáticos apareciendo primero la alteración de los ganglios linfáticos regionales y posteriormente la invasión de tejidos alejados como pulmones, hígado, huesos, encéfalo, entre otros.

A medida que el cáncer va aumentando de tamaño van apareciendo más signos de su presencia. En un principio, cuando las células se encuentran en fase de hiperplasia los signos clínicos son mínimos; a veces tan solo la precipitación de sales de calcio en los tejidos circundantes dará lugar a las microcalcificaciones. Cuando el número y actividad de las células tumorales se incrementa también aumentan estas microcalcificaciones y pueden aparecer pequeñas tumoraciones. Más adelante si el tumor se hace invasor aparecerán tumoraciones irregulares, parcialmente adheridas a los tejidos, más o menos grandes y algunas veces acompañadas de ganglios axilares.

2.4 ALTERNATIVAS DE TAMIZAJE

La evidencia contundente en relación con la mayor supervivencia y la posibilidad de curación del cáncer de mama cuando es diagnosticado y tratado tempranamente, sumada al creciente desarrollo de tecnologías de imágenes, han promovido ampliamente distintas estrategias para su detección temprana.

Sin embargo, en el sector de la salud existe una generalizada utilización de las palabras “detección temprana” y “tamizaje”, por ello, se hace necesario partir de un concepto unificado con el objeto de evitar imprecisiones y poder avanzar en la discusión frente a las implicaciones de uno u otro, sus ventajas y sus limitaciones. La detección temprana se considera la identificación de una enfermedad, en este caso, del cáncer de mama, en un punto de su historia natural cuando puede ser tratado con técnicas que tienen el menor impacto físico y la mayor probabilidad de producir curación.

Existen tres estrategias claramente definidas para la detección temprana en cáncer de mama: la detección temprana sin tamizaje, el tamizaje de oportunidad y el tamizaje organizado. (11)

La *detección temprana sin tamizaje* ocurre por una respuesta oportuna del personal de salud a signos clínicos detectados en un examen de rutina o a los síntomas expresados por las mujeres en el momento de consultar. Se pueden establecer programas de detección temprana sin tamizaje, basados en la educación oportuna y apropiada de la población y de los profesionales de la salud, con el fin de identificar signos y síntomas de alerta que permitan un diagnóstico en etapas tempranas de la enfermedad. Este tipo de programas requieren una menor cantidad de recursos y estarían indicados en países en los que el diagnóstico se hace mayoritariamente en estados avanzados. (11)

El *tamizaje de oportunidad* se presenta cuando una mujer asintomática obtiene una prueba de tamizaje por fuera de un programa formal, lo cual puede facilitar el diagnóstico temprano de lesiones no palpables. (11)

A su vez, el *tamizaje organizado* es el establecimiento de un programa formal de tamizaje, en el que deben cumplirse los siguientes requerimientos, además de normas técnicas y administrativas que permitan su aplicación en condiciones óptimas: contar con una política

explícita; definir la población que incluya categorías específicas de edad; definir las pruebas que se utilizarán y los intervalos de aplicación; establecer un equipo responsable de su implementación; garantizar la oferta y la accesibilidad a instituciones de salud para el diagnóstico y el tratamiento oportunos; implementar estrategias de inducción de la demanda; establecer un programa de aseguramiento de la calidad; contar con un sistema de información adecuado; detectar la ocurrencia de la enfermedad en la población, y definir una metodología de evaluación y seguimiento.

Hay algunas premisas conocidas en relación con las enfermedades que pueden ser objeto de tamizaje: la enfermedad debe representar un problema de salud pública, debe tener una fase preclínica detectable e intervenible con éxito y debe conocerse suficientemente su historia natural de tal manera que se pueda establecer el momento óptimo para la aplicación de la prueba. (12) Es ahí, cuando mediante el tamizaje, se detectan lesiones invasivas asintomáticas, más que lesiones precursoras (12); sin embargo, es claro que la supervivencia muestra importantes variaciones de acuerdo con el estadio clínico en que se diagnostica el cáncer de mama, con mayor supervivencia en estadios tempranos que en estadios localmente avanzados o metastáticos. (13)

Dado que el tamizaje implica la aplicación de pruebas a individuos sanos, es esencial contar con pruebas que sean seguras y aceptadas por la población. Aunque no se trata estos aspectos de manera exhaustiva, comprender las implicaciones de la interpretación de las pruebas en términos de su validez, adquiere particular relevancia puesto que en aquellas mujeres en las que la prueba tamiz resulte sospechosa se requiere necesariamente, aplicar unas pruebas diagnósticas confirmatorias. Las pruebas que se han utilizado para el tamizaje en cáncer de mama son el autoexamen, el examen clínico de la mama y la mamografía.

La sobrevida por cáncer de mama esta directamente relacionada con la extensión de la enfermedad en el momento del diagnóstico. En los países industrializados, la sobrevida a los cinco años para el estadio I es de 85%, para el estadio II es entre 60 a 70%, para estadio III alrededor del 30 a 55% y para el IV un 5 a 10%. (14) A mayor estadio el tratamiento no solo es menos eficaz, sino también mas mutilante.

2.5 ALTERNATIVAS DE DETECCIÓN

Se hace considerando que la mama es un órgano fácilmente accesible al examen y por consiguiente susceptible de un diagnóstico rápido, para ser sometida a un tratamiento precoz y adecuado y así obtener excelentes resultados incluso cosméticos, con una sobrevida larga y libre de enfermedad. Sin embargo, en nuestro país y nuestro medio más específicamente, la realidad es otra.

Esta dificultad para el diagnóstico inicial del cáncer de mama, se debe a varios factores. En primer lugar la falta de educación de nuestra población que no acude a exámenes rutinarios de mama sino cuando la enfermedad ya está muy avanzada. Por otra parte, generalmente la mama no es examinada en el examen físico de rutina y además cuando esto ocurre, los profesionales de la salud que examina la mama, lo hace en forma muy superficial e inadecuada. El diagnóstico de los tumores de la mama, básicamente comprende: Autoexamen de mama, Examen clínico de mama y Mamografía. (Véase tabla 1)

2.5.1 Autoexamen de mama (AEM). Es un examen que no causa ninguna incomodidad y permite detectar el cáncer de mama en su etapa inicial; generalmente debe realizarse una vez por mes, dos o tres días después de finalizada la menstruación durante al menos 2 minutos por la misma mujer sin ropa preferiblemente de la cintura para arriba. (15)

2.5.2 Examen clínico de mama (ECM). Examen de la mama realizado por un profesional de la salud para verificar cambios en el tamaño y movilidad de la mama, en el aspecto de la piel o del pezón, la aparición de una secreción anormal, de dolor importante o la presencia de ganglios aumentados de tamaño en las axilas. (16)

2.5.3 Mamografía. Es una radiografía de baja radiación realizada en la glándula mamaria, que puede detectar anomalías que clínicamente no son perceptibles, delinear masas palpables e identificar posibles irregularidades asociadas en el seno contralateral y según la proyección utilizada, demostrar la presencia de ganglios anormales en la axila.

La mamografía constituye el método más confiable y de mayor precisión para la detección temprana del cáncer de seno en su etapa inicial, cuando hay más posibilidades de tratamiento. Se recomienda que las mujeres mayores de 50 años se realicen una mamografía de control,

cada dos años y las mujeres con riesgo de padecer un cáncer de mama cada año, a partir de los 35 años. (17)

Tabla 1. Métodos de detección oportuna del cáncer de mama.

MÉTODO	SENSIBILIDAD* Y ESPECIFICIDAD**	BENEFICIOS	LIMITACIONES
Autoexamen de mama	Sensibilidad: 26 a 41%	<ul style="list-style-type: none"> Identifica abultamientos de 0.5 a 1cm 	<ul style="list-style-type: none"> Aumento de la ansiedad en la mujer Incremento en el número de visitas médicas Aumento en la proporción de biopsias con resultado negativo
Examen clínico de mama	Sensibilidad: 40 a 69% Especificidad: 88 a 99%	<ul style="list-style-type: none"> Identifica abultamientos de 2mm Permite la detección temprana de los cánceres "perdidos" por la mamografía Permite proporcionar a la mujer la información educativa 	<ul style="list-style-type: none"> Aumento de la ansiedad en la mujer La posibilidad de error influye en el aumento de biopsias innecesarias
Mamografía	Sensibilidad: 77 a 95% con un rango de 54 a 58% entre las mujeres menores de 40 años Especificidad: 94 a 95%	<ul style="list-style-type: none"> Identifica abultamientos de 2mm Se ha confirmado que contribuye a la disminución de la mortalidad por cáncer de mama 	<ul style="list-style-type: none"> Aumento de la ansiedad en la mujer La tasa de mamografías falsas negativas es de 10% en la mujeres entre 50 - 69 años, y de 25% en las mujeres entre 40 - 49 años. La tasa de mamografías falsas positivas es de 7 a 8% en la mujeres entre 40 - 59 años, y de 4 a 5% en las mujeres entre 60 - 79 años.

* Sensibilidad: Probabilidad de que una prueba diagnostica sea positiva dado que la persona está enferma.

** Especificidad: Probabilidad de que una prueba diagnostica sea negativa dado que la persona ni tiene la enfermedad.

2.6 ETAPAS DE LA PREVENCIÓN DEL CÁNCER DE MAMA

2.6.1 Prevención primaria. Se debe realizar mediante la información, orientación y educación a toda la población femenina sobre los factores de riesgo y la promoción de conductas favorables a la salud.

2.6.2 Prevención secundaria. Se debe efectuar mediante el autoexamen de mama, examen clínico de mama y mamografía. Una vez detectada la lesión a través de dichos procedimientos, se procede al diagnóstico confirmatorio y al tratamiento adecuado de manera oportuna y con calidad.

2.6.3 Prevención terciaria. Se debe ejecutar en los casos necesarios mediante la rehabilitación reconstructiva, estética y psicológica de las mujeres que reciben tratamiento quirúrgico, quimioterapia, radioterapia u hormonoterapia, según lo ameriten. Además, se debe orientar sobre la existencia de grupos de apoyo.

3. OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GENERAL

Formular los lineamientos orientados a la promoción, prevención primaria y detección temprana de cáncer de mama para la IPS -Javesalud- a partir de la revisión bibliográfica entre 1997 - 2007.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Establecer lineamientos para actividades de promoción y prevención primaria relacionadas con el cáncer de mama a partir de la revisión bibliográfica entre 1997 - 2007.
- Establecer lineamientos para actividades de identificación y detección temprana de cáncer de mama mediante autoexamen de la mama y examen clínico de la mama, a partir de la revisión bibliográfica entre 1997 - 2007.

4. PROPOSITO

Brindar elementos a los profesionales de la IPS -Javesalud- para que informen, eduquen y comuniquen de manera adecuada, eficaz y eficiente a las usuarias sobre cáncer de mama, con el fin de fomentar la detección temprana de la enfermedad.

5. METODOLOGÍA

5.1 DISEÑO METODOLÓGICO

Para dar respuesta a la pregunta planteada en el presente trabajo, se realizó una revisión bibliográfica de fuentes primarias constituida por artículos científicos de publicaciones periódicas, guías de manejo y documentos de trabajo realizados por expertos. La selección de este método obedeció en primera instancia, a la disponibilidad de estudios de investigación sobre la detección de cáncer de mama en Latinoamérica en el periodo entre 1997 - 2007. En segunda instancia, a la existencia de guías de manejo como respuesta a los requerimientos oficiales en diferentes países según lo promulgado desde la OMS y la OPS. (18)

5.2 POBLACIÓN DE ESTUDIO

La **unidad de observación** estuvo conformada por once documentos, ocho artículos científicos, una guía de manejo y dos documentos de trabajo.

La **unidad de análisis** hizo referencia al contenido de los documentos centrados en las actividades de promoción, prevención, diagnóstico y detección temprana de cáncer de mama.

5.3 RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN

Para el proceso de ubicación, selección, lectura y análisis de los documentos se aplicaron algunos elementos de la Enfermería Basada en la Evidencia (EBE), mediante tres fases:

5.3.1 Primera fase. Teniendo clara la pregunta del presente trabajo y los términos de búsqueda, las autoras formularon algunos interrogantes para leer los artículos:

- ¿Qué estrategias están diseñadas para contribuir a la prevención de cáncer de mama?
- ¿Cuáles son los métodos de detección temprana de cáncer de mama?

- ¿Qué conocimiento tienen las mujeres acerca del autoexamen de mama y con qué frecuencia lo realizan?

Utilizando el descriptor Mesh y mediante las palabras clave: cáncer de mama, autoexamen de mama, examen clínico de la mama, mamografía, detección oportuna de cáncer de mama, neoplasma de mama, atención primaria, prevención de cáncer, educación para la salud, mujer y cáncer, promoción de la salud y mujer, se revisaron las bases de datos Scielo, Lilacs, Medline, Medclatina, Cuiden y Cochrane.

Se encontraron 35 artículos, de los cuales se revisaron 26 resúmenes, seleccionando 11 de ellos para una exhaustiva y minuciosa lectura por cada una de las autoras, con el fin de entender su contenido e identificar los aspectos y tópicos que fueran base para la investigación propuesta. La información objeto de búsqueda, localización y obtención fue registrada en una hoja de calculo de Excel con los siguientes campos: año de publicación, país de publicación, tipo de estudio y objetivo central, a partir de ahí se realizo un análisis general. (Ver anexo 1)

5.3.2 Segunda fase. Comprendió la lectura y el análisis de los once documentos seleccionados, proceso realizado de manera independiente por cada una de las autoras del presente trabajo, en los artículos descriptivos se utilizo el texto guía "Principios de Epidemiología" (19); en el artículo cualitativo se empleo la Guía de Valoración Critica de Artículos Cualitativos que califica la validez del estudio, los resultados y la aplicabilidad de los mismos (Ver anexo 2); en el artículo de prueba diagnostica se tuvo en cuenta la Lista de Verificación Metodologica para Estudios de Exactitud Diagnostica que juzga la validez interna, la evaluación total y descripción del estudio (Ver anexo 3); a la guía de manejo se le aplico el instrumento AGREE (Appraisal of Guidelines Research & Evaluation), en el cual se evalúan 23 ítems claves organizados en seis áreas distribuidas de la siguiente manera: alcance y objetivo, participación de los implicados, rigor en la elaboración, claridad y presentación, aplicabilidad e independencia editorial. Cada ítem tiene valor de 1 a 4 entendiendo el número 1 como *muy en desacuerdo*, el número 2 en *desacuerdo*, el número 3 *de acuerdo* y el número 4 *muy de acuerdo* (Ver anexo 4); y a los documentos de trabajo se les realizo una lectura crítica teniendo en cuenta la ficha analítica y descriptiva utilizada en la asignatura epidemiología II de la carrera de enfermería de la Pontificia Universidad Javeriana (Ver anexo 5). Seguido de una discusión y consenso acerca de la información que podría aportar cada documento. Es importante aclarar que el nivel de evidencia no fue el

criterio decisivo para acoger la información que se convertiría en el insumo de los lineamientos propuestos, ya que el interés además del rigor científico, es la posibilidad de aplicar los resultados a las características de las usuarias de la IPS -Javesalud- y a la estructura organizacional de la institución en mención.

5.3.3 Tercera fase. Enfatizo en la elaboración de los lineamientos, dirigidos a todos aquellos profesionales comprometidos en programas de promoción de la salud, prevención de la enfermedad y atención primaria, así como, a todos los profesionales relacionados con la salud de la mujer y demás miembros de la comunidad que se vean beneficiados y hagan parte de la IPS -Javesalud-.

5.4 ASPECTOS ÉTICOS CONSIDERADOS

Si bien es cierto que mediante la resolución N° 008430 del 04 de octubre de 2003, por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud en Colombia, las autoras no pueden hacer uso de la misma, debido a que la investigación se basara en una revisión bibliografica respecto a la detección temprana de cáncer de mama incluyendo los componentes de la promoción y prevención primaria, situación que lleva a tener en cuenta la ley N° 23 del 28 de enero de 1982 sobre **Derechos de Autor** (20), haciendo énfasis en el capítulo I disposiciones generales en los artículos 1 al 5 y 8 al 11, los cuales hacen referencia a la protección para el autor y las obras científicas, literarias y artísticas cualquiera que sea la forma de expresión y destinación; capítulo III de las limitaciones y excepciones del derecho de autor en los artículos 31 - 32 y 37 - 38, los cuales comprenden la manera de qué y cómo citar; y capítulo XVII de las sanciones en los artículos 232 al 238, los cuales abarcan el tiempo, multa de sanción y acción judicial a tomar (penal, jurídica o civil) si se incurre en alterar la información contenida en alguna de las obras.

6. RESULTADOS

Los resultados del presente trabajo se organizaron según los objetivos específicos: actividades de promoción y prevención primaria del cáncer de mama y actividades de detección temprana del mismo. Por lo tanto, se inicia con una síntesis global de los resultados de cada uno de los documentos analizados, seguido de los lineamientos propuestos a la IPS -Javesalud- para su programa de promoción y prevención.

Como se señalo en el capítulo de metodología se analizaron un total de once documentos de los cuales ocho fueron artículos de resultados de investigación, una guía de manejo y dos documentos de trabajo que presentan la importancia de la detección temprana de la enfermedad. En la tabla se relacionan cada uno de los documentos objeto del estudio haciendo énfasis en el autor, metodología, resultados y conclusiones. (Ver tabla 2)

Tabla 2. Documentos seleccionados para establecer los lineamientos de promoción, prevención primaria y detección temprana de cáncer de mama

AUTOR	METODOLOGÍA	RESULTADOS	CONCLUSIONES
Ortega Altamirano Doris, López Carrillo Lizbeth, López Cervantes Malaquías.	Estudio: Cuasi - experimental Muestra: 149 mujeres Recolección info: Conformación de 3 grupos con aplicación de pre y post test sin grupo control	Con las tres estrategias se elevaron aproximadamente 30% los conocimientos de las participantes sobre cáncer de mama, autoexamen de mama y su destreza para identificar abultamientos. Al inicio de la capacitación una de cada 20 mujeres fue capaz de identificar más de 3 abultamientos en el modelo de silicon, posteriormente entre 3 y 4 de cada 10 mujeres $p < 0.05$. Así mismo, se identificaron algunos determinantes del aprendizaje respecto a CM, AEM y la destreza para identificar abultamientos. (Ver tabla 3)	La enseñanza del autoexamen de mama con cualquiera de las estrategias evaluadas podría incluirse en un programa de prevención y detección temprana del cáncer de mama. Por otro lado, la práctica adecuada y mensual del autoexamen de mama se vincula con la reducción del hallazgo de un signo sospechoso y la demanda de atención medica con la solicitud del examen clínico de la mama.

Continuación...

AUTOR	METODOLOGÍA	RESULTADOS	CONCLUSIONES	
Hernández Costales Isabel, Acanda Díaz Maritza y Rodríguez Torres Caridad.	Estudio: Transversal Retrospectivo Muestra: 100 mujeres Recolección info: Encuesta	AEM		Aunque el equipo básico de trabajo fue el principal divulgador del AEM, aún existe desconocimiento entre muchas mujeres sobre este proceder. Así mismo, sobre la prioridad y el momento del ciclo menstrual en que debe realizarse. En sentido general, la población estudiada conoce la acción protectora de la lactancia materna en relación el cáncer de mama. Se constató que el mayor porcentaje de las mujeres conoce la naturaleza maligna de los nódulos.
		Conoce técnica	45%	
		NO conoce técnica	55%	
		FRECUENCIA DE REALIZACIÓN		
		Ante algún síntoma	43%	
		NR	2%	
		FUENTES DE INFORMACIÓN		
		Medios de difusión	13%	
		Equipo básico de salud	32%	
		NO conocen	55%	
		CA DE MAMA/LACTANCIA MATERNA		
		Menos frecuente / Lactan	52%	
		Más frecuente / Lactan	9%	
		NO existe relación	39%	
		CONOCIMIENTO NATU NODULOS		
Malignos	53%			
Benignos	42%			
NO conoce	5%			
Villacrés Vela Karina y Alarcón Rozas Ashley Efraín.	Estudio: Descriptivo Transversal Muestra: 100 mujeres Recolección info: Encuesta	EDAD		Realizar campañas de información sobre el impacto del cáncer de mama para las mujeres de la ciudad de Sullana, incentivar la enseñanza del AEM y los beneficios de este, además contar con un mamógrafo en esta ciudad y por supuesto con la colaboración del personal de salud para informar y referir a las pacientes en su debida oportunidad.
		20 - 75 años		
		FACTORES DE RIESGO		
		Menarquía precoz	28%	
		Nuliparidad	6%	
		Antecedente CA de mama	5%	
		Embarazo < 20 años	46%	
		AEM		
		Conoce utilidad	56%	
		Conoce técnica	43%	
		Práctica adecuadamente	8%	
		Nunca práctica	57%	
MAMOGRAFIA				
Realiza mujeres > 40 años	16.2%			
Poblano Verastegui Ofelia, Figueroa Perea Juan Guillermo, López Carrillo Lizbeth.	Estudio: Cualitativo Muestra: 47 mujeres - 29 médicos y enfermeras, organizados en ocho grupos focales Recolección info: Entrevista semiestructurada	La demanda estuvo condicionada por la percepción de la relación médico paciente, institucionalización de la atención médica y papel del educador para la salud.		Existen barreras psicológicas, culturales, sociales e institucionales en el acceso y utilización del examen clínico de la mama. La identificación de estas barreras y su origen pueden apoyar el desarrollo de acciones para mejorar la relación medico-paciente, la institucionalización de la atención médica y el papel del educador para la salud.
De Sousa Monteiro Ana Paula, Pereira Arraes Elizabeth, De BarrosPontes Luciola, Dos Santos Marília, Teixeira Ribeiro Rafael, Brandao Rubens.	Estudio: Prospectivo Muestra: 505 mujeres Recolección info: Entrevista	AEM		Para que la práctica del AEM consiga alcanzar su objetivo de detección precoz y consecuente caída de la mortalidad del cáncer de mama, las campañas sobre el mismo deben ser realizadas de modo a suministrar informaciones más completas sobre la técnica y la importancia del autocuidado,
		Conocimiento		
		Conoce	96%	
		NO conoce	4%	
		Frecuencia de realización		
		Mensualmente	21.8%	
		Intervalo diferente al mensual	43.2%	
		NO realiza	35%	
Motivos NO realización				
Falta de interés	5.3%			

AUTOR	METODOLOGÍA	RESULTADOS	CONCLUSIONES																																						
		<table border="1"> <tr> <td>NO hallaba necesario</td> <td>17.5%</td> </tr> <tr> <td>Olvido</td> <td>23%</td> </tr> <tr> <td>Desconocimiento de la técnica</td> <td>54.2%</td> </tr> <tr> <td colspan="2">FUENTES DE INFORMACIÓN</td> </tr> <tr> <td>Prensa</td> <td>59%</td> </tr> <tr> <td>Médicos</td> <td>32.7%</td> </tr> </table>	NO hallaba necesario	17.5%	Olvido	23%	Desconocimiento de la técnica	54.2%	FUENTES DE INFORMACIÓN		Prensa	59%	Médicos	32.7%	concomitante al incentivo en el área educativa, para que esas informaciones se incorporen al comportamiento de la mujer. La divulgación de métodos debe ser estimulada en todos los niveles asistenciales, tanto por médicos como por los demás profesionales de salud, resaltándose su importancia dentro del contexto asistencial al sexo femenino.																										
NO hallaba necesario	17.5%																																								
Olvido	23%																																								
Desconocimiento de la técnica	54.2%																																								
FUENTES DE INFORMACIÓN																																									
Prensa	59%																																								
Médicos	32.7%																																								
Carvalho Fernández Ana Fatima, Silva de Oliveira Mariza y Rejane Ferreira Escolástica.	Estudio: Descriptivo y Exploratorio Muestra: 60 mujeres Recolección info: Entrevista estructurada	<table border="1"> <tr> <td colspan="2">EDAD</td> </tr> <tr> <td colspan="2">17 - 76 años</td> </tr> <tr> <td colspan="2">AEM</td> </tr> <tr> <td colspan="2">Conocimiento</td> </tr> <tr> <td>Conoce</td> <td>35%</td> </tr> <tr> <td>NO conoce</td> <td>65%</td> </tr> <tr> <td colspan="2">Utilidad</td> </tr> <tr> <td>Medida importante</td> <td>68%</td> </tr> <tr> <td>Medida NO importante</td> <td>32%</td> </tr> <tr> <td colspan="2">Frecuencia de realización</td> </tr> <tr> <td>Mensualmente</td> <td>28.3%</td> </tr> <tr> <td>Ocasionalmente</td> <td>18.3%</td> </tr> <tr> <td>Una vez al año</td> <td>8.3%</td> </tr> <tr> <td>NO realiza</td> <td>45%</td> </tr> <tr> <td colspan="2">Motivos NO realización</td> </tr> <tr> <td>Desconocimiento</td> <td>52%</td> </tr> <tr> <td>Olvido</td> <td>26%</td> </tr> <tr> <td>Miedo</td> <td>11%</td> </tr> <tr> <td>Falta de tiempo</td> <td>4%</td> </tr> </table>	EDAD		17 - 76 años		AEM		Conocimiento		Conoce	35%	NO conoce	65%	Utilidad		Medida importante	68%	Medida NO importante	32%	Frecuencia de realización		Mensualmente	28.3%	Ocasionalmente	18.3%	Una vez al año	8.3%	NO realiza	45%	Motivos NO realización		Desconocimiento	52%	Olvido	26%	Miedo	11%	Falta de tiempo	4%	A pesar de las limitaciones, la realidad exige la planificación de estrategias que aborden la detección precoz. Por tanto, es fundamental que existan mecanismos capaces de motivar al cliente para el autocuidado de la salud; dedicándose inclusive, a buscar en la red de servicios los medios disponibles para satisfacer sus necesidades. Es necesario para enfrentar tal desafío, la asignación de recursos y la capacidad de personal para hacer viable el diagnóstico precoz mediante la práctica sistemática del AEM.
EDAD																																									
17 - 76 años																																									
AEM																																									
Conocimiento																																									
Conoce	35%																																								
NO conoce	65%																																								
Utilidad																																									
Medida importante	68%																																								
Medida NO importante	32%																																								
Frecuencia de realización																																									
Mensualmente	28.3%																																								
Ocasionalmente	18.3%																																								
Una vez al año	8.3%																																								
NO realiza	45%																																								
Motivos NO realización																																									
Desconocimiento	52%																																								
Olvido	26%																																								
Miedo	11%																																								
Falta de tiempo	4%																																								
Barbosa Davim Rejane Marie, De Vasconcelos Gilson, Nunes Cabral M ^a Lucia, De Lima Vilma, De Souza M ^a .	Estudio: Descriptivo Muestra: 109 mujeres Recolección info: Entrevista	<table border="1"> <tr> <td colspan="2">EDAD</td> </tr> <tr> <td colspan="2">15 - 83 años</td> </tr> <tr> <td colspan="2">AEM</td> </tr> <tr> <td>Realiza</td> <td>75%</td> </tr> <tr> <td>NO realiza</td> <td>25%</td> </tr> <tr> <td colspan="2">Identificación alteraciones</td> </tr> <tr> <td>Nódulos</td> <td>12%</td> </tr> <tr> <td>Cistos</td> <td>4%</td> </tr> <tr> <td>Salida de liquido</td> <td>2%</td> </tr> <tr> <td colspan="2">Periodo de realización</td> </tr> <tr> <td>NO sabe</td> <td>43%</td> </tr> <tr> <td>Post-menstrual</td> <td>36%</td> </tr> <tr> <td>Pre-menstrual</td> <td>18%</td> </tr> <tr> <td>Menstrual</td> <td>3%</td> </tr> </table>	EDAD		15 - 83 años		AEM		Realiza	75%	NO realiza	25%	Identificación alteraciones		Nódulos	12%	Cistos	4%	Salida de liquido	2%	Periodo de realización		NO sabe	43%	Post-menstrual	36%	Pre-menstrual	18%	Menstrual	3%	Conviene destacar la importancia del autocuidado, tanto para las usuarias de los programas de salud como para los profesionales que de ellos participan, con miras a la utilización de campañas educativas con la inserción de nuevos conocimientos, estimulando la participación de la comunidad, facilitando el aprendizaje, además de servir como estímulo a la multiplicación de nuevos conocimientos.										
EDAD																																									
15 - 83 años																																									
AEM																																									
Realiza	75%																																								
NO realiza	25%																																								
Identificación alteraciones																																									
Nódulos	12%																																								
Cistos	4%																																								
Salida de liquido	2%																																								
Periodo de realización																																									
NO sabe	43%																																								
Post-menstrual	36%																																								
Pre-menstrual	18%																																								
Menstrual	3%																																								
Borba Alvaro, De Souza Rafael, Lazzaron Anderson, Defferrari Rafael, Scherer Luciana, Frasson Antonio.	Estudio: Prueba Diagnostica Muestra: 2672 mujeres Recolección info: Realización del AEM por las mujeres, corroborado con el ECM realizado por el médico	El valor predictivo positivo -VPP- en el grupo I no presentó diferencias significantes con el grupo II (57.4% versus 33.3%; P<0.05)	El AEM realizado mensualmente está asociado a una mayor sensibilidad en la detección de nódulos mamarios en mujeres sometidas a la mamografía. A pesar de aparentar ser muy similar entre los dos grupos el VPP, en nuestro estudio no existe diferencia.																																						

AUTOR	METODOLOGÍA	RESULTADOS	CONCLUSIONES
Ministerio de Salud pública y Asistencia Social. Guía técnica de prevención y control del cáncer de mama. 1 st Ed. El Salvador: Minsal. 2006.	Estudio: Guía de Práctica Clínica	Las actividades de prevención deben incluir información y educación acerca de los factores de riesgo y estilos de vida saludables; las actividades de detección temprana deben ser realizadas por todos los profesionales de la salud en todos los niveles de atención; y es necesario que se establezca un sistema de registro y control de los casos detectados.	La correcta aplicación de la guía, implica la responsabilidad de los profesionales de la salud, brindar la atención y lograr los resultados de impacto en la disminución de la morbilidad por cáncer de mama.
Anderson Benjamin, Cheng-Har Yid, Ramsey Scott, Bengoa Raphael, Braun Susan, Fitch Margaret, Groot Martijn, Sancho Helene, Tsu Vivien	Estudio: Opinión de Expertos	Los encargados de formular las políticas públicas pueden usar dicho marco estratificado como una herramienta para planificar programas y diseñar investigaciones, a fin de aprovechar de manera óptima los recursos disponibles para mejorar la atención de salud mamaria.	Las normativas de salud mamaria estratificadas se convierten en la hoja de ruta para enfrentar y reducir la devastadora morbilidad y mortalidad por cáncer de mama. Además, las propias mujeres son las más interesadas en mejorar el desenlace de la enfermedad y como tal son un recurso inestimable, mediante la educación y la organización, ellas pueden ayudar a facilitar el cambio necesario y salvar vidas.
Smith Robert, Caleffi Maira, Albert Ute-Susann, Chen Tony, Duffy Stephen, Franceschi Dido, Nystrom Lennarth	Estudio: Opinión de Expertos	La principal utilidad de enseñar a las mujeres a autoexplorarse las mamas puede radicar no tanto en que las motive a practicarse el autoexamen de manera periódica, sino sencillamente en que genere una mayor conciencia sobre los síntomas mamaros. Realizar el examen clínico de las mamas también brinda al prestador de asistencia sanitaria la oportunidad para comentar con la paciente los signos y síntomas iniciales del cáncer de mama y destacar la importancia de notificar de inmediato cualquier cambio en las mamas. La mamografía es la modalidad de tamizaje preferida para detectar la enfermedad en fase inicial.	El cáncer de mama constituye un reto creciente para la comunidad sanitaria mundial, y cada vez se extiende más el consenso de que ha llegado el momento de aplicar las enseñanzas obtenidas a lo largo de varios decenios, de todas las maneras factibles, para reducir la tasa de incidencia de la enfermedad en todo el mundo. En tanto, para un diagnóstico más temprano, la información sobre salud de la mama debe difundirse a todas las mujeres.

6.1 SÍNTESIS GLOBAL DE LOS RESULTADOS

6.1.1 Artículos científicos

El artículo de Ortega Altamirano Doris y otros, (21) de tipo cuasi-experimental, probó una estrategia de enseñanza sobre conocimientos de la enfermedad, técnica del AEM y destreza para identificar abultamientos en la glándula mamaria. En el estudio participaron mujeres entre 12 a 48 años de edad, entre abril de 1996 y julio de 1998

en la ciudad de México, consto de cuatro etapas, la primera etapa identifico las necesidades de capacitación a las mujeres en cáncer de mama y AEM, lo condujo una antropóloga mediante cuatro sesiones con la técnica de grupos focales.

En la segunda etapa se diseñaron dos estrategias que consistieron en la presentación de un folleto que contenía en 16 hojas mensajes redactados en lenguaje coloquial sobre el conocimiento en cáncer de mama, AEM y su técnica, y una cinta de video que presentaba de manera visual la información contenida en el folleto; en la primera, una enfermera especialista en salud pública condujo la sesión (*Enseñanza Tradicional*); en la segunda; una sobreviviente de cáncer de mama (*Enseñanza Alternativa*). Además, en la segunda estrategia se adicionaron una secuencia de 21 diapositivas que mostraba aspectos relacionados con la magnitud del problema en términos de incidencia y mortalidad, así como, el real impacto del cáncer de mama en la mujer afectada y unos modelos de seno de silicón que permitía repetir la técnica del AEM las veces que fuera necesario. Ambas estrategias se compararon con una tercera que se extrajo de las normas de la Secretaria de Salud, consistente en la presentación de una hoja impresa y una cinta de video por parte de una enfermera (*Enseñanza Modificada*).

En la tercera etapa se implementaron las estrategias antes mencionadas durante julio de 1998 mediante un ensayo comunitario con las dos estrategias de enseñanza y la de referencia, en el cual participaron 149 mujeres, asignadas aleatoriamente a cada estrategia, 23 estudiantes de una escuela técnica entre 14 a 21 años, 47 obreras de una fabrica entre 18 a 48 años, 44 madres de familia de una colonia popular entre 21 a 48 años y 35 maestras de un centro de investigación entre 22 a 46 años.

En la cuarta etapa se evaluó la efectividad de éstas mediante los cambios en los conocimientos en cáncer de mama, AEM y en la destreza para reconocer el mayor número de abultamientos en un modelo de seno de silicón tamaño natural antes y después de la capacitación. Sin embargo, dichas estrategias están lejos de propiciar modificaciones en el comportamiento de las mujeres, ya que la práctica del AEM e identificación de abultamientos depende de la decisión de cada mujer, a partir de la comprensión e interpretación de la posibilidad de prevenir la dolencia y de ser responsable de su cuidado. Se realizaron para el análisis estadístico pruebas t de Student, análisis de varianza, test Chi Cuadrado X^2 de McNemar, la de Pearson y regresión lineal múltiple, con

el propósito de identificar diferencias estadísticas antes y después, así como, comparar los resultados entre cada estrategia. El cambio proporcional observado antes y después de llevar a cabo la ET fue 35.87%, mientras que en la EM, de 36.36% y en la EA, de 39.31%. (Véase tabla 3)

La enseñanza con cualquiera de las técnicas evaluadas antes y después capacitó aproximadamente a 30% de las mujeres participantes sobre cáncer de mama, AEM y su destreza para reconocer abultamientos. Los principales hallazgos de este estudio muestran que una de cada 20 mujeres es capaz de identificar más de tres abultamientos de 0.5 - 1cm en la mama y que esta destreza se incremento significativamente ($p < 0.05$) de 3 a 4 por cada 10 mujeres con el tiempo empleado y periodicidad en la revisión del modelo de mama de silicón y el riesgo de presentar la enfermedad.

Tabla 3. Tres estrategias de enseñanza para prevención de cáncer de mama. Ortega Altamirano Doris y otros.

CONOCIMIENTO	ESTRATEGIAS DE ENSEÑANZA					
	TRADICIONAL		MODIFICADA		ALTERNATIVA	
	ANTES	DESPUÉS*	ANTES	DESPUÉS*	ANTES	DESPUÉS*
Conocimientos generales en CM	8.46	17.75	9.24	18.22	9.32	19.19
Media						
Técnica de AEM	5.82	10.75	5.46	10.71	5.32	10.78
Media						
Destreza para identificar abultamientos 3 o más %	7.69	21.15	2.22	24.44	9.62	26.92
Media						

* $p < 0.05$

CM - Cáncer de mama

AEM - autoexamen de mama

Se encontró asociación significativa entre los factores sociodemográficos relacionados con la edad y la escolaridad, además de presentar más actitudes preventivas y menos creencias en causas inadmisibles frente al cáncer de mama, con los conocimientos reportados por las mujeres después de la intervención. En tanto, el AEM no resuelve completamente la necesidad de realizar un diagnóstico más temprano de los casos de cáncer de mama; sin embargo, puede incluirse en una estrategia

integral de prevención y tamizaje, por ejemplo al conjuntarla con la práctica del EC anual, hasta que sea factible contar con técnicas de detección temprana más efectivas y accesibles para todas las mujeres.

Las estrategias educativas que incorporan la colaboración activa de la mujer en el autocuidado y autocontrol de su proceso de salud o enfermedad son cada día más importante, no se puede seguir considerando al individuo como un objeto solo del proceso de atención a la enfermedad. Su participación es decisiva en la prevención de patologías como el cáncer de mama y es aquí en donde la labor educativa encaminada a transformar al sujeto en un ente dinámico de la salud, adquiere valor; por tanto, son fundamentales los programas efectivos de educación y el monitoreo de su impacto. (22)

Por su parte, el estudio de Hernández Costales Isabel y otros, (23) de tipo transversal retrospectivo, profundizó en el conocimiento que tiene la población femenina sobre el AEM, su técnica y las fuentes de información; también, establecieron la frecuencia de realización del AEM; indagaron sobre la noción de la lactancia materna como factor protector y los criterios que aplican las mujeres frente a la naturaleza de los nódulos mamarios. Encontrando que, de las 100 mujeres entrevistadas menos del 50% conoce la técnica del AEM, al respecto, es indispensable aclarar que conocer sobre el AEM es diferente a conocer la técnica del AEM. La primera, hace referencia a la estructura normal de los senos y la segunda, a la capacidad de descubrir cualquier anomalía que pudiera aparecer. (24) Una mujer que conoce la apariencia a la vista y al tacto de sus senos puede notar una nueva masa o cualquier cambio que haya ocurrido entre un control y otro, lo cual cobra relevancia ya que el 95% de los casos de cáncer de mama pueden ser curados siempre y cuando la enfermedad sea detectada en estadios tempranos. (24)

En el estudio en referencia, de las mujeres que conoce la técnica del AEM más del 50% lo practica ante la presencia de algún síntoma, lo cual muestra que es necesario que la mujer adopte esta conducta de manera regular y los profesionales de la salud asuman el reto de sensibilizar a la población femenina sobre dicha conducta de salud. Así mismo, se encontró que del 45% de las mujeres que conoce la técnica, 32% manifestó haber obtenido la información mediante el equipo básico de salud y 13% de los medios de difusión. Por lo tanto, el papel que desempeña el médico y la enfermera en la consulta, es importante porque son los responsables de asegurar los conocimientos necesarios a

las mujeres sobre el AEM para que de esta manera ellas lo practiquen de forma regular y contribuyan a detectar tempranamente el cáncer y así aumentar la probabilidad de supervivencia. Por otro lado, la mayoría de las mujeres opinaron que el cáncer de mama es menos frecuente durante la lactancia, ya que favorece la no aparición de lesiones malignas.

Estos hallazgos se corroboran en un estudio realizado por la University for Southern California en el 2007 donde se afirma que la lactancia podría disminuir el riesgo de *cáncer invasivo* que expresa receptores de estrógeno y progesterona en mujeres que tienen su primer hijo a partir de los 25 años o que tienen cuatro o más hijos, pero no otros tipos de cáncer. El 53% de mujeres conoce la naturaleza maligna de los nódulos, lo que refleja la necesidad de realizar precozmente el diagnóstico del cáncer de mama y ejecutar acciones encaminadas a enseñar y divulgar sobre el AEM. Así las mujeres en conjunto con los profesionales de la salud pueden desempeñar un papel importante en la detección de enfermedades de la glándula mamaria. (25)

En tanto, el estudio de Villacrés Vela Karina y otros, (26) de tipo descriptivo transversal, contó con la participación de 100 mujeres de la ciudad de Sullana - Piura ubicada a 1016km de Perú - Lima.** La investigación determino e conocimiento de las conductas preventivas para cáncer de mama mediante técnicas de AEM y mamografía. Los autores establecieron la frecuencia de factores de riesgo para cáncer de mama así: menarquia precoz el 28%, nuliparidad el 6%, antecedente de cáncer de mama el 5% y embarazo antes de los 20 años el 46%. En consecuencia, es necesario informar, educar y orientar sobre la mayor probabilidad de tener la enfermedad ante la presencia de estos factores.

Partiendo de que las categorías preventivas para cáncer de mama están centradas en el AEM y la mamografía, paradójicamente, menos del 50% de las mujeres encuestadas conoce la técnica del AEM contrario a más del 50% que conoce su utilidad, ello podría estar relacionado con la falta motivación y preparación por parte de las mujeres, con relación al procedimiento que pudiera prevenir consecuencias mayores. Considerando esto, el AEM es un método ideal que puede ser practicado por cada mujer, en su tiempo libre y con poco entrenamiento. Adicionalmente, se encontró que el 16.2% de mujeres mayores de 40

** Sullana es una de las ciudades más pobladas del Perú, cuenta con una población de 176.371 habitantes de los cuales 56.374 son mujeres en edad fértil.

años se había realizado en alguna ocasión una mamografía, cuando es el método de elección para detección de cáncer de mama en mujeres mayores de 35 años, pero su uso es limitado debido al alto costo. (26) Sullana no cuenta con ningún centro en el cual realicen mamografía, situación que podría explicar los resultados.

El artículo de Poblano Verastegui Ofelia y otros, (27) de tipo cualitativo tuvo como objetivo identificar los condicionantes institucionales que influyen en la utilización del ECM. Hallando que dichos condicionantes están dados por: la relación medico - paciente la cual se expreso en términos de género (hombre o mujer), falta de confianza y calidad de atención; seguido de la institucionalización de la atención médica y el papel del educador para la salud. (Ver tabla 4)

Tabla 4. Síntesis de las categorías de análisis. Poblano Verastegui Ofelia y otros.

CATEGORÍA	DESCRIPCIÓN
RELACIÓN MEDICO - PACIENTE	Contenidos derivados de dicha relación y que la usuaria identifica como facilitadores u obstáculos para la utilización del ECM. Relacionados con: * Genero * Falta de confianza * Calidad de atención
INSTITUCIONALIZACIÓN DE LA ATENCIÓN MEDICA	Contenidos que proceden básicamente de la forma en como se organizan los servicios institucionales y de la consecuencia del ejercicio médico no independiente.
PAPEL DEL EDUCADOR PARA LA SALUD	Contenidos en los cuales el médico aborda su participación en la educación para la salud, en especial la prevención de cáncer de mama.

Dicho estudio se realizó en unidades médicas del Instituto Mexicano del Seguro Social y de la Secretaria de Salud. Participaron 47 usuarias y 29 médicos y enfermeras, organizando ocho grupos focales: cuatro con mujeres usuarias, a quienes se les aplicó un cuestionario de identificación que contenía datos sociodemográficos relevantes, antecedentes personales y los de riesgo de cáncer de mama, y cuatro de profesionales de la salud a quienes se les aplico un cuestionario de identificación y conocimientos que contenía antecedentes académicos, especialidad, años de practica institucional y privada, conocimientos de la Norma y de los resultados de las encuestas enfocadas en evaluar la

satisfacción de los usuarios. La información se interpretó con base en la capacidad de respuesta a las expectativas de la usuaria, según la Teoría Fundamentada la cual afirma que las personas actúan con una intención (no necesariamente conciente) que se define y redefine constantemente como resultado de la interacción con el mundo, lo cual se manifiesta en los testimonios que corresponden a cada categoría, en algunos casos presentes como barreras y en otros como facilitadores de la utilización.

Frente a la relación médico - paciente las mujeres refirieron que la consulta es un interrogatorio en donde quien indaga es el médico y el que responde es la paciente, pero ellas desearían que fuera una conversación entre dos personas que no necesariamente se conocen pero que si tienen un tema en común. Los autores concluyen, que los factores sociales, psicológicos, culturales y la exposición del cuerpo durante la realización del ECM son los principales obstáculos en la asistencia de las mujeres a los servicios de salud. (27) Así mismo, se ve la influencia del género en la percepción de la calidad de atención porque las mujeres manifiestan sentirse más cómodas y confiadas si la persona que las atiende es otra mujer. Es así como, se debe facilitar el acceso de las mujeres al ECM creando espacios donde el profesional de la salud esta en la disponibilidad de realizarlo cada vez que la paciente lo requiera, para así, focalizar la atención y realizar la prevención y detección oportuna.

La falta de confianza en el médico estuvo dada por la actitud de poder que media en la relación terapéutica. Cuando lo que interviene como un facilitador de la utilización del ECM es la confianza construida por una relación prolongada, donde se ha establecido un vínculo de aceptación y respeto. Al mismo tiempo, la calidad de atención se midió por los largos tiempos de espera, falta de información, maltrato y abusos por parte de los profesionales de la salud, lo cual nos muestra la necesidad de crear un clima adecuado en la consulta donde se haga sentir a la mujer valorada, respetada y escuchada.

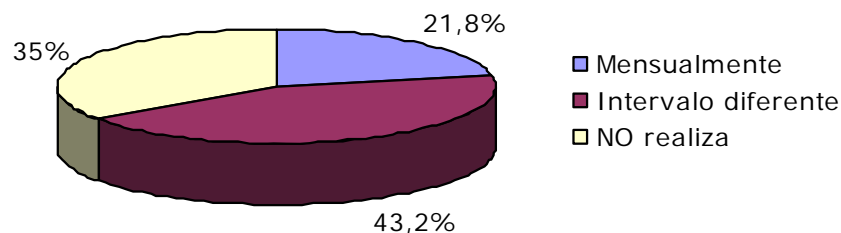
Teniendo en cuenta, la institucionalización de la atención medica se observo que el principal inconveniente para ofrecer el ECM como medida de prevención, se relaciona con la falta de organización e interés por parte de la institución de salud en la promoción de cáncer de mama y la falta de inclusión de las condiciones socioculturales y psicológicas de las mujeres cuando se implementan los programas de detección de cáncer de mama.

En cuanto al papel del educador para la salud se identifico la prioridad del ejercicio profesional de las enfermeras en el liderazgo de los programas de prevención de cáncer de mama, ya que los médicos consideran que su labor como educadores es inferior a la que realizan las enfermeras, incluso los medios masivos de comunicación. Por ello, surge la necesidad de concientizar a todo el personal de la salud sobre el papel como educadores porque de esta forma se logrará el éxito de dichos programas, en los cuales se proporcionan acciones oportunas de diagnóstico mediante la inclusión de pruebas como: AEM, ECM y mamografía; y el adecuado tratamiento de la enfermedad.

De ahí que, la relación que se da entre una enfermera y el paciente es más estrecha que la del médico porque esta influenciada por un conjunto de conocimientos, valores, principios y creencias tanto del paciente como del profesional de enfermería; dicha relación efectiva hace que el profesional de enfermería de el afecto necesario al paciente que le entrega en sus manos la vida basándose en la misma experiencia que conlleva. (28)

Por otro lado, en el estudio de Sousa Monteiro Ana Paula y otros, (29) de tipo prospectivo, estableció la frecuencia de conocimiento y practica del AEM, caracterizando algunos factores que favorecen o limitan su práctica. Encontrando que el 96% de las 505 mujeres entrevistadas conoce el AEM, solo el 21.8% lo realiza mensualmente, mientras que el 43.2% lo realiza en un intervalo diferente al mensual y el 35% no lo realiza. (Véase grafico 1) Los motivos fueron falta de interés un 5.3%, no hallaba necesario un 17.5%, por olvido un 23% y por desconocimiento de la técnica un 54.2%, siendo esta ultima la principal causa. A pesar que la mama se examina con facilidad, las mujeres no reconocen el papel esencial que desempeñan en la detección de enfermedades de esta glándula, mediante la repetición sucesiva de la palpación de su mama. (23)

Gráfico 1. Frecuencia de realización AEM.



Fuente: Sousa Monteiro Ana Paula y otros.

La difusión de información en materia de salud a través de los profesionales de esta área y en material impreso como la prensa, contempla la orientación sobre el AEM, volviéndose indispensable tanto para promover detección precoz de cáncer de mama, como para desarrollar acciones preventivas y terapéuticas encaminadas a la salud de la mujer. Al respecto, este estudio verificó que 59% de las mujeres encuestadas tuvo orientación mediante la prensa, y aunque el 32.7% contó con orientación médica (14.8% por parte del médico y 17.9% por parte de los demás profesionales), la información suministrada mostró ser eficiente por enseñar correctamente el AEM. A pesar, que los autores identifican una estratificación entre la práctica entendida como frecuencia de realización y los medios de información del AEM, no hacen referencia a los de mayor significancia en cuanto a la práctica.

En relación con el grupo etario, las mujeres entre 30 - 39 años son las que realizan el AEM con mayor frecuencia en forma correcta, permitiendo un diagnóstico precoz que puede favorecer, retrasar o aún eliminar los riesgos de la enfermedad. La mayor parte de mujeres entre 60 - 69 años no realizan el AEM, ello es explicado por dificultades que atraviesa la mujer como: disminución del tacto, de visión y de sensibilidad. Así como, el ser menos receptivas a las nuevas transformaciones del cuerpo; y quienes se encuentran entre 40 - 49 años realizan el AEM eventualmente, porque no identifican la probabilidad de presentar la enfermedad.

Según el nivel de escolaridad, las mujeres con enseñanza fundamental completa el 41.8% se realizó el AEM mensualmente y el 52.5% no se lo realizó; contrario a las mujeres que poseían por los menos el bachillerato incompleto el 58.2% se realizó el AEM mensualmente y el 42.5% no se lo realizó, lo cual refleja que esta relación tiene influencia en la práctica del AEM.

El artículo de Carvalho Fernández Ana Fátima y otros, (30) verificó el conocimiento de 60 mujeres acerca del AEM y su importancia en la detección precoz del cáncer, así mismo identificó su práctica y los motivos de su no realización. Los resultados fueron contradictorios, más del 50% de las mujeres entrevistadas no tiene conocimiento sobre el AEM, sin embargo, lo practican quizás por imitación.

El AEM es indispensable tanto para promover la detección de la enfermedad en fase inicial como para desarrollar acciones preventivas y terapéuticas focalizadas al cuidado de la mujer. No siempre es necesario

que el profesional de la salud sea el que se dirija a la mujer para dar una orientación adecuada y segura sobre el AEM sino que la iniciativa sea tomada por la misma mujer. Es interesante como día tras día los medios de comunicación televisión, radio y/o internet velan por promulgar la información necesaria para que la mujer este al tanto de su salud. Los programas de detección oportuna de cáncer de mama deben contar con un instructivo muy específico frente a las maniobras que se ejecutan cuando se realiza el AEM como son inspección, palpación y observación. (30) El estudio resalta que la maniobra más realizada por las mujeres es la palpación con un 76%.

Para algunas mujeres el miedo a descubrir un nódulo, la vergüenza a ser tocadas por ellas mismas y el olvido se convierten en los principales motivos para la no realización del AEM. Por lo que es necesario, diseminar acciones de detección y ampliar el acceso a los servicios de salud para revertir tal realidad, ya que si las mujeres no son capaces de contribuir al mejoramiento de su salud, se hace ineludible la presencia del profesional de la salud para que sea el encargado de hacerlo; teniendo en cuenta que el tumor de mama en más del 80% de los casos es diagnosticado por las mismas mujeres. (31)

El artículo de Barbosa Davim Rejane Marie y otros, (32) titulado "Autoexamen de la mama: Conocimiento de las usuarias atendidas en el ambulatorio de un hospital universitario" de tipo descriptivo y exploratorio, tuvo como objetivo la identificación del conocimiento y las alteraciones encontradas en el AEM y describió como las mujeres se autoexaminan. De las 109 mujeres entrevistadas, 75% refirió realizarse el AEM, mientras que 25% nunca lo había realizado, identificando, aún, que de ese 25%, 15.5% no sabía el significado del AEM.

Cuando los autores abordaron a las mujeres en cuanto al conocimiento que tenían acerca del AEM, manifestaron: (...) es el cuidado que la mujer tiene al colocar en práctica medidas de prevención en salud, (...) es el examen sistemático y periódico realizado por la mujer, (...) es el examen de la mama realizado por el ginecólogo. Dichas referencias son coherentes y respaldadas en la literatura, con excepción de las que citaron que el ginecólogo es el autor de ese examen. Para la literatura, el AEM es aquel que realiza la mujer, con la función importante de prevenir y promocionar la enfermedad, objetivando conocimiento detallado de la mujer respecto a sus mamas, facilitando, así, la percepción de cualquier alteración que pueda ocurrir. (33)

En el mencionado estudio, se encontró que del 75% de mujeres que se realizaba el AEM, sólo 18% detectó alguna alteración así: 12% identifico nódulos en sus mamas, 4% cito cistos y 2% observo salida de líquido espeso de los pezones. A la manera como realizaron el AEM las entrevistadas respondieron: (...) después de la menstruación palpo la mama estando de pie; (...) acostada coloco un brazo para atrás y con el otro examino toda la mama; (...) masajeo las mamas cuando estoy acostada o tomando un baño, haciendo presión en los pezones. Frente a estos testimonios, las mujeres presentan, hasta cierto punto, la comprensión y el significado de como se autoexamina, dado por la construcción que ocurre a partir de la práctica adquirida en lo cotidiano, por la información recibida de las campañas educativas en salud y de los medios de difusión, posibilitando a ellas una evaluación simple y haciéndolas aptas a que se conozcan mejor.

Cuando se indagó sobre el periodo más indicado para realizar el AEM de las 109 mujeres participantes, 43% respondió que no sabían ese periodo, 36% refirió hacerlo en el período pos-menstrual, 18% relato pre-menstrual y 3% afirmo que menstrual. Según la literatura, el periodo más favorable para llevar a cabo el AEM es el post-menstrual, debido a la disminución en la influencia hormonal, lo que contribuye a la palpación de la mama y localización de nódulos, es decir, cuando las mamas se encuentran más flácidas e indoloras.

De los once documentos analizados, el estudio de Borba A. y otros, (34) fue el único que se orientó a establecer la confiabilidad y validez del AEM. Con el objetivo de establecer la posibilidad que tienen las mujeres de identificar los nódulos mamarios sin importar su naturaleza benigna o maligna. La prueba se comparó con el examen clínico de la mama realizado por un médico. Las participantes del estudio fueron seleccionadas de manera consecutiva, entre enero de 1994 y julio de 1997, incluyendo en total 2672 mujeres consultantes a un servicio privado de radiología a donde acudieron a realizarse una mamografía, posiblemente se trata de una población con mayor grado de preocupación por su salud. Del total de mujeres se excluyeron las que afirmaron realizarse el AEM de forma ocasional, quedando conformados dos grupos así: el primero, con 1260 mujeres que realizan AEM mensualmente (grupo I) y el segundo, con 748 mujeres que realizan AEM casi nunca (grupo II).

La confiabilidad de los resultados fueron asegurados mediante la comparación de las características de los dos grupos a través de ANOVA

y la aprueba de Kruskal-Wallis concluyendo que eran homogéneos con una $p < 0.05$. La comparación de los resultados del AEM en los dos grupos fue establecida mediante los intervalos de confianza (IC) utilizando el test Chi Cuadrado X^2 .

En resumen, la sensibilidad fue estadísticamente significativa en las mujeres que realizan el AEM de manera mensual. Sin embargo, el valor predictivo positivo -VPP- en el grupo I no presentó diferencias significantes con el grupo II (57.4% versus 33.3%; $P < 0.05$), lo cual permite concluir que el AEM no es confiable como un medio diagnóstico, corroborando la hipótesis presentada en la introducción del estudio, el cual esperaba alta sensibilidad y alta especificidad para detectar los nódulos mamarios no para diagnosticar su naturaleza. Por lo tanto, las mujeres que realizan el AEM de manera mensual tienen mayor probabilidad de consultar de forma oportuna.

6.1.2 Guía de manejo. Las guías de práctica clínica son un conjunto de recomendaciones desarrolladas de manera sistemática, teniendo en cuenta la revisión de evidencias y el juicio de expertos, con el objetivo de guiar a los profesionales y a los pacientes en el proceso de toma de decisiones sobre qué intervenciones sanitarias son más adecuadas en el abordaje de una condición específica en circunstancias sanitarias concretas. (35) En tanto, la guía técnica de prevención y control del cáncer de mama del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social del Salvador -Marzo de 2006-, (36) asumió como objetivo proporcionar a los proveedores de los servicios de salud sexual y reproductiva, lineamientos técnicos que permitan brindar una atención integral a la población, con el fin de fomentar detección temprana del cáncer de mama a través de acciones de promoción, tamizaje, diagnóstico temprano y la referencia oportuna de los casos. Encontrando que para el desarrollo de un programa de prevención de cáncer de mama, se deben desarrollar estrategias de información, educación y comunicación que permitan incrementar el conocimiento y la participación activa del personal de salud, mujeres, familia y comunidad. Teniendo en cuenta claro esta las etapas de prevención del cáncer de mama y las alternativas de tamizaje de detección temprana. (Véase tabla 5)

Así mismo, el diseño de dicho programa debe estar orientado a todos los niveles de atención en salud: en el nivel primario se debe realizar educación y capacitación en promoción, prevención y detección del cáncer de mama por parte de los profesionales de la salud a todas las mujeres en edad reproductiva y posmenopáusicas; en el nivel

secundario se realiza principalmente el diagnóstico del cáncer de mama; y en el nivel terciario se realiza el tratamiento y la rehabilitación. Sin embargo, el tratamiento del cáncer se debe formular de acuerdo a las categorías del sistema de clasificación, condiciones generales de la paciente, etapa de la enfermedad, recursos humanos y materiales con que cuenta la institución, considerando la voluntad y libre decisión de la paciente.

Tabla 5. Intervenciones de prevención y control de cáncer de mama. Guía de manejo ministerio de salud pública y asistencia social del Salvador.

ACCIONES	INTERVENCIONES
Prevención	<ul style="list-style-type: none"> • Información • Educación • Comunicación } Factores de riesgo } Estilos de vida saludables } < Morbimortalidad
Detección Temprana	<ul style="list-style-type: none"> • Identificación • Diagnóstico • Tratamiento
Sistema de información, monitoreo y vigilancia epidemiológica	<ul style="list-style-type: none"> • Registro • Seguimiento de casos detectados

6.1.3 Documentos de trabajo. En la conferencia cumbre de la Iniciativa Mundial de Salud de la Mama (BHGI) celebrada en Enero de 2005, el grupo de expertos en Atención de Salud y Políticas Públicas, (37) definió un marco estratificado que esboza las intervenciones recomendadas para la atención de salud de la mama. Frente a ello, todos los sistemas de atención de salud se ven obligados a buscar un equilibrio entre cuatro factores: el acceso a la atención, el alcance del servicio, la calidad de la atención y la contención de los costos. Así mismo, se debe contar con un modelo estadístico que permita evaluar el desenlace y el costo de las diferentes intervenciones dependiendo el estadio del cáncer de mama. Ante la búsqueda de dicho equilibrio, las normativas pueden definir métodos estratificados que ayudan a colocar en práctica mejoras graduales y económicamente realistas, de manera secuencial, a fin de optimizar la atención de salud de la mama dentro de cuatro niveles de recursos: *Básico* son las actividades indispensables para tener un programa contra el cáncer de mama; *Limitado* son las actividades que proporcionan una gran mejora en el desenlace a la supervivencia del cáncer de mama; *Amplio* son las actividades que puede mejorar algunas opciones importantes en el diagnóstico y

tratamiento del cáncer de mama; y *Máximo* son las actividades que pueden recomendarse en las normativas que suponen la disponibilidad de recursos económicos para el cáncer de mama.

La detección temprana del cáncer de mama es un área de interés fundamental, porque los cánceres en estadios iniciales tienen un mejor pronóstico con tratamientos que son más asequibles y pueden administrarse con menos recursos. Sin embargo, a pesar de los notables adelantos en la detección temprana, el diagnóstico y el tratamiento de la enfermedad, los líderes en cuestión de salud afrontan retos de diversos órdenes para crear y apoyar programas que puedan mejorar el desenlace del cáncer. Además de los problemas financieros y de organización inherentes a cualquier sistema de atención, los programas de salud mamaria enfrentan obstáculos por falta de reconocimiento del cáncer de mama como una prioridad de salud pública, la escasez y migración del personal de salud, la deficiencia en la educación de las mujeres y las barreras sociales impiden el acceso de la población femenina a los programas de detección temprana y tratamiento oportuno.

Por lo tanto, la creciente carga del cáncer de mama en el mundo exige estrategias de adaptación que puedan modificar el hecho, muy común, de que la enfermedad se diagnostica en un estadio en que el pronóstico es desfavorable. En Enero de 2005, la Iniciativa Mundial de Salud de la Mama (BHGI) celebró su segunda cumbre en Bethesda (Maryland) Estados Unidos. El grupo de expertos en Detección Temprana y Acceso a la Asistencia, (38) ratificó el principio fundamental de que un requisito a todos los niveles de recursos es el que las mujeres reciban apoyo en la búsqueda de atención y tengan acceso a pruebas diagnósticas y medidas terapéuticas apropiadas y asequibles.

Para un diagnóstico más temprano, la concientización sobre salud de la mama debe difundirse a todas las mujeres como al personal de salud, un aspecto importante de dicha concientización radica en divulgar la noción de que el cáncer de mama no es rápidamente mortal si se diagnostica a tiempo, y en muchos casos es "curable". Se puede decir que una mayor concientización entraña un considerable potencial para lograr la detección en estadios tempranos y por consiguiente mejorar la supervivencia por cáncer de mama. Las mejoras de las capacidades básicas pueden consistir en lo siguiente, en orden de la disponibilidad de recursos: capacitación eficaz a los profesionales de la salud en ECM, tanto para mujeres sintomáticas como asintomáticas; tamizaje

oportunista mediante ECM, es decir, el tamizaje que se lleva a cabo cuando la mujer acude a los servicios de atención de salud por otras razones; proyectos de demostración sobre tamizaje organizado mediante AEM de tal manera que puede radicar no tanto en que las mujeres se motiven a practicarlo de forma periódica, sino sencillamente que genere una mayor sensibilización sobre los síntomas mamarios; y por ultimo, estudios sobre factibilidad del tamizaje mamografico al evaluar su rentabilidad y posibilidad de mantener una calidad elevada, teniendo en cuenta que dicho tamizaje es el patrón de oro para la detección temprana del cáncer de mama.

Al mismo tiempo, es necesario contar con los medios para vigilar cada estrategia adoptada y así identificar y corregir sus falencias. Así pues, independientemente del programa que se emplee, este debe poder reconocer las defunciones de los casos de cáncer de mama y evaluar el estadio en que se encuentra al momento del diagnóstico. La *eficiencia* de un programa depende de la calidad de cada uno de sus componentes. El *éxito* del programa se califica no solo por su repercusión sobre la morbilidad y mortalidad de la enfermedad, sino también por su organización, puesta en marcha, ejecución y aceptabilidad.

El cáncer de mama constituye un reto elevado para la comunidad sanitaria mundial, y cada vez se extiende más el consenso de que ha llegado el momento de aplicar las enseñanzas obtenidas a lo largo de varios años, de todas las maneras viables, para reducir la tasa de incidencia de cáncer de mama en todo el mundo.

6.2 LINEAMIENTOS DE PROMOCIÓN, PREVENCIÓN PRIMARIA Y DETECCIÓN TEMPRANA DE CÁNCER DE MAMA

Los siguientes lineamientos son el resultado de la evaluación crítica de la literatura previamente citada, partiendo de los recursos disponibles de la IPS -Javesalud- (un médico familiar coordinador de P y P, tres enfermeras, dos auxiliares de enfermería y atención de ocho horas diarias) y el marco normativo vigente del país (Resolución 412 de 2000 y Plan Nacional de Salud de Noviembre de 2007).

6.2.1 Educación para la alerta y la sensibilización sobre el cuidado de las mamas

- Tener en cuenta el perfil de riesgo, el perfil cultural y el entorno social de la población femenina, así como las necesidades de la IPS -Javesalud-, las características y responsabilidad del personal de salud.
- Mediante la enseñanza - aprendizaje permitir el intercambio y análisis de la información necesaria sobre el cáncer de mama, desarrollar habilidades y cambiar actitudes, con el fin de inducir comportamientos que contribuyan al cuidado de la salud de la mama individual y colectiva.
- Plantear la exploración y expresión de sentimientos, tales como: angustia, temor, ambivalencia, depresión y negación, con el propósito de facilitar la toma de decisiones para colocar en práctica la acción a seguir, basándose en los principios de respeto, voluntariedad e imparcialidad.
- Diseñar un programa educativo sobre el cáncer de mama, dirigido a las usuarias de la IPS -Javesalud-, en el cual se incluyan estrategias de comunicación que involucren volantes, el plasma y la página de internet, sin que la población femenina sea blanco de los mensajes en donde se forcen u obliguen a participar en el proceso educativo, sino que sea iniciativa de ellas. Por ello, dichos mensajes deben incluir:
 - a) Información sobre signos y síntomas usuales del cáncer de mama.
 - b) Aclarar que normalmente el cáncer de mama se manifiesta sin dolor.
 - c) Resaltar el hecho de que el cáncer de mama diagnosticado y tratado de manera oportuna tiene un buen pronóstico.
 - d) Enfatizar en la necesidad de búsqueda de ayuda medica inmediata ante cualquier anormalidad en las mamas.
 - e) Recomendar a las mujeres que soliciten al personal de salud la realización del ECM y enseñanza sobre el AEM.

6.2.2 Autoexamen de mama

- No se recomienda el autoexamen de mama como método de tamización. Si este se promociona se debe hacer dentro de una

estrategia de detección temprana que incluya el examen clínico y la mamografía, su promoción debe darse como una herramienta de autoconocimiento de la forma normal de las mamas, de sensibilización y de concientización.

- El autoexamen de mama se debe recomendar en forma mensual a partir de la menarquia, en la mujer en edad reproductiva entre el 7° y 10° día de iniciado el sangrado y en la posmenopáusica se debe realizar un día fijo elegible por ella cada mes.
- El autoexamen de mama es una opción para las mujeres mayores de 20 años de edad, a las cuales se les debe orientar sobre los beneficios y las limitaciones, es importante que la mujer reporte a su médico o enfermera cualquier cambio en sus mamas lo antes posible.
- Los estudios demostraron que, en comparación con el descubrimiento de una masa o abultamiento por casualidad o simplemente estar consciente de lo que es normal en cada mujer, el autoexamen de mama tiene una función menor en el descubrimiento del cáncer de mama. Algunas mujeres se sienten muy cómodas haciendo el autoexamen de mama regularmente, lo que requiere de un método sistemático paso a paso para examinar la apariencia y palpar cada mama. Otras mujeres se sienten más cómodas simplemente palpando sus senos mediante un método menos sistemático. En ocasiones la técnica de hacer el autoexamen correctamente preocupa tanto a las mujeres que les causa estrés.
- En las mujeres que optan por el método “paso a paso” del autoexamen de mama, el profesional de la salud debe revisar y preguntar durante el examen físico, la técnica y frecuencia de realización que ellas emplean para hacerse el autoexamen. Recuerde que, la mayor parte del tiempo, los cambios que se producen en las mamas no constituyen un cáncer.
- La manera recomendada y evaluada, de realizar el autoexamen es: en posición de pie, con un brazo detrás o sobre la cabeza, frente a un espejo, usar la mano contraria y efectuar un movimiento circular de adentro hacia fuera, usando las yemas de los dedos en sentido de las manecillas del reloj, palpando el pezón, bajo los brazos prestando atención ante la existencia de hundimientos, abultamientos y/o cambio en el color de la piel, secreción por los pezones. En posición acostada se realiza la misma palpación.

6.2.3 Examen clínico de la mama

- Las mujeres mayores de 25 años de edad deben someterse al examen clínico de la mama como parte del examen físico general, por lo menos una vez al año con un método estandarizado y de mano del profesional de la salud debidamente entrenado, asegurando la referencia inmediata y oportuna a un diagnóstico adecuado, en el evento de haber detectado lesiones sospechosas.
- Se sugiere la implementación de ambientes que faciliten la enseñanza del examen clínico de la mama, con el objetivo de generalizar y estandarizar la técnica.
- El examen clínico de la mama es una oportunidad para que la mujer y el profesional de la salud discutan varios asuntos, tales como cualquier cambio que se haya detectado en sus mamas, información sobre las pruebas de detección temprana y los factores de riesgo que pudieran hacer que ella tenga más probabilidad de padecer cáncer de mama.
- Llevar a cabo el examen clínico de la mama poco antes de la mamografía, pudiera tener algunos beneficios. El examen debe incluir instrucciones sobre cómo familiarizarse más con sus mamas. Además, se les debe proveer información sobre los beneficios y las limitaciones de dicho examen.
- El examen clínico de la mama, debe contemplar los siguientes aspectos específicos: posición de la paciente, límites mamarios, patrón de exploración, posición de los dedos, movimiento y presión, y duración del examen.

6.2.4 Mamografía

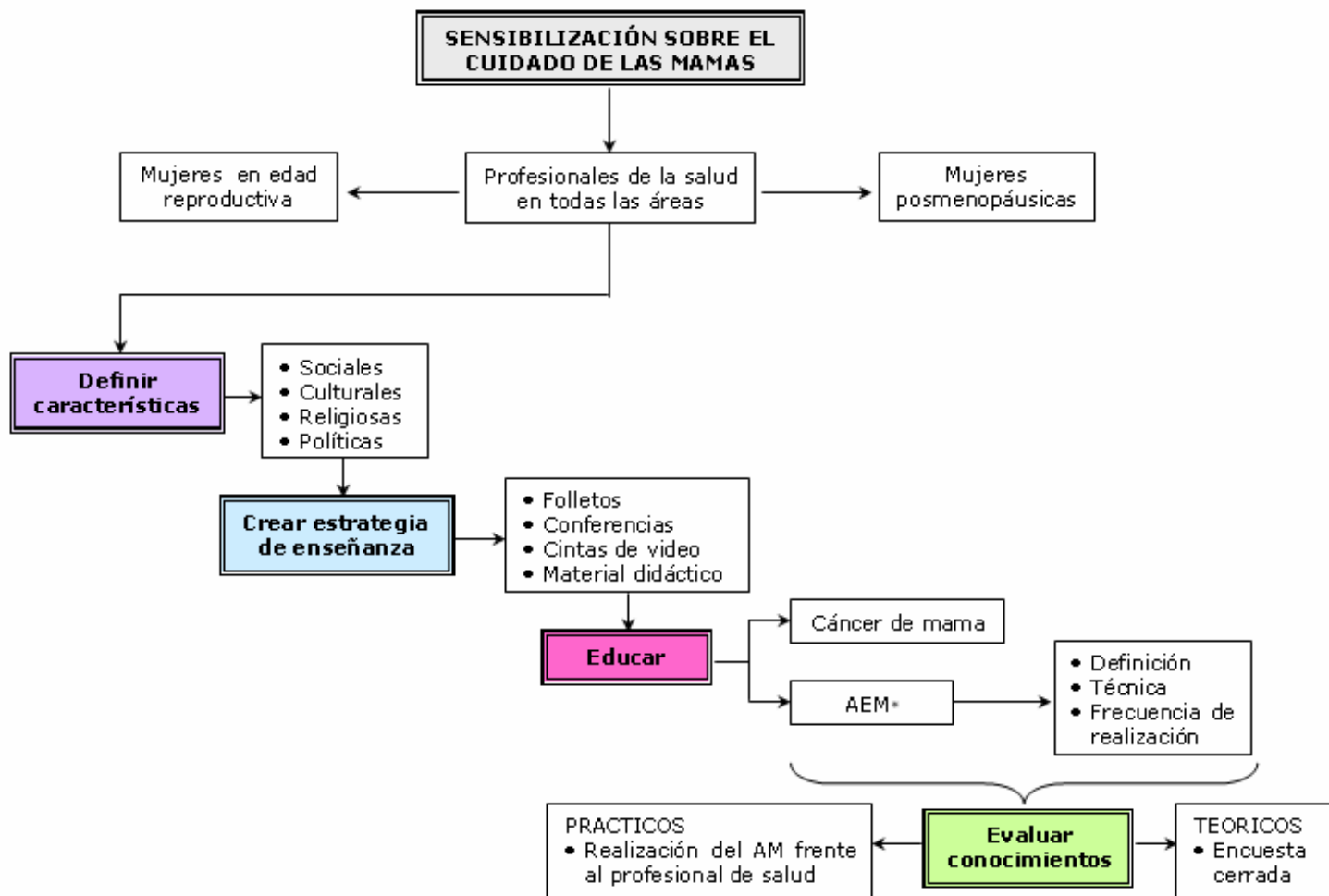
- Las mujeres mayores de 40 años de edad deben realizarse una mamografía de cuatro proyecciones una vez al año y deben continuar haciéndose este examen sean asintomáticas o sintomáticas.
- La evidencia reciente confirma que la toma de mamografía regularmente ofrece un beneficio sustancial a las mujeres mayores de 40 años, por encontrar el cáncer en su etapa inicial. Sin embargo, la mamografía también tiene sus limitaciones: una mamografía puede pasar por alto algunos cánceres y puede conducir al seguimiento de hallazgos que no son cáncer.

- Las mujeres deben ser informadas sobre los beneficios y las limitaciones asociadas con la mamografía que se hacen cada año. No obstante, a pesar de las limitaciones, este examen continúa siendo un recurso efectivo y valioso para disminuir el sufrimiento y las muertes causadas por el cáncer de mama.
- La mamografía debe continuarse sin importar la edad de la mujer, a menos que ésta tenga problemas graves y crónicos de salud, tales como insuficiencia cardíaca congestiva, enfermedad pulmonar obstructiva crónica, enfermedad renal en etapa final y demencia moderada o grave.
- Las mujeres deben conocer que independientemente del resultado, este no es un examen adecuado para la conformación ni para descartar de manera definitiva la enfermedad, pero es el mejor método disponible y asequible en la actualidad para la detección temprana del cáncer de mama.
- La tamización de oportunidad con mamografía, junto con el examen clínico, el autoexamen y la concientización sobre el cuidado de las mamas, constituyen el programa de tamización de oportunidad que incrementaría en la IPS -Javesalud- la detección y el diagnóstico del cáncer de mama en estadios tempranos.

6.2.5 Lineamientos sobre investigación y registro

- En razón a la ausencia de evidencia del cáncer de mama en las usuarias de la IPS -Javesalud- se recomienda realizar los esfuerzos necesarios y pertinentes para recopilar la información esencial sobre el comportamiento de la enfermedad en los siguientes aspectos: incidencia, mortalidad, factores de riesgo, estadio clínico en el momento del diagnóstico, supervivencia, oportunidad diagnóstica y terapéutica.
- Se debe implementar un sistema de registro, notificación y consolidación de la información, sobre morbilidad, mortalidad y aspectos económicos de la atención a las usuarias de la IPS -Javesalud- con cáncer de mama.

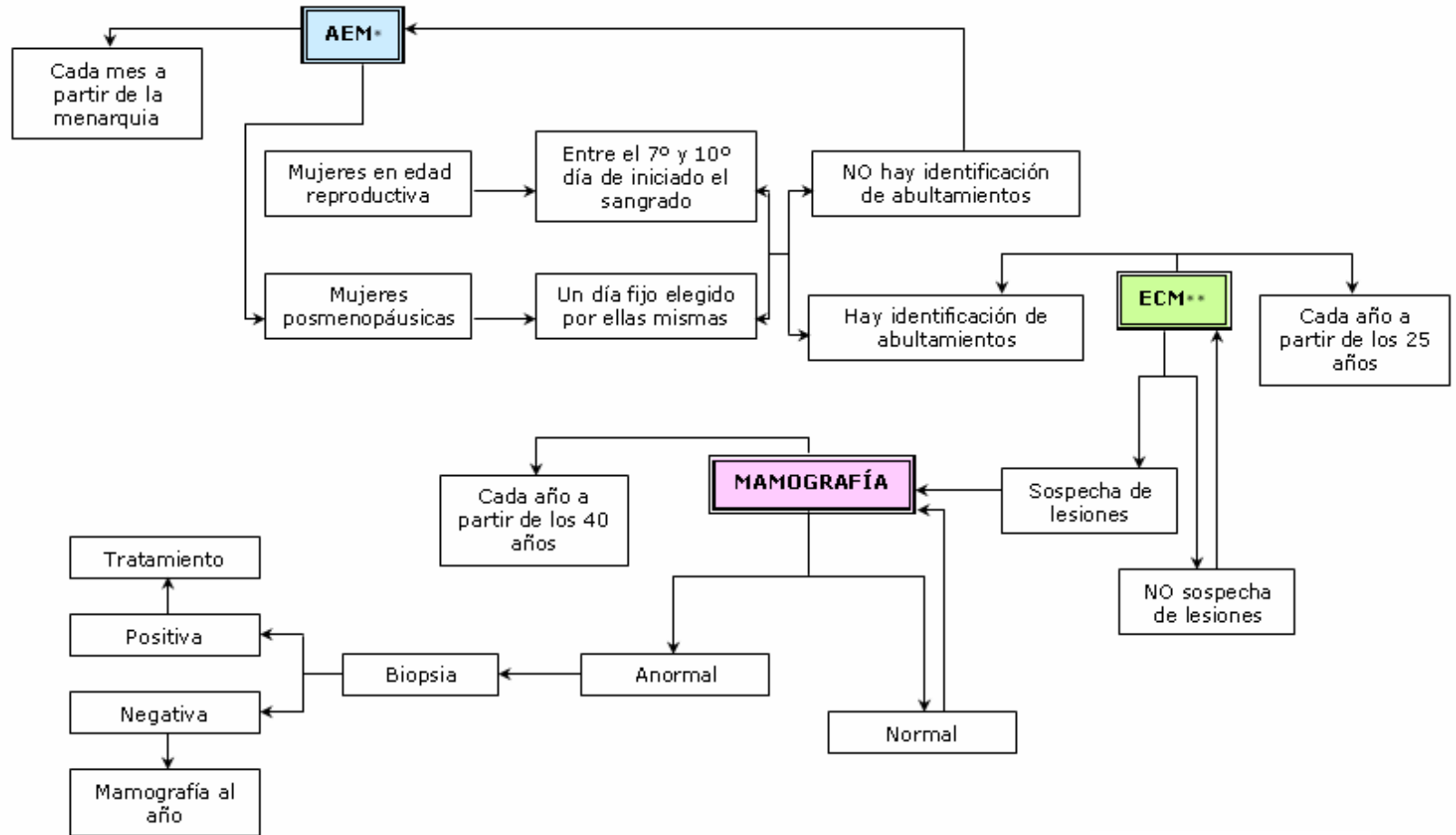
Algoritmo de sensibilización sobre el cuidado de las mamas a partir de los lineamientos establecidos.



Fuente: Las autoras del presente trabajo.

* Autoexamen de mama

Algoritmo de prevención y detección temprana del cáncer de mama a partir de los lineamientos establecidos.



Fuente: Las autoras del presente trabajo.

* Autoexamen de mama

** Examen clínico de la mama

CONCLUSIONES

- El cáncer de mama representa en la actualidad uno de los mayores problemas de salud pública en el mundo, siendo en términos epidemiológicos, la neoplasia maligna que más se diagnostica y la mayor causa de mortalidad por cáncer en la población femenina.
- La comprensión del proceso salud-enfermedad y de los recursos disponibles para la detección temprana del cáncer de mama, debe ser preocupación de las mujeres, la familia y los profesionales de la salud en un comportamiento de responsabilidad. De ahí que, para la conservación de una vida saludable, la educación en salud debe incluir acciones de detección temprana de la enfermedad aplicables a todos los niveles de atención, con el fin de minimizar la aparición de la dolencia en estadio tardío.
- Es importante que aumente la conciencia general de los profesionales de la salud y las usuarias de la IPS -Javesalud- sobre los riesgos del cáncer de mama y las formas adecuadas para su detección temprana y su tratamiento oportuno. En este sentido, se ve la necesidad de que los profesionales de la salud que se desenvuelven en el área de atención primaria continúen con el entrenamiento en autoexamen de mama hacia las mujeres ya sea en la consulta, en los hogares y/o de mas medios utilizados para esta difusión; además que conozcan sus habilidades para el correcto examen clínico de la mama e identifiquen adecuadamente signos, síntomas y conozcan las conductas específicas para cada caso.
- La morbilidad y la mortalidad por cáncer de mama pueden reducirse si las mujeres tienen el conocimiento, la motivación y la destreza necesaria para aplicar medidas de detección temprana, como es el autoexamen de mama. El referido cuidado debe iniciarse en la adolescencia mensualmente y durante el resto de la vida, preferiblemente una semana después de la menstruación; y continuarlo en la posmenopáusia un día fijo del mes para evitar su olvido. Sin embargo, para que la practica del autoexamen consiga alcanzar su objetivo, deben acometerse campañas alusivas al tema para que la población femenina este mejor informada respecto a la técnica y la importancia del autocuidado.

- El examen clínico de la mama esta al alcance de toda la población femenina, al poder ser practicado por cualquier profesional de la salud entrenado. No obstante, se han distinguido barreras por parte del medico el sexo, la falta de conocimiento y tiempo; y por parte de la mujer el pudor y la vergüenza por mostrar sus senos, se han convertido en barreras que día tras día disminuyen la utilización de dicho método.
- La mamografía es el método de referencia y elección para la detección temprana de cáncer de mama, es importante considerar, que la mamografía debe ir acompañada del autoexamen de mama y examen clínico de la mama, para de esta manera aportar a la detección de nuevos casos y disminución de la morbimortalidad por esta enfermedad.
- No existe registro donde repose la información esencial sobre el comportamiento de la enfermedad, lo cual impide tomar acciones frente al caso. Así mismo, la ausencia de conocimiento frente a los indicadores fundamentales de cáncer de mama, impiden estimar el impacto de recomendaciones e intervenciones dirigidas a modificar la carga de la enfermedad.
- Es importante, que las mujeres con cáncer de mama hablen abiertamente sobre la enfermedad, pues ellas pueden demostrar a las demás mujeres, que el diagnóstico temprano de cáncer de mama les ha permitido llevar una vida tranquila y normal por muchos años, y que el tratamiento aunque agresivo, permite que la mujer tenga una apariencia física adecuada gracias al desarrollo de la cirugía reconstructiva de mama.
- Sin duda alguna, el cáncer de mama también afecta a las usuarias de la IPS -Javesalud-, por esta razón, es conveniente aplicar los lineamientos planteados y encaminar inicialmente los esfuerzos hacia la detección temprana, a través de la educación a los profesionales de la salud y a la población femenina, incluyendo el autoexamen de mama, el examen clínico de la mama y la mamografía.

BIBLIOGRAFÍA REFERENCIADA

1. Ministerio de la Protección Social e Instituto Nacional de Cancerología ESE. El cáncer: aspectos básicos sobre su biología, clínica, prevención, diagnóstico y tratamiento. Colombia, 2004. p. 8.
2. International Agency for Research on Cancer (IARC). Año 2000. Citado por: SANABRIA, Álvaro y ROMERO Javier. La mamografía como método de tamizaje para el cáncer de seno en Colombia. *Revista de cirugía*. [online]. [Citado: 04 de agosto de 2007]. Disponible en la web: <http://www.encolombia.com/medicina/cirugia/Ciru20305mamografia.htm>
3. FAHNER, James. Cáncer de mama. *KidsHealth*. [online]. Junio de 2007. [Citado: 07 de agosto de 2007]. Disponible en la web: http://kidshealth.org/kid/en_espanol/enfermadades/breast_cancer_esp.html
4. Detectan “diferencias biológicas” en incidencia de cáncer de seno en hispanas. *Los tiempos.com vida y futuro*. [online]. 13 de abril de 2007. [Citado: 04 de agosto de 2007]. Disponible en la web: http://www.lostiempos.com/noticias/13-04-07/13_04_07_vyf2.php
5. SANABRIA, Álvaro y ROMERO, Javier. La mamografía como método de tamizaje para el cáncer de seno en Colombia. *Revista de cirugía*. [online]. [Citado: 04 de agosto de 2007]. Disponible en la web: <http://www.encolombia.com/medicina/cirugia/Ciru20305mamografia.htm>
6. Elmundosalud.com. Todo sobre cáncer. [Citado: 04 de agosto de 2007] Disponible en la web: <http://www.elmundo.es/elmundosalud/especiales/cancer/mama5.html>
7. FLOREZ LOZANO, José Antonio. La mujer ante el cáncer de mama: aspectos psicológicos. Barcelona: Edika, 1994. p. IX.
8. ORELLANA YAÑEZ Alda, PARAVIC KLIJN Tatiana. Enfermería basada en la evidencia, barreras y estrategias para su implementación. *Ciencia y Enfermería*. 2007; 13 (1): 17-24.

- 9.** Ministerio de Salud del Perú. Definición de lineamiento. [Citado: 10 de marzo de 2008]. Disponible en la web: www.minsa.gob.pe/portal/OGCMINSA/Recursos/REUNION%20NACIONAL%20DE%20COMUNICADORES/300306/Lineamcomsalud.ppt
- 10.** Vales Casariego E, Castañeira Pérez M, Costa Ribas C, González Guitián C, Louro González A, Vásquez Millán P, Viana Zulaica C. Cómo hacer una bibliografía. [online]. 12 de marzo de 2008. [Citado: 10 de marzo de 2008]. Disponible en la web: http://www.fisterra.com/mbe/mbe_temas/revclinica/revclinica.asp#mis mo
- 11.** Anderson BO, Braun S, Lim S, Smith RA, Taplin S, Thomas DB; Global Summit Early Detection Panel. Early detection of breast cancer in countries with limited resources. *Breast J* 2003; 9(Suppl.2):S51-9.
- 12.** Miller AB, Goel V. Screening. En: Detels R, McEwen J, Beaglehole R, Tanaka H, (eds.). *Oxford Textbook of Public Health. The practice of public health.* 4 ed. Oxford: Oxford University Press; 2000.
- 13.** Singletary E, Allred C, Ashley P, Bassett LW, Berry D, Bland KI *et al.* Staging system for breast cancer: revisions for the 6 ed. of the AJCC Cancer Staging Manual. *Surg Clin North Am* 2003; 83:803-19.
- 14.** "Es hora de darle la cara al cáncer del seno, que ha aumentado en Cali", dice hospital Isaías Duarte Cancino. Alcaldía de Santiago de Cali. [online]. 24 de Octubre de 2006. [Citado: 11 de agosto de 2007]. Disponible en la web: <http://www.cali.gov.co/index.php?servicio=Noticias&funcion=ver&id=8054>
- 15.** GERMAIN, Alfredo Manuel. Autoexamen de las mamas. [Citado: 02 de septiembre de 2007]. Disponible en la web: <http://www.germain.cl/temas/autoexamen.htm>
- 16.** Diccionario de cáncer. Examen clínico de la mama. *Instituto Nacional de Cáncer.* [online]. [Citado: 02 de septiembre de 2007]. Disponible en la web: http://www.cancer.gov/Templates/db_alpha.aspx?CdrID=304715&lang=spanish

- 17.** GERMAIN, Alfredo Manuel. Mamografía. [Citado: 02 de septiembre de 2007]. Disponible en la web: <http://www.germain.cl/temas/mamografia.htm>
- 18.** Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud. Normas Internacionales para la salud de mama y el control de cáncer de mama. 2005. [Citado: 31 de marzo de 2008]. Disponible en la web: <http://www.paho.org/Spanish/AD/DPC/NC/pcc-breast-cancer-guidelines.htm>
- 19.** LOZANO POVEDA, Diana. Principios de epidemiología. Bogotá: Centro Editorial Javeriano, 2001. p. 78-89.
- 20.** Dirección Nacional de Derechos de Autor. Ley 23 del 28 de enero de 1982. [Citado: 06 de agosto de 2007]. Disponible en la web: <http://www.derautor.gov.co/htm/legal/legislacion/leyes.htm>
- 21.** Ortega Altamirano D, López Carrillo L, López Cervantes M. Estrategias para la enseñanza del autoexamen del seno a mujeres en edad reproductiva. Rev Salud Pública Mex. 2000; 42 (1): 17-25.
- 22.** Garza Elizondo ME, Salinas Martínez AM, Villareal Ríos E, Núñez Rocha GM. Autoexamen mamario. Educación e impacto. Rev Enfermería. 2000; 8 (1): 5-10.
- 23.** Hernández Costales I, Acanda Díaz M, Rodríguez Torres C. Exploración de conocimientos sobre el autoexamen mamario. Rev Cubana Enfermería. 2003; 19 (3): 159-63.
- 24.** Universidad Autónoma de Guerrero. Auto examen de seno y cáncer de mama. Blog Unidad Académica Facultad de Medicina. 2007; 87 (4).
- 25.** Suárez Fernández JM. Prevención, profilaxis y diagnóstico precoz del cáncer de mama. La Habana: Editorial Científico - Técnica; 1992: 7-105.
- 26.** Villacrés Vela K, Alarcón Rozas AE. Estudio piloto sobre actitudes preventivas para cáncer de mama en mujeres de Sullana. Rev Med Hered. 2000; 13 (4).

- 27.** Poblano Verástegui O, Figueroa Perea JG, López Carrillo L. Condicionantes institucionales que influyen en la utilización del examen clínico de mama. *Rev Salud Pública de Mex.* 2004; 46 (4).
- 28.** Aguirre Raya D. Fundamentos de la relación enfermera-persona sana o enferma. *Rev Cubana Salud Pública.* 2004; 30 (4).
- 29.** De Sousa A, Pereira E, De Barros L, Dos Santos M, Teixeira R, Brandao R. Autoexamen de mama: Frecuencia de conocimiento, práctica y factores asociados. *RBGO.* 2003; 25 (3): 201-205.
- 30.** Carvalho Fernández AF, Silva de Oliveira M, Ferreira Moura ER. Práctica del autoexamen de mamas por usuarias del sistema único de salud de Ceará. *Rev Cubana Enfermería.* 2006; 22 (3).
- 31.** Hegg R. Como diagnosticar e tratar cáncer de mama. *Rev Bras Medicina.* 2000; 57 (5).
- 32.** Barbosa R, De Vasconcelos G, Nunes M, De Souza M. Autoexamen de mama: Conocimiento de las usuarias atendidas en el ambulatorio de un hospital universitario. *Rev Lat. Enfermería.* 2003; 11 (1): 21-27.
- 33.** Filipak RMA, Rodríguez MB, Back RVW, Carreño PAT, Urbanctz AA, Coelho A. Cáncer de mama: diagnóstico precoce. *Femina.* 1993; 21(2):93-113.
- 34.** Borba A, De Souza R, Lazzaron A, Defferrari R, Scherer L, Frasson A. Frecuencia de realización y sensibilidad del autoexamen de mama en la detección de nódulos en mujeres sometidas a mamografía. *RBGO.* 1998; 20 (1): 37-43.
- 35.** Jovell AJ, Navarro MD, Aymerich M, Serra M. Metodología de diseño y elaboración de guías de practica clínica en atención primaria. *Rev Aten. Primaria.* 1997; 20 (5): 259-266.
- 36.** Ministerio de Salud pública y Asistencia Social. Guía técnica de prevención y control del cáncer de mama. 1 st Ed. El Salvador: Minsal. 2006.
- 37.** Anderson B, Cheng-Har Y, Ramsey S, Bengoa R, Braun S, Fitch M, Groot M, Sancho H, Tsu V. Iniciativa Global de Salud de la Mama.

Sistemas de atención de salud y políticas públicas. *The Breast Journal*. 2007; 13 (1): 62-82.

38. Smith R, Caleffi M, Albert U, Chen T, Duffy S, Franceschi D, Nystrom L. Iniciativa Global de Salud de la Mama. Detección temprana y acceso a la asistencia. *The Breast Journal*. 2007; 13 (1): 16-29.

BIBLIOGRAFÍA RECOMENDADA

FERNÁNDEZ J, OLMO T, LÓPEZ C. Interacción atención primaria especializada y paciente en un programa de detección precoz del cáncer de mama. Rev. Aten. Prim. 1998; 2 (7): 429-433.

GONZALEZ MARIÑO, Mario Arturo. Cáncer ginecológico. Bogotá: El autor, 1999. p. 88-105.

HERNÁNDEZ A, Domínguez J, Ferrándiz J. Análisis de un programa de detección precoz de cáncer de mama en una zona rural. Rev. Aten. Prim. 2000; 25 (5): 308-312.

JAUREGUI REINA, Cesar Alberto y SUAREZ CHAVARRO, Paulina. Promoción de la salud y prevención de la enfermedad: enfoque en salud familiar. Bogotá: Editorial medica panamericana, 2004.

Leal M, Baptista A, Petrucci D, Tessaro S. Conductas preventivas secundarias al cáncer de mama y factores asociados. Rev. Saúde Pública. 2005; 39 (3): 340-349.

Ministerio de Salud. Guía clínica de cáncer de mama en personas de 15 años y más. 1 st Ed. Santiago: Minsal. 2005.

MURILLO MORENO, Raúl Hernando. La prevención del cáncer más allá de las pruebas de tamizaje. Rev Colombiana de Cancerología. 2003; 23-33.

Norma oficial mexicana NOM-041-SSA2-2002. Prevención, diagnóstico, tratamiento, control y vigilancia epidemiológica del cáncer de la mama. Secretaria de Salud - México.

Norma técnica para la detección temprana del cáncer de seno. Ministerio de Salud - Colombia. 2000.

Riquelme B, Sepúlveda B, Vargas X. Atención de enfermería en las pacientes con cáncer de mama. Rev. Med. Clin. Condes. 2006; 17 (4): 244-247.

RIVERA, Diana. La política del cáncer. Rev Colombiana de Cancerología. 2005; 9 (1): 29-33.

Torres L, Vladislavovna S. Cáncer de mama. Detección oportuna en el primer nivel de atención. Rev. Med. Inst. Mex. Seg. Soc. 2007; 45 (2): 157-166.

ANEXOS

ANEXO A

ARTÍCULOS SELECCIONADOS EN LA BÚSQUEDA BIBLIOGRÁFICA.

Nº	CITA	AÑO DE PUBLICACIÓN	PAÍS DE PUBLICACIÓN	TIPO DE ESTUDIO	OBJETIVO CENTRAL
1	FERNÁNDEZ J, OLMO T, LÓPEZ C. Interacción atención primaria especializada y paciente en un programa de detección precoz del cáncer de mama. Rev. Aten. Prim. 1998; 2 (7): 429-433.	1998	España	Descriptivo Longitudinal	Describir un método de realización de un programa de detección precoz del cáncer de mama en un área de salud.
2	BORBA A, DE SOUZA R, LAZZARON A, DEFFERRARI R, SCHERER L, FRASSON A. Frecuencia de realización y sensibilidad del autoexamen de mama en la detección de nódulos en mujeres sometidas a mamografía. RBGO. 1998; 20 (1): 37-43.	1998	Brasil	Prueba Diagnostica	Evaluar la sensibilidad del autoexamen de mama en la detección de nódulos mamarios palpables y la relación con su frecuencia.
3	FERNÁNDEZ C, PÉREZ M, GRANERO J, FERNÁNDEZ E, RODRÍGUEZ F, NAVAS T. Mamografía y detección de lesiones no palpables en las mamas. Rev. Enfer. Radiológica. 1999; XI (43): 5-7.	1999	España	Descriptivo	Conocer que síntomas llevan a una mujer a la consulta de mamografía.
4	Norma técnica para la detección temprana del cáncer de seno. Ministerio de Salud - Colombia. 2000.	2000	Colombia	Norma Técnica	Detectar tempranamente el cáncer de seno, proporcionando acciones oportunas de diagnóstico y el adecuado tratamiento de la enfermedad.

Nº	CITA	AÑO DE PUBLICACIÓN	PAÍS DE PUBLICACIÓN	TIPO DE ESTUDIO	OBJETIVO CENTRAL
5	ORTEGA D, LÓPEZ L, LÓPEZ M. Estrategias para la enseñanza del autoexamen del seno a mujeres en edad reproductiva. Rev. Salud Pública Mex. 2000; 42 (1): 17-25.	2000	México	Cuasi experimental	Disponer de una estrategia efectiva de enseñanza de conocimientos en cáncer de mama y en la técnica del autoexamen de seno para las mujeres entre 12-47 años.
6	HERNÁNDEZ A, DOMÍNGUEZ J, FERRÁNDIZ J. Análisis de un programa de detección precoz de cáncer de mama en una zona rural. Rev. Aten. Prim. 2000; 25 (5): 308-312.	2000	España	Observacional Transversal	Conocer los resultados de un programa de detección precoz de cáncer de mama llevado a cabo en una zona rural.
7	Norma oficial mexicana NOM-041-SSA2-2002. Prevención, diagnóstico, tratamiento, control y vigilancia epidemiológica del cáncer de la mama. Secretaria de Salud, México.	2002	México	Norma Oficial	Establecer los criterios de operación para la prevención, diagnóstico, tratamiento, control y vigilancia epidemiológica del cáncer de la mama.
8	VILLACRÉS K, ALARCÓN A. Estudio piloto sobre actitudes preventivas para cáncer de mama en mujeres de Sullana. Rev. Med. Hered. 2002; 13 (4): 131-134.	2002	Perú	Descriptivo Transversal	Conocer las conductas preventivas para el cáncer de mama en mujeres mayores de 20 años en la ciudad de Sullana mediante técnicas de autoexamen de mama y mamografía.
9	ESCOBAR P, CAMACHO J, BARRIGA C. Cáncer de mama en pacientes mayores de 65 años. Influencia de la edad en la presentación y manejo. Rev. Chilena de Cirugía. 2003; 55(5): 476-479.	2003	Chile	Descriptivo Retrospectivo	Analizar la influencia de la edad en la presentación y manejo del cáncer de mama en mujeres mayores de 65 años.

Nº	CITA	AÑO DE PUBLICACIÓN	PAÍS DE PUBLICACIÓN	TIPO DE ESTUDIO	OBJETIVO CENTRAL
10	HERNÁNDEZ I, ACANDA M, RODRIGUEZ C. Exploración de conocimientos sobre el autoexamen mamario. Rev. Cub. Enfermería. 2003; 10 (3): 159-163.	2003	Cuba	Transversal Retrospectivo	Profundizar en el conocimiento de una población femenina sobre las técnicas para realizar el autoexamen mamario.
11	DE SOUSA A, PEREIRA E, DE BARROS L, DOS SANTOS M, TEIXEIRA R, BRANDAO R. Autoexamen de mama: Frecuencia de conocimiento, práctica y factores asociados. RBGO. 2003; 25 (3): 201-205.	2003	Brasil	Prospectivo	Estudiar la frecuencia de conocimiento y práctica del autoexamen de mama, caracterizando algunos factores que influyen su práctica.
12	BARBOSA R, DE VASCONCELOS G, NUNES M, DE SOUZA M. Autoexamen de mama: Conocimiento de las usuarias atendidas en el ambulatorio de un hospital universitario. Rev. Lat. Enfermería. 2003; 11 (1): 21-27.	2003	Brasil	Descriptivo	Identificar el conocimiento y las alteraciones encontradas en el autoexamen de mama y describir con esas mujeres si se autoexaminan.
13	POBLANO O, FIGUEROA J, LÓPEZ L. Condicionantes institucionales que influyen en la utilización del examen clínico de mama. Rev. Salud Pública Mex. 2004; 46 (4): 294-305.	2004	México	Cualitativo	Identificar algunos de los condicionantes institucionales -desde la organización y forma de realizar el trabajo- que influyen en la utilización del examen clínico de la mama.
14	Ministerio de Salud. Guía clínica de cáncer de mama en personas de 15 años y más. 1 st Ed. Santiago: Minsal. 2005.	2005	Chile	Guía de práctica clínica	Aportar recomendaciones al equipo de salud para sistematizar el diagnóstico y tratamiento de cáncer de mama, con el propósito de reducir su morbilidad y mejorar la calidad de vida de quienes lo padecen.

Nº	CITA	AÑO DE PUBLICACIÓN	PAÍS DE PUBLICACIÓN	TIPO DE ESTUDIO	OBJETIVO CENTRAL
15	LEAL M, BAPTISTA A, PETRUCCI D, TESSARO S. Conductas preventivas secundarias al cáncer de mama y factores asociados. Rev. Saúde Pública. 2005; 39 (3): 340-349.	2005	Brasil	Transversal	Evaluar la prevalencia de conductas preventivas secundario a cáncer de mama y factores asociados.
16	BERRYD, CRONIN K, PLEVIRITIS S. Cae la mortalidad por cáncer de mama debido a los tratamientos de tamizaje. N Engl J Med. 2005; 353: 1784-1792.	2005	USA	Informe Técnico	Determinar el impacto tanto del tamizaje como del tratamiento sobre la reducción de las tasas de mortalidad.
17	Ministerio de Salud pública y Asistencia Social. Guía técnica de prevención y control del cáncer de mama. 1 st Ed. El Salvador: Minsal. 2006.	2006	El Salvador	Guía de práctica clínica	Proporcionar a los proveedores de los servicios de salud sexual y reproductiva, lineamientos técnicos que les permitan brindar una atención integral a la población, con el fin de fomentar la detección temprana del cáncer de mama a través de acciones de promoción, tamizaje, diagnóstico temprano y la referencia oportuna a los casos detectados.
18	RIQUELME B, SEPÚLVEDA B, VARGAS X. Atención de enfermería en las pacientes con cáncer de mama. Rev. Med. Clin. Condes. 2006; 17 (4): 244-247.	2006	Chile	Revisión de Tema	Brindar cuidado, informar, acompañar y guiar en todo el proceso de la enfermedad a la mujer.
19	CARVALHO A, SILVA M, REJANE E. Práctica del autoexamen de mamas por usuarias del sistema único de salud de Ceará. Rev. Cub. Enfermería. 2006; 22 (3).	2006	Cuba	Descriptivo y Exploratorio	Verificar el conocimiento de las mujeres acerca del autoexamen de mamas y su importancia en la detección precoz del cáncer, así como analizar su práctica e identificar los motivos de su no realización.

Nº	CITA	AÑO DE PUBLICACIÓN	PAÍS DE PUBLICACIÓN	TIPO DE ESTUDIO	OBJETIVO CENTRAL
20	GONZÁLEZ M. Cáncer de seno en la clínica San Pedro Claver de Bogotá, 2004. Rev. Salud Pública. 2006; 8(2): 163-169.	2006	Colombia	Descriptivo	Revisar los casos nuevos de cáncer de seno atendidos durante el año 2004 en la clínica San Pedro Claver, Bogotá, Colombia.
21	TORRES L, VLADISLAVOVNA S. Cáncer de mama. Detección oportuna en el primer nivel de atención. Rev. Med. Inst. Mex. Seg. Soc. 2007; 45 (2): 157-166.	2007	México	Revisión de Tema	Actualizar al médico de primer nivel de atención en los avances diagnósticos más eficientes y útiles en la detección oportuna del cáncer de mama.
22	AMARO M, BAUTISTA L, ARRIETA R. Correlación de factores de riesgo y hallazgos clínicos para cáncer mamario en pre y posmenopáusicas. Rev. Fac. Med. UNAM. 2007; 50 (3): 110-114.	2007	México	Observacional Analítico, Transversal y Comparativo	Comprobar la correlación de severidad de factores de riesgo para cáncer mamario con hallazgos clínicos de la mama, entre premenopáusicas y posmenopáusicas.
23	SANCHEZ C, BUSTOS M, CAMUS M, ÁLVAREZ M, GOÑI I, LEÓN A, BESA P. ¿Es curable el cáncer de mama en etapa precoz? Resultados del tratamiento combinado con cirugía, radioterapia y quimioterapia. Rev. Medica Chilena. 2007; 135: 427-435.	2007	Chile	Descriptivo Retrospectivo	Revisar la experiencia en una población de pacientes con cáncer de mama precoz, T1N0M0, que recibieron radioterapia adyuvante tras la cirugía.
24	ANDERSON B, CHENG-HAR Y, RAMSEY S, BENGGOA R, BRAUN S, FITCH M, GROOT M, SANCHO H, TSU V. Iniciativa Global de Salud de la Mama. Sistemas de atención de salud y políticas públicas. The Breast Journal. 2007; 13 (1): 62-82.	2007	USA	Opinión de expertos	Definir un marco estratificado, que esboza las intervenciones recomendadas para atención de salud de la mama dentro de cada uno de los niveles graduales de recursos: básico, limitado, amplio y máximo.

Nº	CITA	AÑO DE PUBLICACIÓN	PAÍS DE PUBLICACIÓN	TIPO DE ESTUDIO	OBJETIVO CENTRAL
25	SMITH R, CALEFFI M, ALBERT U, CHEN T, DUFFY S, FRANCESCHI D, NYSTROM L. Iniciativa Global de Salud de la Mama. Detección temprana y acceso a la asistencia. The Breast Journal. 2007; 13 (1): 16-29.	2007	USA	Opinión de expertos	Ratificar el principio fundamental de que un requisito a todos los niveles es el que las mujeres reciban apoyo para solicitar asistencia y tengan acceso a pruebas diagnósticas y medidas terapéuticas.
26	JARAMILLO N, MANTILLA J, REY J. Hallazgos clínicos, mamográficos y ecográficos en un programa comunitario de tamizaje para detección temprana de cáncer de seno en la ciudad de Bucaramanga. Med. UNAB. 2007; 10 (1): 28-32.	2007	Colombia	Descriptivo Retrospectivo	Comparar los resultados de los hallazgos en el examen físico, mamográficos y ecográficos.

ANEXO B

GUÍA DE VALORACIÓN CRÍTICA: ESTUDIOS CUALITATIVOS

a. ¿Son válidos los resultados del estudio?
1. ¿La investigación pretende estudiar un fenómeno en profundidad? 2. ¿Estaba bien definido el problema de investigación? 3. ¿La estrategia de muestreo es la adecuada para conseguir los objetivos? 4. ¿Fueron identificados con claridad y minuciosidad los métodos de recogida de datos, el escenario y los participantes? 5. ¿Se utilizó alguna técnica de triangulación? 6. ¿Se ha considerado de modo adecuado la interrelación entre investigadores y participantes?
b. ¿Cuáles son los resultados?
7. ¿Son explícitos y fáciles de entender? 8. ¿Hay datos suficientes para justificar los resultados expuestos? 9. ¿Hay recomendaciones que pueden ser aplicables a la práctica clínica?
c. ¿Son los resultados aplicables a tu medio?
10. ¿Las características del grupo estudiado eran marginales? 11. ¿Contribuirán estos hallazgos a mejorar tu práctica asistencial? 12. ¿Puede servirte para conocer mejor el problema de un paciente concreto? 13. ¿Puede el paciente verse beneficiado por los hallazgos de este estudio?

Fuente: [http://www.fuden.es/FICHEROS_ADMINISTRADOR/F_METODOLOGICA/formacion %20metodologica%203.%20Lectura%20critica.pdf](http://www.fuden.es/FICHEROS_ADMINISTRADOR/F_METODOLOGICA/formacion%20metodologica%203.%20Lectura%20critica.pdf)

ANEXO C



LISTA DE VERIFICACIÓN METODOLOGICA ESTUDIOS DE EXACTITUD DIAGNOSTICA

SECCIÓN 1: VALIDEZ INTERNA			
1.1	La naturaleza de la prueba estudiada es claramente específica.	Bien cubierto Adecuadamente direccionado Pobrementemente direccionado	NO direccionado NO reportado NO aplicable
1.2	La prueba es comparada con un estándar de oro apropiado.	Bien cubierto Adecuadamente direccionado Pobrementemente direccionado	NO direccionado NO reportado NO aplicable
1.3	Donde no existe criterio estándar de prueba, una referencia estándar validada es usada como comprobador.	Bien cubierto Adecuadamente direccionado Pobrementemente direccionado	NO direccionado NO reportado NO aplicable
1.4	Los pacientes para pruebas son seleccionados como una serie consecutiva o al azar de una población de estudio claramente definida.	Bien cubierto Adecuadamente direccionado Pobrementemente direccionado	NO direccionado NO reportado NO aplicable
1.5	La prueba y el criterio estándar de oro son medidos independientemente uno del otro.	Bien cubierto Adecuadamente direccionado Pobrementemente direccionado	NO direccionado NO reportado NO aplicable
1.6	La prueba y el criterio estándar de oro son aplicados tan cercanos en tiempo como sea posible.	Bien cubierto Adecuadamente direccionado Pobrementemente direccionado	NO direccionado NO reportado NO aplicable
1.7	Los resultados son reportados para todos los pacientes que están ingresados en el estudio.	Bien cubierto Adecuadamente direccionado Pobrementemente direccionado	NO direccionado NO reportado NO aplicable
1.8	Un diagnostico pre prueba es realizado y reportado.	Bien cubierto Adecuadamente direccionado Pobrementemente direccionado	NO direccionado NO reportado NO aplicable
SECCIÓN 2: EVALUACIÓN TOTAL DEL ESTUDIO			
2.1	¿Qué tan confiables son las conclusiones de este estudio? Codifique ++, + o -		
2.2	Es evaluado el espectro de pacientes en este estudio comparable con el grupo anotado según esta pauta en términos de la proporción con la enfermedad severa contra la enfermedad liviana.		
SECCIÓN 3: DESCRIPCIÓN DEL ESTUDIO			
3.1	¿Cuántos pacientes están incluidos en este estudio?		
3.2	¿Cuál es el predominio (la proporción de personas con la enfermedad para la que fue aprobada) en la población de la cual los pacientes fueron seleccionados?		
3.3	¿Cuáles son las características de los pacientes de la población?		
3.4	¿Cuál prueba esta siendo evaluada en el estudio?		
3.5	¿Cuál es la referencia estándar con la cual la prueba fue evaluada?		

3.6	¿Cuál es la sensibilidad estimada de la prueba evaluada (IC 95%)?	
3.7	¿Cuál es la especificidad estimada de la prueba evaluada (IC 95%)?	
3.8	¿Cuál es el valor positivo predecible (VPP) de la prueba evaluada?	
3.9	¿Cuál es el valor negativo predecible (VPN) de la prueba evaluada?	
3.10	¿Cuál es la probabilidad para la prueba evaluada?	
3.11	¿Cómo fue financiado este estudio?	
3.12	¿Hay alguna publicación específica editada para este estudio?	

Fuente: <http://www.sign.ac.uk/guidelines/fulltext/50/checklist5.html>.
Traducción personal

ANEXO D



INSTRUMENTO AGREE EVALUACIÓN DE GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA

ALCANCE Y OBJETIVO

Marque una sola casilla

1. El objetivo general de la guía está específicamente descrito.

Muy de acuerdo

4		3		2		1	
---	--	---	--	---	--	---	--

 Muy en desacuerdo

Comentarios

2. Los aspectos clínicos cubiertos por la guía están específicamente descritos.

Muy de acuerdo

4		3		2		1	
---	--	---	--	---	--	---	--

 Muy en desacuerdo

Comentarios

3. Los pacientes a quienes se pretende aplicar la guía están específicamente descritos.

Muy de acuerdo

4		3		2		1	
---	--	---	--	---	--	---	--

 Muy en desacuerdo

Comentarios

PARTICIPACIÓN DE LOS IMPLICADOS

4. El grupo que desarrolla la guía incluye individuos de todos los grupos profesionales relevantes.

Muy de acuerdo

4		3		2		1	
---	--	---	--	---	--	---	--

 Muy en desacuerdo

Comentarios

5. Se han tenido en cuenta los puntos de vista del paciente y sus preferencias.

Muy de acuerdo

4		3		2		1	
---	--	---	--	---	--	---	--

 Muy en desacuerdo

Comentarios

6. Los usuarios diana de la guía están claramente definidos.

Muy de acuerdo

4		3		2		1	
---	--	---	--	---	--	---	--

 Muy en desacuerdo

Comentarios

7. La guía ha sido probada entre los usuarios diana.

Muy de acuerdo

4		3		2		1	
---	--	---	--	---	--	---	--

 Muy en desacuerdo

Comentarios

RIGOR EN LA ELABORACIÓN

8. Se han utilizado métodos sistemáticos para la búsqueda de la evidencia.

Muy de acuerdo

4		3		2		1	
---	--	---	--	---	--	---	--

 Muy en desacuerdo

Comentarios

9. Los criterios para seleccionar la evidencia se describen con claridad.

Muy de acuerdo

4		3		2		1	
---	--	---	--	---	--	---	--

 Muy en desacuerdo

Comentarios

10. Los métodos utilizados para formular las recomendaciones están claramente descritos.

Muy de acuerdo

4		3		2		1	
---	--	---	--	---	--	---	--

 Muy en desacuerdo

Comentarios

11. Al formular las recomendaciones han sido considerados los beneficios, los riesgos y los efectos secundarios en salud.

Muy de acuerdo

4		3		2		1	
---	--	---	--	---	--	---	--

 Muy en desacuerdo

Comentarios

12. Hay una relación explícita entre cada una de las recomendaciones y las evidencias en las que se basan.

Muy de acuerdo

4		3		2		1	
---	--	---	--	---	--	---	--

 Muy en desacuerdo

Comentarios

13. La guía ha sido evaluada por expertos externos antes de su publicación.

Muy de acuerdo

4		3		2		1	
---	--	---	--	---	--	---	--

 Muy en desacuerdo

Comentarios

14. Se incluye un procedimiento para actualizar la guía.

Muy de acuerdo

4		3		2		1	
---	--	---	--	---	--	---	--

 Muy en desacuerdo

Comentarios

CLARIDAD Y PRESENTACIÓN

15. Las recomendaciones son específicas y no son ambiguas.

Muy de acuerdo

4		3		2		1	
---	--	---	--	---	--	---	--

 Muy en desacuerdo

Comentarios

16. Las distintas opciones para el manejo de la enfermedad o condición se presentan claramente.

Muy de acuerdo

4		3		2		1	
---	--	---	--	---	--	---	--

 Muy en desacuerdo

Comentarios

17. Las recomendaciones clave son fácilmente identificables.

Muy de acuerdo

4		3		2		1	
---	--	---	--	---	--	---	--

 Muy en desacuerdo

Comentarios

18. La guía se apoya con herramientas para su aplicación.

Muy de acuerdo

4		3		2		1	
---	--	---	--	---	--	---	--

 Muy en desacuerdo

Comentarios

APLICABILIDAD

19. Se han discutido las barreras organizativas potenciales a la hora de aplicar las recomendaciones.

Muy de acuerdo

4		3		2		1	
---	--	---	--	---	--	---	--

 Muy en desacuerdo

Comentarios

20. Han sido considerados los costes potenciales de la aplicación de las recomendaciones.

Muy de acuerdo

4		3		2		1	
---	--	---	--	---	--	---	--

 Muy en desacuerdo

Comentarios

21. La guía ofrece una relación de criterios clave con el fin de realizar monitorización y/o auditoría.

Muy de acuerdo

4		3		2		1	
---	--	---	--	---	--	---	--

 Muy en desacuerdo

Comentarios

INDEPENDENCIA EDITORIAL

22. La guía es editorialmente independiente de la entidad financiadora.

Muy de acuerdo

4		3		2		1	
---	--	---	--	---	--	---	--

 Muy en desacuerdo

Comentarios

23. Se han registrado los conflictos de interés de los miembros del grupo de desarrollo.

Muy de acuerdo

4		3		2		1	
---	--	---	--	---	--	---	--

 Muy en desacuerdo

Comentarios

Fuente: <http://www.agreecollaboration.org/>

ANEXO E



Pontificia Universidad Javeriana
Facultad de Enfermería - Dpto. Salud Colectiva
Epidemiología II
Ficha Analítica y Descriptiva

Título del artículo o documento (Fecha y País).
Ubicación (Biblioteca, Internet, Otro).
Población de estudio.
Objetivo.
Enfoque teórico.
Enfoque metodológico.
Variables o categorías consideradas.
Resultados relevantes.
Conclusiones.
Apreciación personal o reflexión crítica.
Aplicación de los resultados a la situación problema a intervenir (Justifique su respuesta).

Fuente: Departamento de Salud Colectiva - Facultad de Enfermería. Pontificia Universidad Javeriana.