

# Conocimiento, actitudes y práctica del control mamario en centros de atención primaria: impacto en epidemiología del cáncer de mama en San Rafael, Mendoza

Juan Ignacio Peralta Lorca,\*

Francisco Javier Gerardi,\*

Pablo Alonso,\*\*

Javier I. J. Orozco\*\*\*

## RESUMEN

### Introducción

El cáncer de mama es el cáncer de mayor frecuencia en mujeres a nivel mundial y la principal causa de muerte por cáncer en mujeres en países en desarrollo.

### Objetivos

Los objetivos principales de este estudio fueron: evaluar las características clínico-patológicas de las pacientes con cáncer de mama en el Hospital Público Regional de San Rafael, Mendoza; y, adicionalmente, determinar el conocimiento de una cohorte independiente de mujeres con respecto a los controles mamarios en los Centros de Salud periféricos de esta ciudad.

### Material y método

Para el análisis epidemiológico del cáncer de mama en San Rafael, se consultó el Registro Provincial de Tumores de Mendoza.

Para estudiar las variables clínico-patológicas, se realizó un estudio descriptivo, de tipo transversal, de 51 pacientes consecutivos con diagnóstico de cáncer de mama, durante el período enero de 2014 a julio de 2016, en el Servicio de Ginecología del Hospital “Teodoro Schestakow” de la Ciudad de San Rafael, Mendoza.

\* Servicio de Ginecología del Hospital Schestakow, San Rafael, Mendoza, Argentina.

\*\* Servicio de Ginecología del Hospital Universitario, Universidad Nacional de Cuyo, Mendoza, Argentina.

\*\*\* Postdoctoral fellow, John Wayne Cancer Institute, Santa Monica, California, USA.

Correo electrónico de contacto:  
juanignacioperaltalorca@hotmail.com

Para determinar el nivel de conocimiento con respecto al control mamario, se realizaron encuestas en centros de salud periféricos de los barrios Pueblo Diamante, Constitución, El Molino, Villa Laredo y El Sosneado, de San Rafael, con previa autorización de la Dirección del Área Municipal de Salud.

## Resultados

El cáncer de mama en la mujer correspondió al 33,9% de todos los cánceres en el período 2008-2012, acorde al Registro Provincial de Tumores. La edad promedio al momento del diagnóstico fue de 53 años (rango: 24-81 años). Se diagnosticaron estadios avanzados (III y IV) en el 41,2% de las pacientes. El 96,1% de las pacientes presentó sintomatología mamaria al momento del diagnóstico, siendo el tumor mamario (en autoexamen) el más frecuente. Solo el 22% de las mujeres encuestadas realiza el control mamario anual; y solo el 7% de las pacientes refiere que se les efectúa examen mamario en la consulta médica.

## Conclusiones

El diagnóstico de cáncer de mama en San Rafael se realiza principalmente en pacientes sintomáticas, lo que refleja las carencias en el diagnóstico precoz, en los controles mamarios y en la información de la población femenina. Esto representa una oportunidad para realizar campañas de prevención dirigidas a la población, así como educación de los efectores de salud de los centros periféricos.

## Palabras clave

Cáncer mama. Diagnóstico precoz. Mamografía.

## SUMMARY

### Introduction

Breast cancer is the most frequent cancer in women globally, and the leading cause of cancer death in women in developing countries.

### Objectives

The main purposes of this study were to evaluate the clinical-pathological characteristics of breast cancer patients at the Regional Public Hospital of San Rafael, Mendoza; and additionally determine the knowledge of an

independent cohort of women with respect to the breast controls in peripheral primary care centers of this city.

### Materials and method

For the epidemiological analysis of breast cancer in San Rafael, the Provincial Registry of Tumors (Mendoza) was consulted.

To evaluate the clinical-pathological characteristics of patients at the Regional Public Hospital of San Rafael, Mendoza, a descriptive and cross-sectional study of 51 patients diagnosed with breast cancer, from January 2014 to July 2016, was carried out.

To determinate the knowledge level, attitudes and practice with respect to breast controls in primary care centers we carried out several surveys of an independent cohort of women in peripheral primary care centers of this city.

### Results

Breast cancer in women accounted for 33.9% of all cancers in the 2008-2012 period, according to the Provincial Registry of Tumors. The mean age at diagnosis was 53 years (range: 24-81 years). Advanced breast cancer (stages III and IV) was diagnosed in 41.2% of the patients. Breast clinical manifestations were detected in 96.1% of the patients at the time of diagnosis, being the breast lump (in self-examination) the most frequent symptom. Only 22% of the women surveyed performed annual breast control, and only 7% of the patients reported having a breast exam at the medical visit.

### Conclusions

The diagnosis of breast cancer in San Rafael is performed mainly in symptomatic patients, reflecting the deficiencies in the early diagnosis, in the breast controls and lastly in the female population knowledge. This represents an opportunity to carry out prevention campaigns toward the population as well as education of the health effectors at the peripheral health centers.

### Key words

Breast cancer. Early diagnosis. Mammography.

## INTRODUCCIÓN

El cáncer de mama es la causa más frecuente de cáncer en la mujer en el mundo, con una incidencia de 1.676.633 de casos nuevos, representando el 25,2% de todos los cánceres.<sup>1</sup> La tendencia en la incidencia varía acorde a la región. En regiones desarrolladas, la incidencia aumentó en la década de 1980 debido a la incorporación de la mamografía, declinando en la década de 2000 por la disminución en el uso de la terapia hormonal de reemplazo.<sup>1</sup>

Con una mortalidad global de 521.817 (14,7 %), es la primera causa de muerte por cáncer en mujeres en países en desarrollo y la segunda causa en países desarrollados luego del cáncer de pulmón.<sup>2</sup> En países desarrollados, se ha observado una disminución de la mortalidad del 36% desde 1989 a 2012, la cual es atribuida a los avances en métodos de detección precoz y a la incorporación de tratamientos adyuvantes más eficaces.<sup>1</sup> La mortalidad por cáncer mamario en América es de 9,7 por 100.000, siendo Argentina, con 19.386 casos nuevos al año, el segundo país americano con mayor índice de mortalidad: 17,73 por 100.000 –5.376 muertes al año–.<sup>3</sup> En Argentina, la mortalidad disminuyó aproximadamente un 20% en la última década, en forma estadísticamente significativa.<sup>4</sup> Pero, al desagregar por regiones, el descenso es menos marcado; solo la tendencia de la región Centro fue significativa.<sup>5</sup>

Las tasas de supervivencia de las pacientes con cáncer de mama varían de acuerdo con muchos factores, tales como la edad al momento del diagnóstico, el estadio tumoral inicial, el comportamiento biológico del tumor y el tratamiento instaurado. Por ejemplo, la tasa de mortalidad específica por cáncer de mama a 20 años en Carcinoma Ductal *in situ* (CDIS) es de 3,3%,<sup>6</sup> mientras que las tasas de mortalidad a 5 años por cáncer de mama metastásico son del 75% aproximadamente.<sup>7</sup> Otro factor importante es el nivel de información de la población con respecto a prevención en cáncer de mama, debido a que la falta de conocimiento puede impactar en la mortalidad mostrando diferencias en el estadio al momento del diagnóstico, tanto como en el acceso, adherencia y respuesta al tratamiento.<sup>1</sup>

La Provincia de Mendoza, dentro de la región de Cuyo, es una de las zonas con mayor mortalidad por cáncer de mama del país.<sup>8</sup> San Rafael es el segundo departamento mendocino en densidad de población, después del Gran Mendoza: cuenta con una población de 188.000 habitantes, y 110.000 concentrados en la ciudad cabecera del departamento, San Rafael.<sup>9</sup> El Hospital “Teodoro Schestakow” es un hospital público, provincial y regional, de complejidad Categoría IIIB, de referencia para los departamentos de San Rafael, General Alvear y Malargüe. No existen datos publicados en la actualidad con respecto al conocimiento de la comunidad sanrafaelina sobre la realización de los controles mamarios y a cómo se reflejan en esta población los datos obtenidos de las características de las pacientes diagnosticadas y tratadas por cáncer de mama.

## OBJETIVOS

1. Realizar un análisis epidemiológico del cáncer de mama en el Departamento de San Rafael.
2. Describir las variables clínico-patológicas de las pacientes diagnosticadas y tratadas por cáncer de mama en el Hospital Regional de San Rafael “Teodoro J. Schestakow”.
3. Establecer el nivel de conocimiento con respecto al control mamario en mujeres que concurren a control en centros periféricos de atención primaria de la salud en San Rafael.

## MATERIAL Y MÉTODO

• *Análisis epidemiológico del cáncer de mama en San Rafael: se consultó el Registro Provincial de Tumores de Mendoza.* Para determinar la incidencia de cáncer de mama en el Departamento de San Rafael, se consultó al Registro Provincial de Tumores de Mendoza, que depende de Coordinación de Epidemiología, Subsecretaría de Salud, Ministerio de Salud, Desarrollo Social y Deportes, Gobierno de Mendoza. Se evaluaron los quinquenios 2003-2007 y 2008-2012, considerando el número total de casos y las tasas de incidencia ajustada por edad en la población mundial.

• *Variables clínico-patológicas del cáncer de mama en el Hospital Regional de San Rafael.* Se realizó un estudio descriptivo, de tipo transversal, de 51 pacientes consecutivos con diagnóstico de cáncer de mama, durante el período enero 2014- julio de 2016, en el Servicio de Ginecología del Hospital “Teodoro Schestakow” de la Ciudad de San Rafael, Mendoza. Se consideraron solo las pacientes que concurren al servicio por primera vez, excluyendo las pacientes diagnosticadas y/o tratadas previamente, en seguimiento oncológico mamario o que concurren por recidiva o progresión de enfermedad local o a distancia. Se evaluaron las siguientes variables clínico-patológicas: 1) edad al diagnóstico; 2) estatus menopáusico (pre menopausia o post menopausia); 3) presentación (clínica o subclínica); 4) localización (mama y cuadrante mamario); 5) estadio al momento del diagnóstico;<sup>10</sup> 6) variedad histopatológica;<sup>11</sup> 7) tratamiento inicial realizado.

• *Nivel de conocimiento con respecto al control mamario.* Se realizaron encuestas en centros de salud periféricos de los barrios Pueblo Diamante, Constitución, El Molino, Villa Laredo y El Sosneado, de San Rafael, con previa autorización de la Dirección del Área Municipal de Salud. Se incluyó a 97 mujeres que asistieron a los centros de atención primaria de la salud en forma espontánea y por diversas patologías, siendo requisito para ser interrogadas tener al menos 18 años y acceder a responder anónima

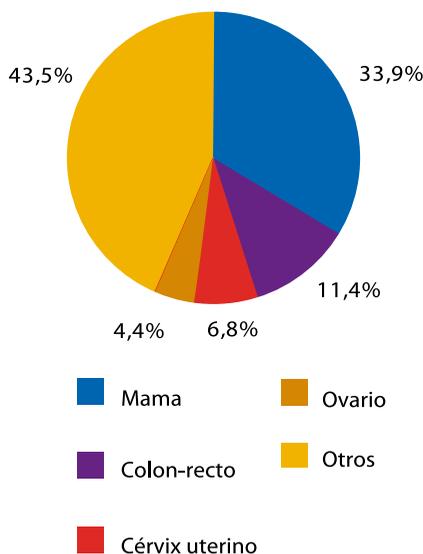
y voluntariamente la encuesta que se les realizó verbalmente con el planeamiento previamente elaborado, logrando que la paciente (de diverso grado de alfabetización) comprendiera y respondiera a nuestra encuesta. La base de planificación consistió en un interrogatorio oral sobre los siguientes datos: edad; máximo nivel de escolaridad alcanzado (ninguno, primaria completa o incompleta, secundaria completa o incompleta, terciario/universitario completo o incompleto); realización de control anual mamario; antecedentes familiares de cáncer de mama; visita periódica al clínico y/o ginecólogo; realización del examen clínico mamario en sus consultas; realización de mamografía alguna vez y efectivización de sus mamografías anuales; realización de autoexamen mamario. También se interrogó sobre el conocimiento de la paciente respecto de cuándo recurrir al médico ante síntomas de alarma en patología mamaria.

## RESULTADOS

### Análisis epidemiológico del cáncer de mama en San Rafael

La tasa de incidencia ajustada por edad (mundo) de cáncer de mama en la Provincia de Mendoza fue de 73,2/100.000 habitantes y 73,4/100.000 habitantes durante los quinquenios 2003-2007 y 2008-2012 respectivamente. El número total de cáncer de mama diagnosticado fue de 3.724 y 3.977 pacientes en los quinquenios 2003-2007 y 2008-2012 respectivamente en toda la provincia. En el departamento de San Rafael, durante el quinquenio 2003-2007, se diagnosticaron 362 pacientes con cáncer de mama, representando el 32,5% de todos los cánceres en la mujer. Consecutivamente, durante el quinquenio 2008-2012, se registró un aumento en la incidencia, con 412 nuevos casos, representando el 33,9% de todos los casos de cáncer en la mujer (Gráfico 1). Las tasas de incidencia ajustada por edad (mundo) de cáncer de mama en San Rafael fueron de 65,5/100.000 habitantes y 69/100.000 habitantes durante los quinquenios 2003-2007 y 2008-2012 respectivamente.<sup>12</sup>

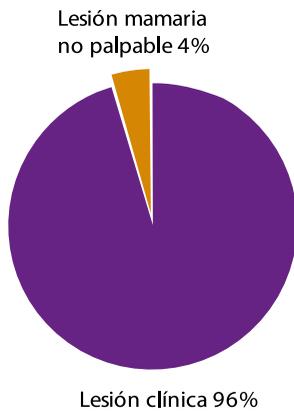
Gráfico 1. Incidencia de cáncer en mujeres. San Rafael. Quinquenio 2008-2012



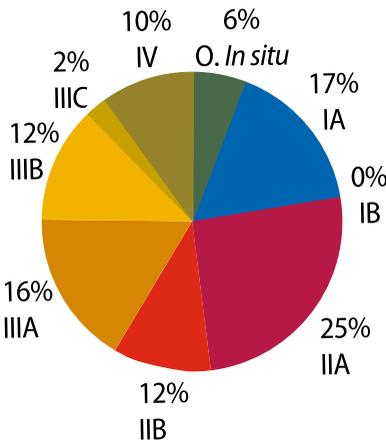
### Variables clínico-patológicas del cáncer de mama en el Hospital Regional

La edad promedio de las 51 pacientes al momento del diagnóstico fue de 53 años, con un rango etario de 24 a 81 años: 10 pacientes (19,6%) eran menores de 40 años al diagnóstico; 14 pacientes (27,5%) pertenecían al grupo etario entre 40 a 49 años; 10 pacientes (19,6%) tenían entre 50 y 59 años; en 12 pacientes (23,5%) la edad era de entre 60 y 69 años; y 5 pacientes (9,8%) presentaron 70 o más años al momento del diagnóstico. Del total de pacientes, 24 fueron premenopáusicas al momento del diagnóstico y 26 postmenopáusicas. Y se diagnosticó 1 caso en hombres (2%).

**Gráfico 2. Presentación clínica de las pacientes diagnosticadas en el Hospital Regional “Teodoro Schestakow”**



**Gráfico 3. Estadios en diagnóstico y tratamiento. Hospital Regional “Teodoro Schestakow”**



Los estadios de presentación al momento del diagnóstico fueron: Estadio O: 3 pacientes (5,6%); Estadio I: 8 pacientes (15,7%); Estadio II: 19 pacientes (37,2%); Estadio III: 16 pacientes (31,4%); y Estadio IV: 5 pacientes (9,8%).

Las que consultaron con lesión clínica (todas por autoexamen) fueron 49 pacientes (96,1%) de las 51 tratadas; hubo solo 2 (3,9%) con diagnóstico subclínico por detección imagenológica (mamografía y ecografía mamaria), ambas dentro del Estadio I (Gráfico 2).

De las 49 pacientes que presentaron lesión mamaria clínica, 41 (83,7%) manifestaron tumoración mamaria; 2 (4,1%) presentaron adenomegalia axilar sin tumor palpable mamario (una de las cuales se diagnosticó como tumor oculto); 2 (4,1%) presentaron telorragia (de las cuales una paciente resultó CDIS y la otra Estadio IA); 4 (8,2%) pacientes concurren con lesión ecematoide mamaria en complejo areola-pezones con diagnóstico en biopsia insinacional de Enfermedad de Paget (dos CDIS, una Estadio IA y la otra paciente con metástasis hepática) (Gráfico 3).

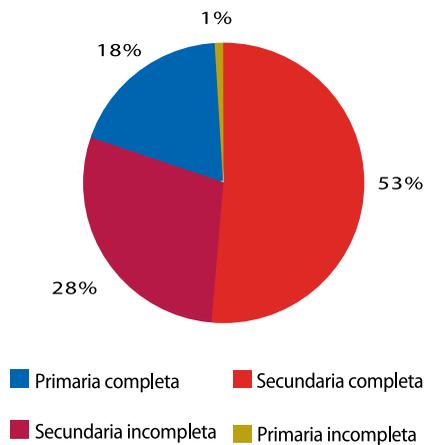
En lo que se refiere a la localización mamaria, encontramos 24 pacientes (47,1%) con carcinoma en mama derecha, 25 (49%) en mama izquierda, 2 bilaterales (3,9%), con mayor frecuencia –en ambas mamas– en cuadrante supero-externo. Las variedades histopatológicas fueron: carcinoma ductal invasor, 39 pacientes (76,5%); carcinoma lobulillar invasor, 5 pacientes (9,8%); 1 paciente con carcinoma papilar (2%); 1 paciente con carcinoma oculto (2%); y 5 pacientes (9,8%) con Enfermedad de Paget.

El diagnóstico anatomopatológico en su mayoría –30 pacientes (59 %)– fue por biopsia con aguja gruesa (*core biopsy*); en las 5 pacientes (9,8%) que presentaron Enfermedad de Paget, el diagnóstico histopatológico se realizó por punch; y el resto –16 pacientes (31,4%)– de los diagnósticos se hizo por biopsia intraoperatoria.

El tratamiento inicial luego de la estadificación del carcinoma mamario fue mayormente quirúrgico (40 pacientes –78,4 %–), realizándose cirugía mamaria conservadora en 27 pacientes (67,5% del tratamiento quirúrgico inicial), mastectomía radical modificada en 12 pacientes (30% del tratamiento quirúrgico inicial) y 1 vaciamiento axilar (2,5%) en la paciente que presentó carcinoma oculto. Se llevaron a cabo 23 biopsias de ganglios centinelas (BGC), resultando negativas para invasión neoplásica en 14 pacientes (60,9% de las BGC).

El tratamiento sistémico de inicio fue el siguiente: en 6 pacientes quimioterapia neoadyuvante; y en 5 pacientes diagnosticadas con Estadio IV quimioterapia paliativa.

**Gráfico 4. Escolaridad de las pacientes encuestadas en Centros de Salud**



### Nivel de conocimiento con respecto al control mamario

Se interrogó a un total de 97 pacientes mujeres, con una media etaria de 50 años (rango de 22 a 73 años). Respecto de la escolaridad, 51 pacientes tenían secundaria completa (53%); entre las demás, todas presentaban algún grado de escolaridad (1 sola paciente refirió primaria incompleta). Todas las pacientes interpretaron bien el cuestionario. (Gráfico 4)

Solo 21 mujeres (22%) refieren realizar su control clínico mamario anual; todas ellas son mayores de 40 años y representan el 27% de las mayores de 40 años. De las pacientes encuestadas, un 30% indicó presentar algún familiar de primer o segundo grado con cáncer mamario. Un 89% de las mujeres entrevistadas refieren concurrir anualmente a su ginecólogo o clínico, por control general o específico de su patología no mamaria, con mayor índice de visita al ginecólogo en el grupo etario menor a 50 años y con mayor visita al clínico en las mujeres de 50 o más años. De las 86 pacientes que concurren anualmente al control clínico o ginecológico, solo 6 (7%) refirieron que les realizaron examen mamario clínico en la consulta. Del total de mujeres encuestadas, 56 (57,7%) declaran haberse realizado al menos una mamografía a lo largo de su vida, representando el 73% de las pacientes mayores de 40 años. Contrariamente, ninguna paciente menor de 40 años refirió haberse hecho una mamografía, mientras que solo 11 pacientes (14% de las mayores de 40 años) se realizan el control mamográfico anual. El 24% de las pacientes encuestadas dice hacerse el autoexamen mamario mensual. Por otra parte, 90 pacientes (92,3%) consideran que la visita al especialista en enfermedades mamarias solo debe hacerse ante la presencia de algún síntoma: 58 pacientes consideran como síntoma de mayor importancia a la mastalgia, 31 pacientes a la presencia de tumor mamario y 1 paciente a derrame por pezón.

### DISCUSIÓN

En este estudio, realizamos inicialmente un análisis de situación epidemiológica del cáncer de mama en el Departamento de San Rafael, basado en los datos del Registro Provincial de Tumores de Mendoza. En coincidencia con otras series, encontramos que el cáncer de mama es la principal causa de cáncer en la mujer sanrafaelina, aunque con una incidencia relativa mayor que a nivel mundial (33,9% versus 25,1%).<sup>4</sup> Además, se registró un aumento en la incidencia del cáncer de mama en los últimos 5 años en San Rafael. Similarmente, esto se ha observado en Estados Unidos en mujeres afroamericanas, debido al aumento de obesidad en mujeres postmenopáusicas.<sup>1</sup> Al considerar la Provincia de Mendoza, la tasa ajustada por edad para incidencia de cáncer de mama fue levemente mayor que en Argentina (73,4 versus 71,2), presentando cifras similares a las regiones con mayor incidencia a nivel mundial. No se pudo deter-

minar la tasa ajustada por edad para mortalidad por cáncer de mama en el Departamento de San Rafael debido a que no es una variable tabulada por el Registro de Tumores dependiente del Ministerio de Salud, Desarrollo Social y Deportes, del Gobierno de Mendoza.

Luego, evaluamos las variables clínico-patológicas de las pacientes diagnosticadas y tratadas por cáncer de mama en el Hospital Regional de San Rafael “Teodoro J. Schestakow”, donde el 96% de esas pacientes concurren con lesión mamaria clínica y, del total de pacientes, 41% con Estadios III y IV. Estos datos son similares a los de las zonas de poca cobertura médica y a los de los demás países en desarrollo donde existe hasta un 50% de incidencia en carcinomas mamarios localmente avanzados (CMLA); por el contrario, la situación referida es muy distinta a lo que ocurre en los Estados Unidos donde, con programas de detección periódica, el CMLA representa solo un 5%.<sup>13, 14</sup>

Finalmente, interrogamos sobre el nivel de conocimiento con respecto al control mamario en mujeres que concurren a control en centros periféricos de atención primaria de la Salud en San Rafael. Según los resultados obtenidos en este estudio, podemos decir que, a pesar de no contar con estudios previos comparativos en lo que se refiere a dicho conocimiento, observamos una falla en el diagnóstico y prevención mamaria en estos centros asistenciales encuestados de San Rafael. Contando con un alto índice de escolaridad de las mujeres entrevistadas, con adecuada comprensión de lo que tratamos de transmitir en el cuestionario, y corroborando que las pacientes refieren concurrir con regularidad al clínico y ginecólogo (89% de consulta anual), constatamos una falla en la atención médica, en la cual no se le da importancia a la prevención del cáncer mamario, como refleja la mayoría de las pacientes entrevistadas: solo un 7% de las pacientes refiere que se las examina clínicamente en su visita anual (en el examen clínico mamario se estima una sensibilidad de un 17,2% para tumores hasta 0,5 cm, llegando al 58,3% para tumores iguales o mayores a 2,1 cm);<sup>15</sup> y solo el 14% de las pacientes mayores de 40 años presenta su mamografía anual. Esto se suma al desconocimiento de la población entrevistada respecto de la prevención de cáncer mamario, ya que el 92% de las mujeres señala que deberían acudir a la consulta ante algún síntoma mamario (mastalgia, tumor, derrame por pezón).

Esta desatención primaria tan lejana del *screening* mamario –cuya implementación sistemática, como es sabido, reduce la mortalidad por cáncer mamario en una media del 46%,<sup>16</sup> y en los Estados Unidos disminuyó su incidencia en un 10%, con un beneficio de reducción de la mortalidad en un 15% en pacientes menores de 50 años<sup>17</sup>– se traduce potencialmente en los estadios avanzados que se observan en las pacientes diagnosticadas y tratadas por cáncer mamario en el Hospital “Teodoro Schestakow”.

## CONCLUSIONES

El cáncer de mama es la principal causa de cáncer en la mujer sanrafaelina, siendo diagnosticado mayoritariamente en pacientes sintomáticas. Esto probablemente se refleja en la mayor proporción de estadios avanzados detectados. Adicionalmente, existen una baja adhesión al examen mamario por parte de los efectores de salud y una inadecuada información de la población femenina con respecto a los síntomas de alarma.

Por ello, consideramos que los datos relevados en este trabajo nos hablan de la conveniencia y oportunidad de realizar campañas de prevención dirigidas a la población, así como de educar a los efectores de salud de los centros periféricos.

Es importante conocer la distribución de las enfermedades no solo en el mundo y en el país, sino en el medio en que cada uno desarrolla su acción. Mendoza posee muchos centros periféricos de atención primaria que, como podemos ver en el trabajo, no cumplen con la función básica, es decir, la prevención, en el caso de cáncer mamario, la detección precoz o prevención secundaria, la que nos permitiría prestarle asistencia a las enfermedades en los hospitales centrales en estadios más precoces, con cirugías menos invasivas y con menor número de comórbidas, reduciendo gastos en tratamientos sistémicos costosos, con mejor efecto psicológico en las pacientes y mejor sobrevida.

Debe haber un compromiso por parte de las autoridades nacionales, provinciales y municipales en darle importancia a la prevención, con campañas dirigidas a la población y con una adecuada formación del personal que presta el control clínico mamario, junto a un equipo de registro de enfermedades por medio del cual, mediante análisis periódicos, se puedan ver las tendencias poblacionales en lo que refiere a salud y enfermedades prevalentes.

## REFERENCIAS

1. De Santis CE, Fedewa SA, Sauer AG *et al.* Breast Cancer Statistics, 2015: Convergence of incidence rates between black and white women. *CA Cancer J Clin* 2016; 66 (1): 31-42.
2. Siegel RL, Miller KD, Jemal A. Cancer Statistics, 2017. *CA Cancer J Clin* 2017; 67: 7-30.
3. SILVER/INC. Sistema de Vigilancia Epidemiológica y Reporte del Cáncer. Disponible en: <<http://www.msal.gov.ar/inc/epidemiologia-y-registros/silver-ca/>>.
4. J. Ferlay I., Soerjomataram R, Dikshit S, Eser C, Mathers M, Rebelo DM, Parkin D, Forman F. Bray. Cancer incidence and mortality worldwide: sources, methods and major patterns in GLOBOCAN 2012. *Int J Cancer* 2015; 136 (5): E 359-86.
5. Vigilancia epidemiológica del cáncer. Análisis de Situación de Salud por Cáncer. Argentina, 2016. INC. Disponible en: <<http://www.msal.gov.ar/images/stories/bes/graficos/000000925cnt-2016-12-21-boletin-epidemiologia.pdf>>. Fecha de consulta: 16 de mayo de 2017.
6. Narod S, Iqbal J, Giannakeas V *et al.* Breast Cancer Mortality After a Diagnosis of Ductal Carcinoma In Situ. *JAMA Oncol* 2015; 1 (7): 888-896.
7. Cardoso F, Costa A, Senkus E *et al.* 3rd ESO-ESMO International Consensus Guidelines for Advanced Breast Cancer (ABC3). *Ann Oncol* 2017; 28: 16-33.
8. Abriata MG, Macías G, Limardo L. Suplemento Atlas de mortalidad por cáncer: Argentina 2007/2011. 1ra Ed. Buenos Aires, INC 2015.
9. Censo INDEC 2010. Disponible en: <[www.indec.gov.ar](http://www.indec.gov.ar)>.
10. American Joint Committee on Cancer. Breast Cancer Staging. 7ma Edición, 2010.
11. Lakhani S, Ellis I, Schnitt S *et al.* WHO Classification of Tumours of the Breast. 4ta edición. Lyon, IARC Press, 2012.
12. Diumenjo MC, Laspada WD *et al.* Incidencia de cáncer en Mendoza. Quinquenios 2003-2007 y 2008-2012.
13. Seidman H, Gelb SK, Silverberg E *et al.* Survival experience in the Breast Cancer Detection Demonstration Project. *CA Cancer J Clin* 1987; 37: 258-290.
14. Winer EP, Morrow M, Osborne CK, Harris J. Therapy of Locally Advanced and Inflammatory Breast Cancer. Cancer: Principles and Practice of Oncology. 6<sup>th</sup> ed. Philadelphia, Lippincott Williams & Wilkins, 2001. Chapter 37: 2.
15. Smith R, Saslow D, Andrews Sawyer K, Burke W, Constanza ME, Evans WP *et al.* American Cancer Society Guidelines for Breast Cancer Screening: Update 2003. *CA Cancer J Clin* 2003; 53: 141-169.
16. Smith-Bindman R, Miglioretti DL, Lurie N *et al.* Does utilization of screening mammography explain racial and ethnic differences in breast cancer? *Ann Intern Med* 2006; 144: 541.
17. Armstrong K, Moye E, Williams S *et al.* Screening mammography in women 40 to 49 years of age: a systematic review for the American College of Physicians. *Ann Intern Med* 2007; 146: 516.

## DEBATE

**Dr. Coló:** Queda a consideración el trabajo del Dr. Peralta Lorca. Algunas palabras. Indudablemente debe haber sido difícil para vos enfrentarte a esta realidad: que el 96% de las pacientes consulta con un nódulo palpable. Esto indica, no una falla tuya, sino una falla a nivel sanitario en lo que es la región de San Rafael y todo el sur de Mendoza. Mendoza es una provincia rica, no es una provincia de las que no tienen recursos; le sobran como para poder modificar esta realidad. El 41% de las pacientes mencionaste que en Estadio III...

**Dr. Peralta Lorca:** Un 10% de Estadio IV y un 33% de Estadio III.

**Dr. Coló:** En lo personal, para saber y para poder entender estos números, tengo algunas preguntas. El hospital ¿tiene sección o servicio de patología mamaria?

**Dr. Peralta Lorca:** Eso es a lo que apuntaba el trabajo y el porqué de hacerlo. El hospital es grande, tenemos casi 30 camas en ginecología solamente. Contamos con mamografía, que es analógica, pero con solo 15 días de retardo en la realización. En la misma manzana del hospital, contamos con FUESMEN, que es donde está radioterapia, los patólogos, los oncólogos. Tenemos anatomía patológica intraoperatoria. Los recursos están en el hospital. Y lo que veíamos es que en la consulta externa no había pacientes que venían por prevención, no venían pacientes sanas. Que es más o menos lo que después referimos que vimos en el centro de salud. Venían todas con enfermedad. Chicas muy jóvenes con mastalgia o pacientes con un tumor avanzado. Eso es lo que nos llamaba la atención.

**Dr. Coló:** ¿Cuántos mamógrafos tienen en el sur de Mendoza?

**Dr. Peralta Lorca:** En el sector público uno.

**Dr. Coló:** Creo que, además, hay una falla de comunicación desde el hospital, desde las autoridades sanitarias a la población. La población no tiene cómo acceder a esta información. La población se nutre de la información que recibe. Entonces, tu tarea es doble: por un lado, mejorar estos números; pero, por otro lado, concientizar a las pacientes. De lo contrario, van a pasar los años y dentro de 10 años vas a presentar los mismos números con los mismos resultados. Porque, si no modificás la actitud del paciente, este va a ir a consultarte cuando tenga nódulos palpables. Eso tiene un costo elevado en cirugía, en tratamientos posteriores y con muy mal resultado. Esto hace que el paciente desaliente a otras mujeres para el diagnóstico precoz. El concepto que la mujer tiene es que va a consultar cuando tiene un nódulo palpable. Ya sabemos que el cáncer es asintomático; y en muchos de estos nódulos, el paciente –por temor, por ignorancia, etc., etc.– consulta tardíamente; y así llegamos a este 96% de los casos. Vos das números del 41%, y, probablemente, en áreas del país con más dificultades socioeconómicas llegamos a tener un 50% de pacientes con tumores localmente avanzados. Tengamos en cuenta que la mitad de las provincias de la República Argentina no tienen radioterapia. Es decir, tenemos un país con poca radioterapia, donde hacer una cirugía conservadora es muy difícil. Las pacientes van a una mastectomía porque después no pueden ser irradiadas, no tenemos quimioterapia y tenés un mamógrafo analógico. Creo que los cambios y el futuro que tenés... Por suerte, sos joven. Muchas gracias.