

# Cáncer de Mama ¿Qué opciones tenemos?

M. Arteaga Vera, Fulvio Antonio<sup>1</sup>; López Cruz, Silvia Norma y Ortega Almendras, Viviana P.<sup>3</sup>

<sup>1</sup> Docente Responsable Departamento de Investigación Facultad de Medicina. Docente Asignatura Salud Pública I. Facultad de Medicina. UMRPSFXCH. Magister Salud Pública.

<sup>2</sup> Trabajadora Social. Instituto Psicopedagógico San Juan de Dios. Alumna Maestría Salud Pública. Universidad Andina Simón Bolívar. UASB.

<sup>3</sup> Diplomada en Gerencia de Proyectos. Diplomada en Gestión y Administración de Instituciones de Salud. Alumna Maestría Salud Pública. Centro de Estudios de Posgrado e Investigación. UMRPSFXCH.

## Palabras Claves

*Cáncer de mama, factores de riesgo; prevención primaria; prevención secundaria.*

## Resumen.-

El cáncer de mama es la causa más común de muerte por cáncer en mujeres en todo el mundo. Se estima que las mujeres que llegan a los 85 años de edad tendrán una oportunidad en nueve de desarrollar esta enfermedad; su frecuencia parece ser mayor en países desarrollados que en los no desarrollados, pese a que el aumento paulatino de esta patología en estos últimos países ha hecho que esta diferencia sea cada vez menos marcada.

Sin embargo, el grado de riesgo o es homogéneo entre la población en general. Es así como encontramos que mientras algunas mujeres nunca desarrollaran el cáncer de mama otras parecen tener un mayor riesgo de padecerlo. Por ello se hace necesario ser capaz de valorar e individualizar, lo más exactamente posible, el perfil de riesgo de una paciente a fin de poder asegurarle la mejor relación costo-beneficio de las alternativas de vigilancia y tratamiento disponibles.

En la actualidad el cáncer de mama significa un enorme problema de salud pública en América Latina y el Caribe, debido a que casi 300 000 mujeres mueren anualmente por esta enfermedad. En otras palabras, esta neoplasia causa la muerte de 83 mujeres por día, o sea, que cada hora fallecen tres mujeres víctimas del cáncer de la mama. Si estas cifras son de por sí alarmantes, más preocupante aun es que la prevención primaria de esta neoplasia maligna continúe siendo difícil de lograr y que hoy en día se ponga en tela de juicio el valor real de una medida de detección temprana que siempre se ha considerado de gran utilidad práctica: el autoexamen mamario, o sea, el examen periódico de la mama por las propias mujeres, el cual ha resultado ineficaz, según parecen indicar las altas tasas de mortalidad. Por otro lado, no se han realizado ensayos para evaluar los beneficios de las exploraciones clínicas de las mamas, aunque se admita que puedan resultar benéficas.

## Introducción.-

El problema de cáncer en el mundo va tomando una faceta muy importante, no obstante los avances logrados para su control, incluidas las investigaciones en genética que han ido profundizando el conocimiento sobre las enfermedades de una manera insospechada y dramática, sustituyendo en parte,

o en algunos casos totalmente, conceptos que parecían ser indiscutibles. Este aspecto es mucho más relevante en el caso del cáncer, es posible que en los próximos años se revolucione tanto el tratamiento como el diagnóstico, influyendo decisivamente en el pronóstico de estos casos.

La transición que se presenta en estos momentos en salud en todo el mundo es mucho más marcada aún en zonas geográficas con condiciones de desarrollo socioeconómico, donde cierto tipo de patologías prevalecen y donde con menor desarrollo económico la mayoría de los casos son enfermedades infecciosas, en menor proporción son afecciones de tipo crónicas y en proporciones variables. Se ha podido observar a lo largo del tiempo, una tendencia común que ha ido mostrando el aumento progresivo de enfermedades crónicas, especialmente de tipo vascular, diabetes y cáncer.

Esta última que nos interesa, tiene un incremento significativo, de acuerdo a los datos disponibles del año 1999, con una población de 6 mil millones de habitantes, se han presentado 10 millones de casos nuevos de cáncer, se calculan 6 millones de muertes y un 50% se registra en países en vías de desarrollo. Para el año 2020 la población mundial será de 8 millones, con 20 millones de casos nuevos de cáncer, se calculan 12 millones de muertes un 70% se registrara en países en vías de desarrollo.

Se puede observar que América Latina está pasando por una transición epidemiológica y demográfica. La malnutrición, la mortalidad infantil y las enfermedades diarreicas están siendo reemplazadas por los infartos de miocardio, los accidentes cerebro vasculares, el cáncer y las muertes por accidentes: Las pirámides de población se van invirtiendo lentamente a medida que la población envejece y las tasas de fecundidad disminuyen. La urbanización está aumentando rápidamente, de 25% en los años cincuenta a una proyección de 80% para el 2010 en la región. La educación, el alfabetismo y el crecimiento de la clase media han producido una mayor concientización en materia de salud, al igual que una mayor comprensión y demanda de servicios de salud.

Las mujeres de clase media y alta con instrucción están trabajando ahora fuera del hogar, tienen menos hijos y los tienen a una edad avanzada. Viven más años y están expuestas a más medicamentos y contaminantes que sus madres y abuelas. Estas prácticas y exposiciones implican un mayor riesgo de contraer el cáncer mamario.

Todas estas mujeres han visto a otras padecer de cáncer mamario o sus consecuencias mutilantes. Temen el cáncer mamario más que cualquier otra enfermedad. Alentadas por las campañas contra el cáncer mamario, estas mujeres han comenzado a exigir que se tomen medidas contra esta patología en sus propios países, desde contar con medios de comunicación muy bien informados y que se pueda conocer las oportunidades de realizarse una mamografía y los centros de tratamiento.

En Bolivia pese a los esfuerzos realizados, la situación actual del cáncer en su detección y prevención es aún incipiente, lo mismo sucede en el tratamiento y es prácticamente nula en asistencia paliativa. Los esfuerzos son dispersos en sus ciudades principales, no hay coordinación entre las unidades oncológicas existentes y tampoco se tienen datos estadísticos fehacientes sobre los casos de cáncer del país, fuera de los datos de cada unidad.

Bolivia se halla en una etapa de transición en materia de salud en general, prevalecen las enfermedades infecciosas en altos índices, pero también hay una prevalencia importante de enfermedades emergentes como las cardiovasculares, diabetes y cáncer. Los casos de cáncer han ido en aumento paulatino, tomando como referencia los datos suministrados por los servicios especializados existentes.

Las diferencias son también manifiestas en cuanto a infraestructura, equipamiento y recursos humanos, siendo imprescindible establecer una cohesión, unificación de criterios, de esfuerzos y una política definida teniendo en cuenta los factores geográficos y epidemiológicos de cada región.

Pero, es importante cuestionarnos sobre si: ¿Es importante que se trabaje en promoción y prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación del cáncer de la glándula mamaria?. De esta manera se realizó una búsqueda bibliográfica para poder contar con elementos de juicio y poder tener un criterio sobre la inquietud planteada.

#### **Métodos.-**

Dentro de la búsqueda bibliográfica se utilizó documentos con información secundaria la cual fue recabada de:

El Programa de Salud Sexual y Reproductiva del Servicio Departamental de Salud Chuquisaca, donde se nos proporcionó las Normas Vigentes tanto de Salud Sexual y Reproductiva y la de Cáncer de Mama.

Se utilizó el Internet y a través de los motores de búsqueda y la aplicación de los Operadores Boleanos y Tip's para especificar mejor el tema a indagar. Se fue consultando bibliografía contenida dentro de Salud Sexual y Reproductiva, Ginecología y Salud Pública.

#### **Resultados.-**

Referirse al cáncer de mama en particular es tratar una enfermedad de origen desconocido y de consecuencias inciertas, con trascendencia sanitaria, psicológica y social. Es la neoplasia maligna más frecuente en la mujer occidental y la principal causa de muerte por cáncer en la mujer de Europa, Estados Unidos de Norteamérica, Australia y algunos países de América Latina. Se estima una incidencia de 700.000 casos nuevos cada año en el mundo y con alrededor de 300.000 fallecimientos anuales. Esta enfermedad se ha convertido en

una enfermedad de importancia creciente en todo el mundo. Las estimaciones, indican que en 1975, se diagnosticaron más de 500.000 casos nuevos y que en el año 2000, la incidencia mundial superó el millón de casos anuales.

Muchos países no han llevado registros fehacientes de la cantidad de casos estudiados, por lo que puede existir un subregistro en estos aspectos, los cuales deben ser enmendados con prontitud.

Esta patología ha sido considerada una enfermedad de las mujeres, aunque puede afectar a los hombres, con resultados igualmente letales.

Como es de conocimiento nuestro la glándula mamaria, forma parte del aparato reproductor en la mujer. Su dependencia hormonal, explica la dinámica de estos órganos, los cambios en su estructura, la aparición de enfermedades relacionadas con las diferentes edades, los cambios cíclicos hormonales, el embarazo, la lactancia y la menopausia. Siendo un órgano par, aumenta la exposición a la enfermedad y por ser un apéndice de la piel, es fácilmente accesible a la inspección y la palpación.

El cáncer de la glándula mamaria puede definirse como una alteración neoplásica caracterizada por la proliferación celular incontrolada y persistente en un área del tejido glandular mamario, de evolución lenta y asintomática; luego de 5 a 10 años, alcanza el estroma tisular, lo que contribuye a su diseminación a los ganglios linfáticos regionales y por vía hemática a órganos distantes (huesos, pulmón, hígado, cerebro, etc).

El cáncer de mama, es la causa más frecuente de mortalidad por neoplasia en el sexo femenino (1 de cada 9 mujeres padecerá esta enfermedad, 1 de cada 3 consultará al médico por una enfermedad mamaria, y aproximadamente 1 de cada 5, será sometida a una biopsia), pero los últimos adelantos en materia de diagnóstico y tratamiento, la posibilidad de detección precoz y la aplicación de nuevos métodos y esquemas terapéuticos, nos permiten ver con optimismo el pronóstico de los pacientes.

Los índices más elevados, se consignaron en Europa y Estados Unidos, aunque en estos países, el índice de crecimiento de la incidencia es mucho más lento que en los países en vías de desarrollo de Asia y Sudamérica.

Es ciertamente erróneo, pensar que la causa de esta enfermedad es una sola. Su desarrollo representa un proceso de múltiples etapas, probablemente afecta cada una de ellas por numerosos factores.

La experiencia induce a fomentar las prácticas de detección precoz del Cáncer de Mama, insistiendo a las mujeres jóvenes a que se adhieran a esas prácticas. Si hace algunos años era una excepción ver una neoplasia en mujeres con edades por debajo de los 50 años, hoy cada vez más se van incrementando en edades más tempranas.

Un diagnóstico de Cáncer de Mama altera la vida de la paciente, la de su familia y la de su entorno. Porque es un trauma que llega en un determinado momento de la vida; modifica los hábitos y costumbres cotidianas; puede alterar las relaciones de pareja; puede ocasionar un estrés emocional; genera tristeza y miedo al dolor, a la muerte; provoca incertidum-

bres; puede crear dependencias o limitar proyectos personales o profesionales y plantea dudas y preguntas.

Cuando se conoce el diagnóstico del Cáncer de Mama, es normal que la familia desee conocer si existen riesgos hereditarios y en la mujer pueden aparecer sentimientos de culpa ante la sola posibilidad o sensación de transmitir esa enfermedad a su descendencia. Habrá que insistir siempre, una y cuantas veces sean necesarias, sobre la importancia decisiva que tienen las prácticas y programas de detección precoz del Cáncer de Mama. Porque un diagnóstico precoz es hoy el mejor camino para conseguir una disminución significativa de la mortalidad. Y en este ámbito, defenderemos siempre que no puede existir discriminación alguna en las prácticas de detección precoz y en los tratamientos por razones económicas, de origen, creencias o simplemente por razones de residencia.

A pesar de las grandes diferencias existentes en la región en cuanto a la conceptualización y acciones referentes a esta temática, deben resaltarse las iniciativas realizadas hasta la fecha. En algunos países se han llegado a implementar servicios y programas a nivel gubernamental. No obstante, este tema aún genera conflicto por los tabúes y mitos existentes, y la educación si no toma en cuenta estos aspectos puede generar ideas erradas. Este fenómeno puede ocasionar que este tipo de programas pierdan continuidad y respaldo político. Asimismo, existe consenso en resaltar el deber de respetar los derechos del ser humano y la libertad en sus opciones y decisiones (que involucra aspectos de carácter biológico, psicológico, sociológico y cultural), por tanto, debe basarse en tres principios: individualización (tomar en consideración las diferencias individuales); respeto a la dignidad humana (valores personales y de grupo); libre determinación (frente a las alternativas existentes es la persona quién decide en última instancia).

#### **Discusión.-**

#### **Magnitud del problema a nivel mundial y Latinoamericano**

El cáncer de mama es la causa más común de muerte por cáncer en las mujeres de todo el mundo. Cada año se diagnostican por primera vez cáncer de mama en más de 1,1 millones de mujeres, y estos casos representan más de 10% de todos los casos nuevos de cáncer. Con más de 410.000 defunciones cada año, este padecimiento es la causa de 1.6 de las defunciones de mujeres en todo el mundo.

El cáncer de mama ya es un problema apremiante de salud pública en las regiones de altos recursos, y es un problema cada vez más mayor en las regiones de bajos recursos donde las tasas de incidencia se han incrementado hasta 5% por año. Por lo general en los países de bajos recursos el cáncer no es un asunto prioritario de atención de salud, porque las enfermedades infecciosas son el principal problema de salud pública en esos entornos. Sin embargo, inevitablemente se gastan recursos en el tratamiento del cáncer cuando los pacientes solicitan atención médica para lo que a menudo, es un padecimiento en estadios avanzados. El cáncer se convierte en un problema cada vez más significativo en dichos países conforme el control de enfermedades transmisibles mejora y la esperanza de vida se alarga. No obstante los obstáculos para mejo-

rar la atención del cáncer tienen muy diversos orígenes entre ellos la falta de conocimiento y concientización entre el público, las barreras sociales y culturales, los retos para la organización de la asistencia sanitaria y recursos insuficientes.

En los países desarrollados, se han definido y difundido normativas, basadas en evidencias, que describen las mejores estrategias para la detección temprana, el diagnóstico y el tratamiento del cáncer de mama. Estas normativas de los países ricos no se formulan en función de los recursos y, por lo tanto, no solo pasan por alto la distribución variable de los recursos en los lugares de los recursos donde los niveles generales de vida son altos, sino que son menos aplicables ante las ubicuas insuficiencias de infraestructura y recursos en los países con recursos limitados. Además, no están diseñadas para considerar los costos de ejecución ni para brindar orientación sobre cómo puede mejorarse gradualmente un sistema subóptimo para convertirlo en un sistema óptimo. Como señala la Organización Mundial de la Salud (OMS), las normativas que definen la atención y los servicios óptimos para la salud mamaria son poco útiles en los países con recurso limitado. Por todo lo anterior, hace falta una orientación que tome en cuenta los recursos disponibles para definir las estrategias que permitan reducir la carga que genera el cáncer de mama en los entornos donde no es factible brindar una atención óptima. La formulación de normativas internacionales para la atención de salud de la mama basada en evidencias, dirigidas a los países o regiones del mundo con recursos financieros limitados, es un paso crucial para mejorar la atención de la salud mamaria y del cáncer mamario en dichas regiones. Si bien las normativas existentes suponen en general un nivel alto de recursos, y por consiguiente son poco útiles en muchas partes del mundo, la evidencia actual que respalda la utilidad de un diagnóstico más temprano, así como de un diagnóstico y un tratamiento rentables, también pueden aplicarse para definir las "prácticas óptimas con recursos limitados" basadas en evidencias para la atención de la salud mamaria en los países donde el acceso a la asistencia sanitaria es limitado. Asimismo, hay poca conciencia sobre el cáncer de mama y existen barreras culturales que impiden una atención eficaz. Al describir un método sistemático y secuencial para establecer un programa de atención de la salud mamaria, las normativas para esos países pueden favorecer el uso de estrategias de asistencia sanitaria diferentes a las que se emplean en los países con un alto nivel de recursos, y no obstante mejorar en forma cuantificable los desenlaces del cáncer de mama, al lograr la mejor norma de atención que sea práctica en ese entorno.

Para ser aplicables y eficaces, estas normativas deben ir más allá de una mera síntesis de la investigación basada en evidencias: deben reconocer, y a veces incluso desafiar, los valores implícitos en la manera como se han formulado las preguntas relativas a la práctica y como se han elegido los resultados dentro de un sistema de atención de salud. Las inequidades en materia de género en el ámbito de la salud son consecuencia de la desigualdad fundamental entre los hombres y las mujeres en muchas sociedades. A pesar de la importancia de los factores socioeconómicos, la salud de las mujeres también se ve afectada en gran medida por la amplitud y calidad de los

servicios de salud con los que cuentan, por estos aspectos, en la Cumbre Mundial del 2002, se adoptaron dos axiomas como principios para la formulación de normativas:

- todas las mujeres tienen derecho a acceder a la atención de salud, aunque, cuando los recursos son limitados, se afrontan retos considerables para aplicar los programas de atención de salud de la mama;
- todas las mujeres tienen derecho a recibir educación acerca del cáncer de mama, pero esta debe ser culturalmente apropiada, dirigida y adaptada a cada población específica. Un análisis de los datos publicados y presentados confirmó que, en los países con recursos limitados, la mayoría de las mujeres padecen cáncer de mama avanzado o metastásico al momento del diagnóstico. Como resultado de dicho análisis basado en evidencias y de la discusión de consenso, se hicieron cuatro observaciones:
- dado que el cáncer de mama avanzado tiene la sobrevivencia más baja y es el que consume más recursos para el tratamiento, las medidas encaminadas a la detección temprana pueden contribuir al diagnóstico más precoz, con la consiguiente mejoría en las probabilidades de sobrevivencia y curación, y hacen posible un tratamiento más sencillo y económico. Es probable que tales medidas ofrezcan el mayor beneficio general, tanto en términos de sobrevivencia como de costos;
- hace falta establecer programas específicos para la situación de cada país en particular;
- el establecimiento de centros oncológicos puede ser una manera rentable de brindar atención contra el cáncer de mama a cierto número de mujeres cuando todavía no sea posible brindar esa misma atención a las mujeres de todo el país;
- es indispensable recopilar información sobre el cáncer de mama para decidir la mejor manera de aplicar los recursos y para cuantificar los avances.

### Bolivia

El cáncer de mama en Bolivia se convirtió desde hace mucho tiempo en un problema serio. De acuerdo con el Ministerio de Salud se había manifestado que, cada dos días fallecía una mujer a causa de esta enfermedad, pues en la mayoría de los casos las portadoras de este acuden demasiado tarde a los servicios médicos.

El 2004 se propuso como línea estratégica del Programa de Salud Sexual y Reproductiva, promover una campaña de información entre la población boliviana la cual debiera despertar la conciencia de las mujeres de todas las edades sobre la importancia de acudir a los centros de salud para someterse a exámenes de mamografía; esto basado en un estudio que determinó que cada año se detectaban 771 casos nuevos, de los cuales se producían 247 muertes por año a causa de esta enfermedad y por lo que cada dos días una mujer fallecía producto de esta patología. Se pretendió en esa gestión prevenir esta enfermedad con el examen de mamografía al que debían someterse mujeres entre los 18 a 60 años tratando de detectar el cáncer en su fase inicial, como bien se conoce la mamografía es un examen que tiene un costo alto y que sólo abarata costos cuando se realizan las campañas en hospitales, fundaciones y ONG's haciéndose más accesible al bolsillo de la población.

Pero, debido a estas inquietudes desde hace ya varios años se buscaba pasar de un sistema de salud basado en la enfermedad a uno enmarcado en la promoción de la salud y la prevención de las enfermedades, ya que un sistema con enfermos satura la consulta oncológica con casos avanzados e incurables, por eso es necesario contar con un método de atención gineco-oncológica más ocupado en el tratamiento de enfermedades tempranas a través de un programa de promoción, prevención, detección, control, seguimiento y de rehabilitación. Actualmente en Bolivia, la información sobre el cáncer de mama es bastante escasa; los siguientes datos son el resultado de investigaciones aisladas de instituciones y personas sensibilizadas con la problemática de esta patología.

Pocos servicios del Sistema Nacional de Salud disponen de la tecnología adecuada (mamografía) para el tamizaje y el diagnóstico del cáncer de mama, lo cual excluye a la población femenina de bajos ingresos, por el alto costo de este examen (accesibilidad económica).

El panorama de la incidencia del cáncer de mama es diferenciado por departamentos, aunque siempre ocupan los dos primeros lugares de total de patologías. Por ejemplo: según los datos obtenidos del Instituto Nacional de Cancerología Cupertino Arteaga, en el departamento de Chuquisaca el cáncer de mama tuvo una incidencia del 12% entre el 2005 y 2006, solo antecedido por el cáncer de cuello uterino, con un 50% del total de cánceres registrados en este departamento. Los datos del Hospital Viedma del departamento de Cochabamba, entre el 2003 y el 2007, la incidencia del cáncer de mama alcanzó a un 26% del total de este tipo de patologías. Seguido por el cáncer cervico uterino 22,4%. En el departamento de Tarija la incidencia del cáncer de mama alcanzó a un 8%.

En la ciudad de La Paz, el cáncer de mama ocupa el segundo lugar con el 20,4%, mientras que en el departamento de Oruro representa el 11,6% del total; en Potosí, la incidencia del cáncer de mama alcanzó a un 12,5%.

En Bolivia, el 26,57% por cada 100 mil mujeres han desarrollado cáncer de mama, mientras que la mortalidad por esta patología alcanza a 8,71% de cada 100 mil mujeres.

### Cuadro 1. América Latina: Incidencia y mortalidad del cáncer de mama.

País	Incidencia / 100000	Mortalidad / 100000
Argentina	64.71	21.73
Bolivia	26.57	8.71
Brasil	46.35	15.01
Chile	37.97	12.73
Colombia	33.04	10.16
Ecuador	23.96	7.69
Guayana	34.25	11.11
Paraguay	29.01	9.34
Perú	30.29	9.5
Surinam	29.73	9.93
Uruguay	79.95	26.27
Venezuela	36	11.56

Fuente: E. Cotelio. Septiembre 2004. Rio, Globocan 2000 IARC. Cáncer Base

## Problemas identificados

- Desconocimiento por parte de la población del origen del cáncer de mama, las características de diagnóstico y la posibilidad de intervención oportuna.
- Barreras culturales y sociales.
- Falta de políticas de salud con enfoque preventivo social del cáncer de mama.
- Ausencia de un abordaje integral de cáncer femenino, por el recurso humano que trabaja en el establecimiento de salud.

## Cáncer de mama y factores de riesgo

Muchas mujeres en América Latina piensan que el cáncer de mama no les afectará porque nadie en su familia cercana ha padecido de esta enfermedad. Esto, simplemente, no es verdad y lo que sí es verdad sobre esta patología es:

- Que todas las mujeres están bajo riesgo de desarrollar cáncer de mama.
- Que nadie sabe quién va a contraer el cáncer de mama.
- Que al envejecer se aumenta el riesgo.
- Que la mayoría de los cánceres de mama ocurren en mujeres que no tienen antecedentes familiares de la enfermedad.

Los factores de riesgo no predicen con exactitud las probabilidades que tiene la mujer en América Latina de contraer la enfermedad. Sin embargo, conociendo cuáles son los factores de riesgo más comunes, el paciente y su médico pueden evaluar las medidas que deben adoptar.

### Factores de riesgo para cáncer de mama

Existen algunos que son modificables y otros que no lo son. A continuación se detalla **los riesgos inmodificables:**

**Edad:** Más del 80 por ciento de los casos de cáncer de mama ocurren entre las mujeres de 50 años en adelante.

**Género:** El hecho de ser mujer es el factor de riesgo más importante. Menos de un uno por ciento de los casos de cáncer de mama ocurren en los hombres.

**Genes:** Ciertas mutaciones genéticas incrementan el riesgo de cáncer de mama.

**Historia familiar:** Tener una madre, hermana, o hija que padezca cáncer de mama incrementa el riesgo.

**Historia personal:** Una mujer con cáncer en una mama tiene mayor riesgo de desarrollar cáncer en la otra mama o en otro, lugar del mismo seno.

**Raza:** Las mujeres blancas, incluidas las latinoamericanas, tienen un riesgo mayor que las mujeres negras o asiáticas de desarrollar cáncer de mama.

**Menstruación / Menopausia:** Las mujeres que tuvieron su primera menstruación antes de los 13 años o a quienes les llegó la menopausia después de los 50 se encuentran entre las mujeres que presentan un mayor riesgo de padecer la enfermedad.

### Factores de riesgo que pueden ser modificados

**Embarazo / Lactancia:** Las mujeres que tienen un bebé antes de los 30 años, aquellas que tienen bastantes hijos y las que amamantan están en menos riesgo de padecer cáncer de mama.

**Anticonceptivos orales:** El uso prolongado y a largo tiempo de las píldoras anticonceptivas puede incrementar ligeramente, en algunos casos, el riesgo de padecer cáncer de mama.

**Terapia de reemplazo hormonal:** Utilizar una terapia de reemplazo hormonal combinada (estrógeno más progesterona) por más de 5 años, incrementa el riesgo de padecer cáncer de mama.

**Peso:** La obesidad puede incrementar el riesgo de padecer cáncer de mama, especialmente después de la menopausia.

**Alcohol:** Tomar regularmente más de dos unidades de alcohol por día incrementa el riesgo de tener cáncer de mama.

**Radiación:** Mujeres expuestas a altos niveles de radiación, particularmente en el área del pecho (por ejemplo como parte del tratamiento de radiación para tratar otros tipos de cáncer en la niñez) se encuentra en mayor riesgo.

**Ejercicio:** A pesar de que aún resulta un tema controversial, muchos estudios han sugerido que el ejercicio puede proteger contra esta patología.

El cáncer de mama es un problema de salud pública cuyo impacto negativo puede ser reducido significativamente con programas con componentes de control. Estos programas deben incorporarse a todos los niveles del sistema de atención a la salud. El contacto con la población se produce a través de la estructura de atención primaria, como las clínicas o centros de salud de la comunidad, donde se debe efectuar todas las acciones posibles para detectar esta enfermedad. Las mujeres detectadas como portadoras de esta patología deben ser referidas a servicios de ginecología para su confirmación diagnóstica, su control efectivo y el tratamiento adecuado.

Un programa de control de cáncer de mama puede tener prioridad diferente en los países. No puede esperarse tampoco que sea exitoso si no se inserta en el sistema general de servicios de salud. Se debe disponer de los recursos humanos y materiales adecuados para apoyar la nueva función y el número adicional de pacientes que estarán sujetos a diagnóstico y tratamiento. El programa de control de cáncer de mama debe operar a escala nacional, aunque las actividades de control pueden iniciarse a escala local: provincial, municipal, distrital de ciudad o aún en sectores de ciudades.

Con el propósito de asegurar los recursos necesarios para iniciar un programa de control, el Ministerio de Salud de cada país debe establecer alguna clase de registro de los casos de cáncer de mama. Los registros pueden cubrir divisiones políticas, tales como: estados, provincias, distritos o áreas urbanas definidas. Debe obtenerse información relacionada con la ocurrencia de cáncer de mama para determinar las poblaciones de alto riesgo, hacia las cuales dirigir programas efectivos y para evaluar y modificar dichos programas. En general, se debe mantener registros apropiados para el monitoreo y evaluación de los programas de control.

Los registros apropiados deben no solamente ser capaces de captar el número de pacientes que reciben atención por esta patología, sino incluso conocer y hacer un seguimiento del por qué las mujeres no demandan los servicios de detección temprana del cáncer de mama, así de esta manera determinar exactamente si los enunciados que a continuación se describen también son importantes para contribuir en la disminución de la morbimortalidad por esta enfermedad.

**Barreras de Información,** puesto que la falta de conocimientos y conciencia acerca del cáncer de mama se constituye en

uno de los principales obstáculos por lo que las mujeres no se someten a exámenes de detección. Los programas deben llegar a aquellas mujeres de más alto riesgo con mensajes que las impulsen a buscar servicios de prevención de esta enfermedad de manera temprana.

**Barreras Psicológicas**, las mujeres podrían mostrarse reacias a someterse al examen de mama por vergüenza y/o temor del procedimiento y a que el resultado sea cáncer.

**Barreras sociales y culturales**, que se refieren a la influencia o presión de la familia, sobre todo del esposo y de su entorno de amistades que impiden a la mujer acudir en busca de atención médica basado en creencias muchas veces erradas. Esta barrera también se refiere a que los programas deberían proveer servicios de detección, tratamiento y seguimiento que responda a las preocupaciones y necesidades de las mujeres de una manera respetuosa y culturalmente apropiada.

Si se logran vencer estas barreras, suponemos que la Red de Servicios de Salud existente en el departamento de Chuquisaca será eficiente para atender las necesidades de la realización de pruebas de detección de cáncer de mama. Mejorar el sistema de recolección utilización de la información en el servicio lo cual no debe representar mayor dificultad que una estricta coordinación entre los sectores implicados.

La Red de Servicios de Salud también tiene la capacidad de resolver el problema de los tratamientos oportunos a las mujeres, y principalmente se necesita, desde un punto de vista económico, voluntad política para asignar presupuestos a los tratamientos que requieran costos elevados y/o estrategias para incrementar estos presupuestos.

Se debe hacer un trabajo donde se incremente la demanda de este servicio de detección. El nuevo modelo de gestión en salud contempla la creación y la participación de redes sociales formadas por organizaciones de base quienes entre otras cosas, tienen la misión de apoyar y proponer los planes de salud necesarios en su zona.

La infraestructura física y social esta creada. Lo que se requiere es fortalecer esta estructura mediante el análisis y la toma de decisiones conjuntas.

### Conclusiones.-

Para la mujer la glándula mamaria tiene no sólo un significado estético, sino que adquiere un papel primordial como órgano sexual secundario, por ello es que el médico que se enfrenta con estos problemas debe conocer y familiarizarse con la promoción, prevención el estudio y el manejo clínico sobre la terapéutica quirúrgica y por último, no olvidar de la rehabilitación tanto órgano funcional como psíquica.

Conocer los factores de riesgo no es un sustituto para los autoexámenes mensuales, las visitas regulares al médico o una mamografía periódica.

Debemos considerar el hecho de que por el momento, la prevención primaria del cáncer de la mama, no deja de ser una aspiración ideal (disminución de la grasa en la dieta, ingesta de fibras, etc.), ya que no se han podido establecer hasta el momento, factores ambientales debidamente documentados, aunque se tienen datos epidemiológicos y de laboratorio que nos indican la posibilidad de la participación de factores genéticos, endocrinos y dietéticos.

Es de extrema importancia destacar que la prevención secundaria, basada en el autoexamen mamario, los controles periódicos, mamografía y la ecografía, son el pilar fundamental que conduce a la posibilidad cierta de modificar la morbilidad y mortalidad relacionadas con el cáncer de mama.

Pero, el gran paso que realmente va a contribuir a tener un gran impacto y éxito del programa es darle una nueva tónica a la guías clínicas de tratamiento, donde también se puedan tomar en cuenta los caminos de interrelación entre los diferentes servicios de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación por donde van a pasar cada una de estas pacientes.

### REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1.- Peralta M. O. Cáncer de mama en Chile, datos epidemiológicos. Revista Chilena de Obstetricia y ginecología v. 67 N°. 67 N°.6 Santiago. 2002. Pág. 439-445.
- 2.- Diario Opinión. En Bolivia cada dos días muere una mujer por cáncer de mama. Cochabamba Bolivia. 2004. [www.opinion.com.bo](http://www.opinion.com.bo)
- 3.- Ministerio de Salud y Deportes. Estado Plurinacional de Bolivia. Plan Nacional de prevención, control y seguimiento de cáncer de mama. 2009-2015. Serie de Documentos Técnicos – Normativos. Publicación 120. La Paz – Bolivia. 2009.
- 4.- Ministerio de Salud y Deportes. Guías de Práctica Clínica y Oncológica. Serie de Documentos Técnicos. Publicación 11. La Paz – Bolivia. 2002.
- 5.- Ministerio de Salud y Deportes. Compendio de Estadísticas de defunción de Bolivia: 1995- 2001. Serie de Documentos de Divulgación Científica. Subserie: N° 2 Mortalidad. Septiembre 2005.
- 6.- De la Garza N JM, Márquez Acosta G. Cáncer de Mama. [www.facmed.unam.mx/familiar/atfam7-4/mama74.html](http://www.facmed.unam.mx/familiar/atfam7-4/mama74.html).
- 7.- D' Agostino R.O. Castañeda A. Di Iorio F.J. Epidemiología del cáncer de mama en el Distrito II. Avellaneda, Abril. 2002.
- 8.- Masood S. The Breast Journal. Norms Internacionales para la Salud de la Mama y el control del Cáncer de Mama. La iniciativa Mundial de salud de la mama (BHGI). Volumen 13, Suplement 1, May/June 2007.
- 9.- Ministerio de Salud y Deportes. Estado Plurinacional de Bolivia. Plan Estratégico Nacional de Salud Sexual y Reproductiva. 2009-2015. Serie de Documentos Técnicos – Normativos. Publicación 140. La Paz – Bolivia. 2009.
- 10.- Organización Panamericana de la Salud. Manual de Normas y procedimientos para el control de cáncer de mama. Serie PALTEX. Para ejecutores de programas de salud. N° 6. 1990.