

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
CENTRO UNIVERSITARIO DE ORIENTE
MÉDICO Y CIRUJANO

AUTOEXAMEN DE MAMA

Estudio descriptivo transversal sobre el conocimiento y práctica en la realización del autoexamen de mama en las pacientes mayores de 25 años que asistieron a la consulta externa de Ginecología del Hospital Nacional de Chiquimula durante los meses de octubre y noviembre de 2012.

DORIS REBECA GONZALEZ CASTRO

CHIQUIMULA, GUATEMALA, MAYO DE 2013

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
CENTRO UNIVERSITARIO DE ORIENTE
MÉDICO Y CIRUJANO

AUTOEXAMEN DE MAMA

Estudio descriptivo transversal sobre el conocimiento y práctica en la realización del autoexamen de mama en las pacientes mayores de 25 años que asistieron a la consulta externa de Ginecología del Hospital Nacional de Chiquimula durante los meses de octubre y noviembre de 2012.

TRABAJO DE GRADUACIÓN

Sometido a consideración del Honorable Consejo Directivo

Por

DORIS REBECA GONZALEZ CASTRO

Al conferírsele el título de

MÉDICA Y CIRUJANA

En el grado académico de

LICENCIADA

CHIQUIMULA, GUATEMALA, MAYO DE 2013.

**UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
CENTRO UNIVERSITARIO DE ORIENTE
MÈDICO Y CIRUJANO**



RECTOR

LIC. CARLOS ESTUARDO GALVEZ BARRIOS

CONSEJO DIRECTIVO

Presidente:	M.Sc. Nery Waldemar Galdámez Cabrera
Representante de Profesores:	M.Sc. Edgar Arnoldo Casasola Chinchilla
Representante de Profesores:	Ph.D. Felipe Nery Agustín Hernández
Representante de Graduados:	Lic. Zoot. Alberto Genesio Orellana Roldán
Representante de Estudiantes:	Br. Heidy Jeaneth Martínez Cuestas
Representante de Estudiantes:	Br. Otoniel Sagastume Escobar
Secretario:	Licda. Marjorie Azucena González Cardona

AUTORIDADES ACADÉMICAS

Coordinador Académico:	Ing. Agr. Edwin Filiberto Coy Cordón
Coordinador de Carrera:	Dr. Edvin Danilo Mazariegos Albanés

**ORGANISMO COORDINADOR DE TRABAJOS DE GRADUACIÓN DE INVESTIGACION
DE MEDICINA**

Presidente y Revisor:	Dr. Edvin Danilo Mazariegos Albanés
Secretario y Revisor:	Dr. Carlos Iván Arriola Monasterio
Vocal y Revisor:	Dr. Rory René Vides Alonzo

Chiquimula, Mayo de 2013

Señores:

Miembros del Consejo Directivo
Centro Universitario de Oriente
Universidad de San Carlos de Guatemala

Respetables Señores:

En cumplimiento a lo establecido por los estatutos de la Universidad de San Carlos de Guatemala y el Centro Universitario de Oriente, presento a consideración de ustedes el trabajo de graduación titulado:

AUTOEXAMEN DE MAMA

Como requisito previo a optar el título profesional de Médico y Cirujano, en el grado de Licenciatura.

Esperando que el siguiente trabajo llene los requisitos para su aprobación me suscribo

Atentamente,

Doris Rebeca González Castro.

Chiquimula, Abril de 2,013

Dr. Carlos Arriola Monasterio

Coordinador de Tesis

Carrera Medico y Cirujano

Centro Universitario de Oriente - CUNORI -

Por este medio le presento un respetuoso saludo con el objetivo de comunicarle que la Perito en Administración de empresas Doris Rebeca González Castro culminó el estudio e informe final como producto de su estudio de tesis titulado **“AUTOEXAMEN DE MAMA”**, realizado en la Consulta Externa del Ginecología del Hospital Nacional de Chiquimula en los meses de Octubre y Noviembre de 2012; el cual se ha fundamentado en el método científico y ha cumplido los requisitos de dicha metodología para la obtención del título de Médico y Cirujano en el grado académico de Licenciatura; por lo que, como asesor del mismo, le otorgo el visto bueno correspondiente.

Agradeciendo su atención a la presente y expresándole mi total disposición a continuar colaborando en el proceso de investigación de la carrera de Médico y Cirujano. Sin otro particular; me suscribo,

Atentamente,

William P. Paredes S.
Ginecólogo y Obstetra
Col. 10,402
W.P.

Dr. William Paredes
Ginecólogo y Obstetra



Chiquimula, 16 de mayo 2013.

Ref. MYCTG-12-2013.

M.Sc. Nery Waldemar Galdámez Cabrera

Director

Centro Universitario de Oriente

Señor Director:

De manera atenta se le informa que la estudiante DORIS REBECA GONZÁLEZ CASTRO carné 200340133, ha presentado el Informe Final de su Trabajo de Graduación Titulado **“AUTOEXAMEN DE MAMA”** el cual fue asesorado por el Médico y Cirujano, especialista en Ginecología y Obstetricia, Dr. William René Paredes Ramírez, colegiado número 10,402, quien avala y dictamina favorablemente en relación al estudio, y revisado en cada una de sus fases por el Dr. Edvin Danilo Mazariegos Albanés, Dr. Carlos Iván Arriola Monasterio y el Dr. Rory René Vides Alonso, miembros del Organismo Coordinador de Trabajos de Investigación de la Carrera de Médico y Cirujano de CUNORI.

Se considera que el mencionado trabajo de Graduación cumple con los requisitos mínimos para la elaboración de Trabajos de Graduación y los contempladas en el Reglamento del Programa de Tesis de Grado de la Facultad de Ciencias Medicas de la Universidad de San Carlos de Guatemala, vigente para la Carrera Médico y Cirujano del Centro Universitario de Oriente, por lo que se recomienda autorizar los trámites necesarios para la sustentación del examen público previo a otorgársele el título de Médica y Cirujana.

Sin otro particular, me suscribo.

Atentamente;

“Id y Enseñad a Todos”


Dr. Carlos Iván Arriola Monasterio
Encargado Unidad de Investigación y Trabajos de Graduación
- Carrera de Médico y Cirujano- CUNORI



“36 AÑOS SIRVIENDO A LA EDUCACIÓN SUPERIOR EN EL NORORIENTE”

Nota: La información y conceptos contenidos en el presente Trabajo es responsabilidad única del autor.



Chiquimula, 16 de mayo 2013.

Ref. MYCTG-13-2013.

M.Sc. Nery Waldemar Galdámez Cabrera

Director

Centro Universitario de Oriente

Señor Director:

De manera atenta se le informa que la estudiante DORIS REBECA GONZÁLEZ CASTRO carné 200340133, ha presentado el Informe Final de su Trabajo de Graduación Titulado **“AUTOEXAMEN DE MAMA”** el cual fue asesorado por el Médico y Cirujano, especialista en Ginecología y Obstetricia, Dr. William René Paredes Ramírez, colegiado número 10,402, quien avala y dictamina favorablemente en relación al estudio, y revisado en cada una de sus fases por el Dr. Edvin Danilo Mazariegos Albanés, Dr. Carlos Iván Arriola Monasterio y el Dr. Rory René Vides Alonso, miembros del Organismo Coordinador de Trabajos de Investigación de la Carrera de Médico y Cirujano de CUNORI.

Se considera que el mencionado trabajo de Graduación cumple con los requisitos mínimos para la elaboración de Trabajos de Graduación y los contempladas en el Reglamento del Programa de Tesis de Grado de la Facultad de Ciencias Medicas de la Universidad de San Carlos de Guatemala vigente para la Carrera Médico y Cirujano del Centro Universitario de Oriente, por lo que se recomienda autorizar los trámites necesarios para la sustentación del examen público previo a otorgársele el título de Médica y Cirujana.

Sin otro particular, me suscribo.

Atentamente;

“Id y Enseñad a Todos”



Dr. Edvin Danilo Mazariegos Albanés
-Coordinador - Carrera de Médico y Cirujano-
Centro Universitario de Oriente



“36 AÑOS SIRVIENDO A LA EDUCACIÓN SUPERIOR EN EL NORORIENTE”

Nota: La información y conceptos contenidos en el presente Trabajo es responsabilidad única del autor.

D-TG-MyC-039/2013

**EL INFRASCRITO DIRECTOR DEL CENTRO UNIVERSITARIO DE ORIENTE
DE LA UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA, POR ESTE MEDIO
HACE CONSTAR QUE:** Conoció el Trabajo de Graduación que efectuó la
estudiante **DORIS REBECA GONZÁLEZ CASTRO** titulado **“AUTOEXAMEN DE
MAMA”**, trabajo que cuenta con el aval de el Revisor y Coordinador de Trabajos
de Graduación, de la carrera de Médico y Cirujano. Por tanto, la Dirección del
CUNORI con base a las facultades que le otorga las Normas y Reglamentos de
Legislación Universitaria **AUTORIZA** que el documento sea publicado como
Trabajo de Graduación a Nivel de Licenciatura, previo a obtener el título de
MÉDICA Y CIRUJANA.

Se extiende la presente en la ciudad de Chiquimula, el veinticuatro de mayo de
dos mil trece.

“ID Y ENSEÑAD A TODOS”


MSc. Nery Waldemar Galdámez Cabrera
DIRECTOR
CUNORI - USAC



INDICE

I.	Resumen	i
II.	Introducción	ii
III.	Planteamiento del Problema	1
	a. Antecedentes	1
	b. Hallazgos y estudios realizados	2
	c. Definición del problema	3
IV.	Delimitación del estudio	4
	a. Delimitación teórica	4
	b. Delimitación geográfica	5
	c. Delimitación institucional	5
	d. Delimitación temporal	6
V.	Objetivos	7
VI.	Justificación	9
VII.	Marco teórico	9
	Capítulo I	9
	Generalidades	9
	Capítulo II	10
	Embriología, anatomía y fisiología de la mama	10
	Capítulo III	12
	Autoexamen de mama	12
	Capítulo IV	15
	Principales patologías de la mama	15
VIII.	Diseño metodológico	23
	a. Tipo de estudio	23
	b. Área de estudio	23
	c. Universo	23
	d. Sujeto y objeto de estudio	23
	e. Criterios de inclusión	24
	f. Criterios de exclusión	24
	g. Variables	24

h.	Operacionalización de las variables	25
i.	Técnicas e instrumentos de recolección de datos	25
j.	Procedimiento para recolección de la información	26
k.	Plan de análisis	26
l.	Aspectos éticos	26
m.	Recursos	26
n.	Grafica de Gantt	28
IX.	Presentación de resultados	30
X.	Análisis de resultados	38
XI.	Conclusiones	41
XII.	Recomendaciones	43
XIII.	Propuesta	44
XIV.	Bibliografía	47
XV.	Anexos	50
a.	Boleta de recolección de datos	50

ACTO QUE DEDICO:

A DIOS NUESTRO SEÑOR,

A LA VIRGEN MARIA

A MIS PADRES,

A MI HIJA

A MI HERMANO

A MI SOBRINO

A MIS CATEDRÁTICOS

A MIS AMIGOS

AL LA UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA

AL CENTRO UNIVERSITARIO DE ORIENTE CUNORI

AL HOSPITAL REGIONAL DE ZACAPA Y AL HOSPITAL NACIONAL DE
CHIQUIMULA.

A LLANO DE PIEDRAS ZACAPA, MI LINDO TERRUÑO

AGRADECIMIENTOS

A DIOS:

Ser Omnipotente quien con su divina gracia supo guiarme por el buen camino, darme fuerzas para seguir adelante y no desmayar, enseñándome a encarar las adversidades sin perder nunca la dignidad ni desfallecer en el intento.

A LA VIRGEN MARÍA:

Madre de Jesús y Madre Mía quien con su manto divino me ha cuidado y protegido durante toda mi vida.

A MIS PADRES:

Carlos Enrique González Franco: Pilar fundamental en mi vida, gracias por estar siempre en los momentos importantes, por ser el ejemplo para salir adelante y por los consejos que han sido de gran ayuda para mi vida y crecimiento; este logro es el resultado de lo que me ha enseñado en la vida ya que siempre ha sido una persona honesta, entregada a su trabajo, un gran líder pero más que todo eso un excelente padre. Gracias por confiar en mí y darme una segunda oportunidad de terminar uno de mis más anhelados sueños.

Dora Esperanza Castro Díaz: Otro de los pilares de mi vida. Gracias por ser la amiga y compañera que me ha ayudado a crecer, por estar conmigo siempre en todo momento; por la paciencia que has tenido para enseñarme, por el amor que me das, por tus cuidados en todo momento, por los regaños que me merecía y que no entendía, ya que con la sabiduría que Dios le ha dado me ha enseñado a ser quien soy. Gracias por llevarme en sus oraciones porque estoy segura que siempre lo hace.

A los dos Gracias por Creer en Mí. Los Amo.

A MI HIJA:

Stephanie María González Castro. Mi Princesa Hermosa regalito de Dios que llegó a mi vida para darme amor, cariño y ternura, por quien cada día tiene sentido, por ser el motor que me impulsa a seguir adelante, la testigo silenciosa de mis luchas cotidianas en busca de un mejor futuro, a ti mi amor, mi esperanza, alegría, mi vida y la culminación de este objetivo y lo que representa. Gracias por tu comprensión y paciencia pero el sacrificio valió la pena. Eres mi único y gran amor. Te Amo Inmensamente.

A MI HERMANO:

Edson Carlos Marcelo: Con quien he compartido momentos alegres, tristes, emocionantes, con quien siempre he podido contar. Gracias por tu amor, cariño, apoyo incondicional y aunque hoy no estés físicamente conmigo celebrando este triunfo, sé que estás muy feliz por mi logro. Y que algún día estaremos juntos nuevamente como la familia unida que siempre hemos sido. Te Quiero. Un abrazo a la distancia.

A MI SOBRINO:

Edson Enrique: Mi angelito en la tierra a quien quiero mucho y que con su ternura nos da lecciones de vida cada día. Un beso.

A MI CUÑADA:

Johana Fajardo:

Gracias por tu cariño y por haberme dado un sobrino hermoso.

A MIS ABUELOS:

Federico Castro Rosales (+)

Sebastián González (+)

Una oración elevada a nuestro creador por sus almas. Y sé que desde el cielo me siguen bendiciendo. Los recuerdo con el cariño, amor y respeto que siempre les demostré.

A MIS ABUELAS:

Clara Díaz

Zoila Franco

Gracias por su cariño, amor, dedicación, sus sabios consejos, por cuidar de mí en algún momento de mi vida. Para ustedes también mi triunfo. Las quiero mis viejitas.

A MIS TIOS, TIAS, PRIMOS, PRIMAS:

Con el respeto y cariño de siempre.

A MI ASESOR:

Dr. William Paredes: Gracias por su infinita paciencia y ayuda en este trabajo, por confiar en mi, por el tiempo que se tomó para asesorarme y sobre todo gracias por su amistad. Para usted mi respeto y admiración.

A MI PADRINO:

Dr. Luis Eduardo Elgueta Chang: Gracias por ser una de las personas que ha confiado mucho en mi, por darme la oportunidad de trabajar a su lado y adquirir nuevos conocimientos en conjunto. Lo admiro por ser un gran medico y ser humano. Mi admiración sincera.

A MIS CATEDRATICOS:

REVISOR DE TESIS:

Dr. Carlos Arriola: Un millón de gracias por la asesoría y ayuda invaluable que me dio a lo largo de este proceso. Un abrazo.

Dr. Ronaldo Retana, Dr. Edvin Mazariegos, Dr. Rory Vides, Dr. Gabriel Xitumul, Dr. Gilberto Velázquez, Dr. Eduardo Marroquín, Dr. Marco Somoza, Dra. Aimé García, Dr. Luis Daniel Barrios, Dr. Henry Zabaleta, Dra. Hilda De León, Dra. Paola Rodríguez, Dra. Blanca Rosa Díaz, Dra. Grace Icaza, Licda. Nineth Canjura, Licda. Jennifer Andrino; Gracias de manera especial por sus conocimientos compartidos conmigo así como también gracias por el cariño y en algunas ocasiones los jalones de oreja cuando eran necesarios. Los llevo en el corazón.

A MIS AMIGOS:

Eva María, Luz María, Laura, Mariela, Rosita, Karen, Héctor Galeano, Karlis, Gabriel, Nancy Fabiola, Ricardo, Jonathan. Gracias por cada momento compartido. Se les quiere.

En Especial a:

Dra. Karen Ninett Castañeda: El destino nos hizo amigas pero la convivencia nos hizo hermanas, Hoy vemos culminado nuestro esfuerzo, sacrificio y anhelos, le doy gracias a Dios por haberte conocido ya que vivimos muchos momentos a lo largo de nuestra formación los cuales serán inolvidables para mí. Te deseo que sigas cosechando éxitos. Te quiero amiga.

Dr. Walter García: Con quien comparto también muchos momentos inolvidables como por ejemplo nuestras noches de estudio, tenes un lugar especial en mi vida. También te deseo todo lo mejor de ahora en adelante.

Dr. Alejandro Alfaro: Gracias por estar allí conmigo para llorar, gritar, compartir y también reírnos a más no poder cuando ocasionalmente pensábamos lo mismo. Te quiero Alexzzzz.

Dr. Erick Rodríguez: Papucho nada más que recordar nuestros turnos juntos, en los cuales en cada uno de ellos aprendíamos más. Gracias por tu apoyo y cariño.

Dra. Mónica Boche: Moniquita Bo. Gracias por tu cariño y amistad sincera, así como cuando siempre hacíamos las cosas como la gente; en nombre de todos esos momentos alegres que vivimos. Te quiero.

A:

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA Y CENTRO UNIVERSITARIO DE ORIENTE:

Gracias por darme la oportunidad de ser una sancarlista y haberme abierto las puertas para cumplir uno de mis sueños más anhelado.

HOSPITAL REGIONAL DE ZACAPA Y HOSPITAL NACIONAL CARLOS MANUEL ARANA OSORIO: Lugares en los que puse en práctica mis conocimientos y me albergaron como una segunda casa.

CENTRO MEDICO Y PARAMEDICO EL NAZARENO:

Gracias por la oportunidad que me dieron de ejercer una de las cosas que me apasiona como lo es la Medicina; mis sinceros agradecimientos a: Lorena Velásquez, Reyna Zeceña y César Alarcón, Dios me los bendiga.

GOOD NEIGHBORS DE GUATEMALA:

Gracias por la oportunidad brindada de poder trabajar con ustedes; en especial a la Dra. Miriam Morales, Dios la bendiga.

I. RESUMEN

El presente trabajo es de carácter descriptivo, realizado en pacientes que asistieron a la Consulta Externa de Ginecología del Hospital Nacional de Chiquimula en el periodo del 01 de octubre al 30 de noviembre de 2012, con el propósito de evaluar el conocimiento sobre el autoexamen de mama que tienen las pacientes para la detección de lesiones de la mama. Universo: 247 pacientes. La metodología se basó en una boleta de recolección de datos que consta de preguntas básicas sobre la técnica del autoexamen.

La población estudiada refleja la deficiente información que han recibido con respecto a la técnica del autoexamen de mama, por lo que se evidencia que un 53% (131 pacientes) no conocen el autoexamen de mama y un 47% (116 pacientes) si refiere conocerlo; de estas 116 pacientes que refiere conocerlo hay un 59% (69 pacientes) que lo practica, y un 41% (47 pacientes) no lo hace. La población que lo practica evidencia que la técnica utilizada no es correcta en un 96% (69 pacientes). En Virtud de lo anterior se concluye que las pacientes que se realizan el autoexamen no toman en cuenta los aspectos generales ni la forma adecuada en su realización.

Entre las recomendaciones se pone de manifiesto que es de vital importancia promover la enseñanza de la técnica correcta del autoexamen de una manera constante y permanente para las pacientes que asisten a los centros de Asistencia del Ministerio de Salud Pública, para así orientar a la población afectada.

II. INTRODUCCIÓN

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 el sexo femenino. Su incidencia ha aumentado considerablemente en las últimas décadas, se estima que para el año 2014 habrá 1,450,000 casos nuevos; lo que significa un incremento del 82% en relación con lo que se estimó en 1990.

En Guatemala ocupa el segundo lugar como consulta oncológica femenina, lo que hace notar lo importante que es darle suficiente atención.

En este estudio descriptivo se presentan datos sobre el conocimiento y prácticas sobre Autoexamen de Mama que tienen las pacientes mayores de 25 años que asistieron a la Consulta Externa de Ginecología del Hospital Nacional de Chiquimula durante los meses de octubre a noviembre de 2012, con un Universo de 247 pacientes.

Dado que es importante explorar frecuentemente los niveles de conocimiento que posee la mujer sobre el autoexamen y los tumores malignos de las mamas, se encontró que un 53 % de las pacientes no conocen o tienen idea alguna sobre autoexamen de mama y un 47% que si lo conoce este no es el adecuado debido a que no abarcan los aspectos importantes que este implica, y de este 47 % que si lo conoce no todas lo practican. El medio por el cual las pacientes se han informado sobre el autoexamen fue a través de los medios de comunicación en un 61%. La mayoría de las pacientes sabe cual es la utilidad de la realización del autoexamen de mama ya que hacen referencia a que sirve para detectar masas o quistes. El grupo etáreo que se realiza el autoexamen con mayor frecuencia son las comprendidas entre los 25 y 35 años. Las pacientes que no se realizan el autoexamen refieren no hacerlo debido a que no conocen la técnica del mismo.

III.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Antecedentes

El cáncer de mama es la principal causa de muerte entre mujeres de 35 y 55 años de edad en los países desarrollados. Es un tumor raro antes de los 25 años, y su frecuencia aumenta de forma continua con la edad, y alcanza mayor incidencia en edades avanzadas. Constituye la tercera causa más frecuente de cáncer en el mundo (796,000 casos, en 1990), y la más alta incidencia en las mujeres (21% de todos los casos nuevos) con una tasa de crecimiento anual de 0.5% (American Cáncer Society 2010).

De acuerdo con la Organización Panamericana de la Salud, en América Latina se registraron cerca de 90.000 casos de cáncer de mama en el año 2000. En los últimos años, las tasas de incidencia han aumentado anualmente en un 5% en los países de bajos recursos. En Venezuela se diagnostican 9 casos diarios de cáncer de mamas según el Ministerio de Salud y Desarrollo Social, se observa un aumento progresivo de su incidencia siendo superado solo por el cáncer de cuello uterino, en este país la tasa estimada para la incidencia estandarizada es aproximadamente 20 X 100.000 mujeres, dicho de otra forma la tasa acumulativa, que mide el porcentaje de riesgo de tener cáncer de mama (OPS 2007).

En Guatemala el Cáncer de mama es uno de los problemas de salud que en la actualidad tiene una gran repercusión dentro de la salud pública, ya que la distribución de casos registrados en mujeres menores de 40 años aumentó de 19% en 1,985 a 23% en 1,995, en 1,998 se registraron 205 casos, y para el año 2002 se reportaron 949 casos nuevos de cáncer de mama entre las mujeres guatemaltecas (OPS 2007).

Hallazgos y estudios realizados

Según el estudio: Autoexamen de mama en mujeres cubanas: “Prevalencia y factores socio demográficos asociados”, concluyó que: El 34,6% de las mujeres cubanas de 20 a 49 años se realizó el autoexamen de mama. Los factores socio demográficos asociados significativamente a la realización del autoexamen de mama fueron: el tener una edad entre 30 a 39 años y entre 40 a 49 años; el poseer índice de riqueza medio, rico, o muy rico; el tener entre 1 y 2 hijos; y el haberse sometido a un examen clínico de mama por un profesional de la salud en los últimos 5 años. Además, las mujeres de la sierra y selva alta tuvieron menor probabilidad de realizarse el autoexamen de mama (Gálvez 2001).

Según el estudio “Conocimientos sobre el autoexamen de mamas en la población femenina” realizado en Venezuela indicó que los mejores conocimientos se observaron en el grupo entre 30 - 44 años de edad, que mostraron más conocimientos y sistematicidad en la realización correcta de ésta autoexploración con 69 féminas para un 21,8 % seguido del grupo de 15 - 29 años con 48 para un 15,1%, mientras que las calificaciones más bajas se registraron en los grupos de mayor edad (2,5 %). Ésta relación directamente proporcional entre el aumento de la edad y el desconocimiento sobre el tema después de los 44 años pudiese estar basado en que éstas mujeres vivieron en épocas de incultura y exclusión social, por eso su nivel en cultura sanitaria de forma general no es el óptimo. (Fernández y Olmo 2004).

Según el estudio “Autoexamen de mama en mujeres que asisten a la consulta externa de la clínica de Ginecología del Centro de Salud de Santa Elena III Zona 18 Guatemala, concluyó que del total de pacientes entrevistados (400 pacientes) solo el 45% refirió que conoce la técnica del autoexamen de mama, 43% refiere que ponen en práctica el autoexamen de mama, sin embargo la técnica utilizada no es la correcta (Calderón 1998).

Definición del Problema

El cáncer mamario significa carcinoma que nace en las estructuras glandulares y canaliculares de la mama llamado por el Dr. H. Marvin Pollard (Presidente de la Asociación Estadounidense contra el Cáncer en 1,975) el “Primer cáncer femenino” definiéndolo como el más terrible de los cánceres, el que más frecuentemente es descubierto por la propia paciente.

Según la Sociedad Americana de Cáncer, a nivel mundial, cerca de 1.3 millones de mujeres fueron diagnosticadas con cáncer de mama, lo cual representa un incremento del 30% en los últimos años. Se estima que cerca de 465 mil morirán por esta enfermedad. (SAC 2008). En el año 2009 se diagnosticaron un promedio de 3 casos diarios de cáncer de mama y en el primer cuatrimestre del 2010 se habían diagnosticado 56 casos nuevos. La edad más usual de detección es entre los 40 a 60 años y desafortunadamente más del 50 % de los casos llegan en etapas avanzadas, con lo cual las posibilidades de curación son bajas.

Según el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social en el año 2008 entre las áreas de salud que más número de defunciones presentó por tumor maligno de mama se encuentra Chiquimula con una tasa de 4.1 por 100,000 mujeres mayores de 15 años (MSPAS 2006).

Conociendo los datos oficiales que se tienen disponibles en la región de Chiquimula sobre el cáncer de mama así como el hecho de que la enfermedad muchas veces es diagnosticada ya en estadios avanzados, cuando lamentablemente es pronóstico es ya reservado, y sabiendo que la mejor medida para la detección temprana de lesiones de mama incluyendo el cáncer es el autoexamen de mama, entonces vale la pena preguntarse ¿cuál es el grado de conocimiento que tienen las mujeres que asisten a la consulta externa del hospital Nacional de Chiquimula sobre el autoexamen de mama para la detección temprana de lesiones mamarias?

IV. DELIMITACION DEL ESTUDIO

A. Delimitación teórica

El objetivo de esta investigación se basa principalmente en generar información sobre la realización del autoexamen de mama en las pacientes que asisten a la consulta externa de ginecología del hospital nacional de Chiquimula, cuyo fundamento teórico es de carácter etno epidemiológico ya que se evaluara el conocimiento y las practicas en cuanto a la identificación por medio de cual maniobra se realizan las pacientes el autoexamen y su frecuencia, tomando en cuenta que se determinara el porcentaje de pacientes que se realizan el examen de mama.

B. Delimitación geográfica

El estudio se realizará en el municipio de Chiquimula, departamento de Chiquimula, se encuentra situado en la región Nororiental de Guatemala. Limita al norte con el departamento de Zacapa; al sur con la República de El Salvador. Su extensión territorial es de 372 kms. Cuadrados. La ciudad cabecera se encuentra a una altura de 423.86 m.s.n.m. Latitud 14° 47' 58", longitud 89° 32' 37", su clima es tropical seco.

Tiene una población estimada de 370,891, siendo 177,391 hombres y 193,500, de los cuales un 59.5 por ciento vive bajo la línea de pobreza 203 881 y un 27.7 por ciento vive en pobreza extrema 94 961, tiene un porcentaje de analfabetismo de 29.55% Hombres, 30.30% Mujeres, en cuanto a la población indígena del departamento es de 30.1 % y la no indígena del 69.9 %,La distribución porcentual de la población por grupo etáreo, es de 3.1 % para los menores de 1 año, 15.8 % para las mujeres con edad fértil y una población materno infantil del 62.4 %.

C. Delimitación institucional

El estudio se realizara en el Hospital Nacional “Carlos Manuel Arana Osorio” de Chiquimula. Su historia se remonta al siglo XIX, cuando en 1873 siendo Alcalde Municipal el General Pío Porta, se aprovechó de una visita Presidente de la República, Justo Rufino Barrios, para plantearle la construcción de un Centro Asistencial la cual fue terminada hasta el año de 1888 cuando era Jefe Político y Comandante de Armas el General Juan Conde quien fue el primer director. Posteriormente siendo Presidente el General Manuel Arana Osorio (1973), consideró que el Centro Asistencial era insuficiente y ordenó construir el Hospital Modular en el lugar donde funciona hasta la fecha, cuenta con 146 camas distribuidas en los servicios de Intensivo, Medicina Interna, Cirugía, Pediatría y Maternidad. Su actual directora Dra. Flor de María Figueroa.

El departamento de Gineco-Obstetrica, cuenta con un personal conformado por: 4 Gineco-Obstetras, que se rotan por los diferentes servicios: Maternidad, Labor y Partos, Ginecología y Consulta Externa; Los días de consulta externa son Martes, Jueves y Viernes en horario de 8:00 a 14:00 horas, atendiendo un promedio de 35 pacientes por día.

D. Delimitación temporal:

El estudio se realizará en el período de marzo a noviembre de 2012.

V. OBJETIVOS

GENERAL

Establecer el conocimiento y práctica sobre el autoexamen de mama que tienen las pacientes mayores de 25 años que asisten a la Consulta Externa de Ginecología del Hospital Nacional de Chiquimula en el mes de octubre a noviembre de 2012.

ESPECIFICOS

Determinar porcentaje de pacientes que conocen y practican el autoexamen de mama.

Identificar el medio por el cual las pacientes aprendieron el autoexamen de mama y si conocen cuál es la utilidad en su realización.

Identificar el porcentaje de pacientes que realizan el autoexamen de mama en forma correcta y en qué momento del ciclo menstrual.

Determinar el grupo etario de pacientes que se realiza el autoexamen de mama con mayor frecuencia.

VI. JUSTIFICACIÓN

La glándula mamaria es de fácil acceso para que cualquier anormalidad sea detectable por la misma paciente, siempre que sea orientada adecuadamente por ello, con esto se puede lograr un diagnóstico temprano lo cual permitirá un tratamiento que puede conllevar a una curación total o bien a una mayor sobrevida.

El cáncer de mama es un problema de salud pública mundial; ya que constituye el tipo de cáncer más común entre las mujeres. La incidencia de este cáncer aumenta con la edad. Para el año 2007, en los EEUU, la incidencia fue de 8,1/100 000 en mujeres de 25 a 29 años de edad; la incidencia aumentó a 24,8/100 000 en mujeres entre 30 y 34 años, y llegó a 198,5/100 000 en mujeres de 45 a 49 años. En mujeres jóvenes, 2,7% de los cánceres de mama ocurren en menores de 35 años y solo 0,6% en menores de 30 años. El comportamiento del cáncer de mama en mujeres jóvenes es más agresivo; así, a pesar que el cáncer de mama constituye 5 a 7% de todos los cánceres que afectan a mujeres de entre 15 a 29 años, es la principal causa de muerte por cáncer en mujeres jóvenes (OPS 2007).

La mamografía es la herramienta diagnóstica más utilizada en los programas de tamizaje y diagnóstico; sin embargo, el autoexamen de mama es simple, de costo bajo y no invasivo.

El autoexamen de mama constituye una herramienta de inestimable valor para el diagnóstico precoz de sus lesiones mortales, es un método eficaz, sencillo, inocuo y sin costo adicional. Nadie como la propia mujer para conocer los detalles y evolución de su mama en cada examen y de esta manera se elige como el elemento de alarma para las autoridades de salud, independientemente de los deberes formales de estas (Quinteros 2006).

La morbilidad y la mortalidad por cáncer de mama pudieran reducirse si las mujeres tuvieran el conocimiento, la motivación y la destreza necesaria para aplicar

medidas de detección precoz. El referido cuidado debe ser iniciado desde la adolescencia y deberá realizarse todos los meses durante el resto de la vida.

Todo lo anteriormente descrito es el ideal de la prevención, pero muchas veces se trabaja en el supuesto de que la población ya sabe realizarse el autoexamen de mama y por lo tanto se descuida el plan educacional a las mujeres desde temprana edad, es por esta razón que es de suma importancia hacer una pausa y conocer cuál es el grado de conocimiento y de puesta en práctica de la realización de este examen como una medida de detección temprana de lesiones de mama.

VII. MARCO TEORICO

CAPITULO I

A. Generalidades

La glándula mamaria es de origen ectodérmico y constituye la característica fundamental de los mamíferos, quienes alimentan a sus crías con el producto de su secreción, la leche. En casi todos los mamíferos la vida del recién nacido depende de la capacidad de su madre para amamantarlo, por lo tanto, una lactancia adecuada es esencial para completar el proceso de la reproducción y la supervivencia de la especie. En general la leche de una especie no permite asegurar la supervivencia de las crías de otra especie.

En la mujer, la glándula mamaria se encuentra en la estructura anatómica denominada mama. La histología de la glándula mamaria es prácticamente la misma en todas las especies: un parénquima glandular, compuesto de alveolos y ductos, y un estroma de soporte. Cada célula alveolar se comporta como una unidad de secreción, produciendo leche completa, sintetizando y transportando desde el plasma sanguíneo las proteínas, grasas, hidratos de carbono, sales minerales, anticuerpos y el agua, que son los principales constituyentes de la leche. El proceso de síntesis y de secreción es similar en todas las especies. La composición química de la leche y la disposición anatómica del sistema de almacenamiento de la leche en la glándula mamaria varía en las diversas especies (Testut 1998).

CAPITULO II

A. Aspectos embriológicos, anatómicos y fisiológicos de la mama

Embriológicamente

Las mamas son glándulas sudoríparas altamente especializadas. En el embrión, a la 6ta – 7ma semana de gestación aparece un engrosamiento llamada cresta mamaria que se extiende desde las regiones axilares hasta las regiones inguinales esta cresta llega a reducirse a unos 15mm en la misma etapa quedando en la región torácico anterior.

Cerca de los 9-10 años aparece una protuberancia retroareolar, llamado "botón mamario" siendo esta la primera señal del crecimiento mamario; estructura debe ser respetada y no debe ser sometida a ningún golpe, procedimiento quirúrgico pues ocurre el riesgo de alterar seriamente el crecimiento mamario a partir de los 12 años es cuando la glándula comienza a presentar verdadero desarrollo, y a los 13 - 14 años comienza un intenso crecimiento retroareolar en vista a una forma definitiva (Quiroz 2000).

Anatómicamente

La mama está formada por 20 unidades lobulares con sus canales excretores, numerosas fibras musculares lisas, cuya función es de proyectar el pezón, también posee los llamados " ligamentos Cooper ", si estos se relacionan dará signos de retracción de la piel, tan importante en el diagnóstico clínico del cáncer de mama. La irrigación arterial la realizan las arterias mamarias internas, ramas de las arterias axilares, toda la mama es rica en canales linfáticos; en el área de la areola - pezón existe una red circunareolar y se considera básicamente 3 vías de drenaje linfático de la mama (Rouviere 2004).

- a) Axilar**
- b) Ínter pectoral**
- c) Mamaria interna.**

Fisiológicamente

La función principal de la mama durante la gestación es prepararse para la producción de leche; la proporción adecuada de progesterona con los estrógenos y sus concentraciones absolutas, son los factores que causan el desarrollo y aumento de volumen de la mama. La adenohipófisis contribuye a la preparación de la mama para la producción de leche, por medio de liberación de substancias que junto con los estrógenos, estimulan el crecimiento de los conductos lactíferos y alveolos (Guyton 2006).

Al considerar la fisiología de la mama, es importante tener una idea general de los factores que siguen el desarrollo y los cambios cílicos normales en la mujer adulta, al igual que los factores que gobiernan la lactancia. En términos generales, se acepta que el factor más importante en el desarrollo de la mama está determinada por la función ovárica, esto es por las hormonas ováricas.

Existe controversia respecto al grado de necesidad de la función de la adenohipófisis para la acción de las hormonas ováricas. Se acepta que si bien las hormonas ováricas ejercen el efecto de más importancia en el desarrollo de la mama, lo hacen por medio de la integridad de la adenohipófisis. El desarrollo normal de la mama depende igualmente de la somatotropina y la prolactina, al igual que la mama normal experimenta cambios cílicos que dependen del mismo mecanismo que controla el ciclo menstrual.

Durante la gestación el efecto lactógeno de los estrógenos es inhibido por la presencia de progesterona, no obstante, inmediatamente después del parto disminuye la proporción de progesterona, lo que hace que predomine el efecto lactógeno de los estrógenos. La succión que realiza el recién nacido estimula la liberación de adrenocorticotropina y prolactina por medio de un arco reflejo mediado por la neurohipófisis y la adenohipófisis (Calatroni y Ruiz 2002).

CAPITULO III

A. Autoexamen de mama

Un autoexamen de mama es una exploración de las mamas que la misma mujer se realiza. Es una manera de que ella se dé cuenta de algún cambio, protuberancias o anormalidades en las mamas. Es también una oportunidad para que se dé cuenta de lo que es normal en sus mamas.

La Sociedad Americana del Cáncer (ACS por sus siglas en inglés) recomienda que todas las mujeres mayores de 20 años consulten con su médico acerca de los beneficios y limitaciones del autoexamen de mama (American Cáncer Society 2012).

Una mujer que se encuentra entre los 20 y los 39 años de edad debe realizarse un examen clínico de mama cada tres años. Después de los 40 años de edad, una mujer debe hacerse exámenes de mama y mamografías de revisión cada año. Es importante que el examen de la mama forme parte del examen físico, independientemente de que haya o no signos apreciados por la paciente (Quinteros 2006).

El tumor maligno más común en la mujer lo constituye el cáncer de la glándula mamaria y al ser diagnosticado de manera temprana las probabilidades de curación son mayores, siempre que se brinde el tratamiento adecuado.

Es necesario explicar detenidamente a las mujeres la importancia del autoexamen mamario se debe señalar que las exploraciones iniciales, tendrán como objetivo familiarizarse con las características físicas propias de las mamas y las exploraciones subsecuentes se dedicarán a la búsqueda de anomalías que requieran consulta profesional (Núñez Martín y Almeyda 2000).

Para la mujer que todavía menstrua, deberá iniciar la práctica de la autoexploración, a partir de la menarquía y se realiza entre el séptimo y décimo día de haber iniciado el sangrado menstrual, ya que en esta fase del ciclo se tiene una menor

cantidad de nódulos y es menor el edema de las mamas, ya que estos hallazgos normales, eventualmente pueden provocar falsa alarma. A las mujeres en la menopausia y a las mujeres jóvenes que han sido sometidas a histerectomía o embarazadas se les recomienda que elijan un día fijo de cada mes para realizarse su autoexamen, todos los meses (Porta Mendieta y Murillo 2006).

TECNICA

Las técnicas de auto examen deben ser las siguientes:

A. Inspección

Frente al espejo

Debe realizarse una observación cuidadosa de las mamas frente al espejo permitiendo la visualización simultánea de ambas mamas, inicialmente con los brazos relajados a lo largo del tórax y posteriormente levantados por encima de los hombros, la inspección debe ser cuidadosa, tanto de frente como de perfil, esto permitirá identificar:

- Asimetría del volumen
- Desviación de la dirección del pezón
- Retracción del pezón o de otras áreas cutáneas
- Edema de la piel
- Ulceraciones o escoriaciones
- Aumento de la vascularidad
- Enrojecimiento cutáneo
- Salida espontánea o provocada de secreciones (Suárez 2009).

B. La Palpación

Debe realizarla acostada de boca arriba sobre una superficie firme y colocándose una almohada sobre los hombros; esto permite que la glándula mamaria se extiendan y aplanan sobre la pared torácica facilitando el examen.

Luego se dividen ambas mamas en dos hemisferios mediante una línea imaginaria luego otra división imaginaria de forma vertical que pase por el pezón. Los hemisferios se dividen en interno (el más cercano a la otra mama) y externo (este se

ubica cerca al brazo), se coloca el brazo debajo de la cabeza cuya mama será examinada por la mano contraria, iniciando la palpación con los dedos extendidos desplazándolo en forma de abanico desde el esternón hasta el pezón y en sentido contrario a las manecillas del reloj finalizando en el cuadrante externo inferior, en el caso de la areola y el pezón deben oprimirse suavemente entre dos dedos buscando la salida de alguna secreción.

Finalizando con los cuadrantes internos se traslada al hemisferio externo, se baja el brazo del lado examinando, se coloca a lo largo del tronco y se realiza la misma técnica de los cuadrantes, con líneas radiales pero ahora con el contamos cuadrante externo en dirección hacia la areola y el pezón. Se debe tener cuidado al palpar el cuadrante externo superior el más cercano a la axila pues esta área con mayor frecuencia de tumores y presenta cierta dificultad por su espesor ya que hay grandes volúmenes de tejido mamario. Estos mismos procedimientos se llevan a cabo en la mama opuesta. Otra manera recomendable para efectuar la palpación mamaria es la práctica durante el baño diario, utilizando el jabón facilita la palpación y los movimientos rotatorios de mano sobre los senos, permitirán en muchas ocasiones describir tumores de pequeñas dimensiones (Suiderma 2004).

Palpación de la axila

Algunas maniobras de la autoexploración como la palpación de la zona axilar, se pueden realizar durante el baño, colocando el brazo del lado a explorar en un ángulo aproximado de 90 grados con la mano por detrás de la cabeza y con los dedos de la mano opuesta, comprimiendo la axila contra la parrilla costal, en búsqueda de crecimiento ganglionar.

CAPITULO IV

A. Principales patologías de la mama:

a. Mastalgia

La mastalgia, mastodinia, tensión mamaria o dolor mamario afecta entre el 45-85% de las mujeres en algún momento de su vida. Es una causa frecuente de consulta tanto en centros especializados, como en el ámbito de la medicina general ya que las pacientes relacionan el dolor mamario con un cáncer de mama. Sin embargo, el dolor mamario suele no estar relacionado con patología maligna, salvo ciertas excepciones, como se observa en los carcinomas inflamatorios o los carcinomas localmente avanzados (Díaz 2005).

Etiología y clasificación

Existen varias teorías para explicar la etiología de la mastalgia; una de ellas es la teoría hormonal que considera varios puntos tales como la deficiencia de progesterona o el exceso de estrógenos, las alteraciones en el cociente progesterona – estrógeno, diferencias en la sensibilidad de receptores hormonales, secreción alterada de FSH y / o LH, niveles bajos de andrógenos y otras. Sin embargo las comunicaciones son contradictorias no quedando clara la causa.

La teoría más aceptada para explicar la mastalgia es el edema que se produce en el estroma causado por retención de agua y sodio, secundario a las fluctuaciones de los niveles de estrógeno y progesterona lo que provocaría inflamación y aumento de la consistencia mamaria. Se ha considerado que es una respuesta fisiológica exagerada a la estimulación cíclica a estrógeno y progesterona (Díaz 2005).

CLASIFICACIÓN

Todos los tejidos de la glándula mamaria son capaces de provocar un tumor, benigno o maligno. A los tumores derivados del epitelio mamario se les conoce genéricamente con el nombre de carcinomas y los derivados del mesénquima como sarcomas.

Los tumores malignos de la mama, dependiendo de su carácter morfológico, tienen una subdivisión. Únicamente se mencionan los dos grandes grupos del carcinoma: el canalicular, que se origina en los conductos mamarios y el lobulillar que tiene un punto de partida en los lobulillos; ambas variedades, pueden presentarse *“in situ”* e *“infiltrante”* (Cáliz 2002).

b. Sarcomas

Estos tumores se originan del tejido mesenquimatoso que es parte del tejido conjuntivo, ocupando aproximadamente el 1 % de todos los tumores malignos de la mama, siendo el más frecuente el fibrosarcoma, el cual se caracteriza por presentar un rápido crecimiento.

Las características clínicas más importantes son: presencia de un nódulo de rápido crecimiento, que puede aumentar su tamaño en un corto tiempo, consistencia dura con algunas zonas blandas, no es común que se abombe la piel, ni la retracción cutánea, siendo tumores de muy mal pronóstico por su alto grado de invasión y alto número de metástasis contando con un bajo porcentaje de sobrevida a cinco años (Díaz 2005).

c. Fibroadenoma mamario

Es un tumor mixto fibroepitelial, se presenta en mujeres jóvenes y durante el embarazo; esto permite deducir que su desarrollo tiene relación con una estimulación estrogénica que es responsable de la proliferación epitelial y actividad secretora.

Esta predilección por la edad, así como el aumento de volumen que experimenta durante el embarazo, puede dar al clínico una orientación hacia esta patología.

El fibroadenoma es el tumor benigno más frecuente de la mama. Se presenta en las primeras décadas de la vida. El tumor se observa, antes de la menopausia, en pacientes con una larga evolución y se pueden encontrar algunas calcificaciones gruesas en su interior

Generalmente es descubierto por la paciente; en el 15% de los casos pueden ser tumores múltiples en una o ambas mamas, además tienen la característica de presentarse en forma multicéntrica sucesiva y no es raro encontrar pacientes con historia de fibroadenomas de aparición en diferentes épocas (Cushman y Haagensen 1997).

d. Tumor phyllodes

Es un tumor fibroepitelial, derivado la mayor parte de las veces de un fibroadenoma del que conserva algunas de sus características clínicas. Desde la descripción de Müller, el término de cistosarcoma ha provocado confusión en el sentido de considerarlo como tumor maligno. Desde el punto de vista de su evolución y carácter morfológico microscópico se distinguen las variedades benigna, maligna y casos limítrofes. Se reconoce a este tumor por su comportamiento clínico, caracterizado por una presencia tumoral ya existente de larga evolución, que en forma intempestiva y rápida aumenta sus dimensiones hasta alcanzar un gran volumen ocupando en ocasiones toda la glándula, confiriéndole un aspecto característico. En ocasiones no es posible determinar la existencia de un tumor previo. El rápido crecimiento y su particular apariencia dominan el cuadro clínico (Martínez Torres y Díaz 2004).

e. Papiloma canalicular y papilomatosis:

Es una lesión ampliamente discutida tanto por su verdadero carácter tumoral, como por su probable relación predecesora de cáncer mamario.

A esta lesión se le considera como el grado máximo de hiperplasia de las células de revestimiento de los conductos mamarios, o como un verdadero tumor único o multicéntrico de los conductos.

Ocupa el cuarto lugar en frecuencia de los tumores benignos de la mama y se presenta fundamentalmente entre la cuarta y quinta década de la vida. Su multicentricidad y

asociación con otras lesiones de hiperplasia epitelial de los conductos, como la enfermedad quística y la adenosis parecen indicar que es un grado avanzado de las mismas. Característica clínica del papiloma canalicular es la salida espontánea de secreción por uno o ambos pezones (Díaz 2005).

f. Cáncer de mama

El cáncer de mama en la mujer constituye uno de los principales problemas de Salud Pública en los países desarrollados, debido a su alta incidencia y elevado mortalidad, ocasionando además una importante repercusión física y psicológica en las mujeres afectadas.

Conociendo un poco más en el ámbito mundial de cómo afecta el cáncer de mama a la población femenina ocupando el primer lugar con 18.4% ha comparación con otros tipos de cáncer, en una situación variable entre distintas regiones del mundo es una variación en la distribución geográfica del cáncer de mama que se ha asociado a diferentes factores sociodemográficos como son la raza, la clase social, el status marital y la región de residencia. Es más común en las mujeres solteras que en las casadas en zonas urbanas que rurales y en las mujeres que poseen un estatus social elevado, se observa también elevación de riesgos en las mujeres con menarquía temprana y las nulípara o con pocos hijos después de los 35 años.

Los casos de incidencia superan a un millón de casos anuales a pesar de los grandes avances en el diagnóstico y el tratamiento de la enfermedad se reporta que este tipo de neoplasia cobra 314.000 muertes por año representando el 14% de todas las muertes por cáncer en el sexo femenino, existen cifras que ilustran como esta enfermedad continua siendo un grave problema de salud a nivel mundial aunque haya una tendencia a la reducción de la mortalidad en países industrializados, como los Estados Unidos, donde se reportó un estimado de 40.410 mujeres a fallecer en el año 2005 (Díaz y Sánchez 2005).

En la región de Centro América y el Caribe, fallecieron por esta causa 8.198 mujeres en el año 2000. En cuba igual que a nivel mundial, ocupa también la segunda causa de muerte por cáncer de mama en la mujer con una tasa de 26.2 xc100 habitantes.

En los últimos hay una tendencia sobre la creciente a la mortalidad a pesar de estar implementando un programa de diagnostico y tratamiento precoz hace ya más de 15 años ya que en el año 2002 fallecieron 1.121 mujeres por esta enfermedad y en el 2003 se reporto una tasa de 20.8 por cada 100 habitantes, la provincia Holguín, más de un millón de habitantes, exhibe una situación similar con una tasa de 18.2 por cada 100 mil habitantes en el año 2025 (Guidi y López 2004).

Etiopatogenia

Tumores epiteliales	Tumores no epiteliales
*90 % * cáncer o carcinoma: carcinoma lobulillar 10 %, Carcinoma ductal 90 %	* 10 % *Del estroma de soporte, angiosarcoma, sarcomas primarios, tumor filoides, linfoma (raro)

Clasificación de cáncer de mama

Clasificación histopatológica (No infiltrante (in situ)	Infiltrantes
<p>*Intralobulillar: proliferación dentro de los lobulillos, carcinoma lobulillar in situ (CLIS), es palpable, se descubre por biopsia ,raras veces se ve en la mamografía</p> <p>El CLIS , no es maligno pero indica aumento de riesgo de carcinoma infiltrante en cualquiera de las 2 mamas 1-2 % presentan cáncer cada año</p> <p>*Intraductal : (solido, papilar , cribiforme proliferación dentro de los conductos , carcinoma ductal in situ (CDIS), se detecta solo mediante mamografía (> 80%),hallazgo frecuente microcalcificaciones 75 a 80%</p> <p>La enfermedad de Paget es una forma de CDIS (Cameselle 2002) .</p>	<p>*Lobulillar infiltrante</p> <p>*ductal infiltrante</p> <ul style="list-style-type: none"> - NOS*80% de los carcinomas - Formas especiales medular típico Mucosecretante Adenoquistico Papilar Tubular Liposecretante Secretorio metaplasico

Factores de riesgo

<p>*Edad a mayor edad mayor riesgo, edad media de aparición 54 años, 45 % aparecen después de los 65 años</p>	<p>*Ser portador del gen BRCA1o BRCA2: 5 % de la mujeres con cáncer de mama confiere susceptibilidad al cáncer mamario a edades tempranas, bilateralidad y cáncer de ovario (frecuente BRCA1). Si un familiar de una mujer es portador del gen, tiene riesgo de presentar cáncer de mama del 50 a 85 % casi siempre desarrollan cáncer antes de los 65 años, genes mas frecuentes en judíos askenazis.</p>
<p>*Cáncer de mama previo, aumenta el riesgo de cáncer de mama contralateral en 0.5 a 1 % año de seguimiento.</p>	
<p>*Menarquía temprana antes de los 12 años o tardía después de los 15 años.</p>	
<p>*Nuliparidad aumenta el riesgo después de los 50 años, o un menor número de embarazos</p>	<p>5% de todas las mujeres con Cáncer de Mama pueden tener mutaciones. La prevalencia de BRCA1 mutante está estimada que es 1/800 en la población general.</p>
<p>*Primera gestación tardía, después de los 30-35 años aumenta 5 veces el riesgo.</p>	
<p>Cambios fibroquisticos: aumentan ligeramente el riesgo</p>	<p>Genes Conjuntamente con el síndrome Li-meni (mutación del p53), estas aberraciones genéticas determinarían aproximadamente el</p>
<p>*Aborto inducido</p>	<p>5% de todos los casos de cáncer de mama, Recientemente se ha</p>
<p>*Lesiones benignas fibroadenoma complejo, hiperplasia moderada florida (con atipia o sin atipia , adenosis esclerosante y papiloma). (Cameselle 2002).</p>	<p>encontrado que un gen llamado BARD1, cuando está combinado con el gen BRCA2 incrementa el riesgo de cáncer hasta en un 80%.</p>

<p>*Hiperplasia ductal o lobulillar atípica aumenta en riesgo a 4 a 5 veces y 10 veces si hay antecedente familiar de Cáncer (de primer grado)</p>	<p>*Uso de anticonceptivos orales aumenta muy ligeramente el riesgo 5 casos por cada 100.000 mujeres sobre todo durante la utilización, disminuye 10 años siguientes ,mayor riesgo en mujeres que usan antes de los 20 años</p>
<p>*Antecedente familiar de cáncer de mama: De primer grado, aumenta el riesgo de 2 o 4 veces, si 2 familiares tienen cáncer de mama aumenta a 5-6 veces. El 60% de los cánceres mamarios familiares ocurre antes de la Menopausia contra un 25% de los no familiares.</p>	<p>*Terapia hormonal con estrógenos y/o progesterona después de la menopausia por 3 años aumenta ligeramente el riesgo , el uso prolongado aumenta el riesgo 7-8 casos por cada 10.000 mujeres por cada año de uso</p>
<p>*Antecedente de carcinoma de endometrio</p>	<p>*Exposición a radioterapia antes de los 30 años.</p>
<p>*Hormonas ováricas endógenas</p>	<p>*Obesidad se asocia con mayor riesgo de cáncer de mama, endometrio , ovario y vejiga (obesidad posmenopáusica)</p>
<p>*Dieta rica en grasas y déficit de vitamina A</p>	<p>*Ingesta de tabaco</p>
<p>*Ingesta de alcohol dos unidades de alcohol /día tiene un riesgo 8% mayor de cáncer de mama que una unidad de alcohol/ día. Mayor alcohol , mayor riesgo</p>	<p>*Dieta occidental</p> <p>* Vida sedentaria</p>

VIII. DISEÑO METODOLOGICO

A. Tipo de estudio

Estudio descriptivo transversal.

B. Área de estudio

Consulta Externa de Ginecología Hospital Nacional de Chiquimula.

C. Universo o muestra

Para la realización de la presente investigación, el procedimiento para la toma de la muestra, considerando que la población (“N”) de pacientes que asisten a la consulta externa que es una población finita debido a esto se estará trabajando bajo el concepto de diseño muestral (“n”), por lo que el cálculo de la muestra (“n”) será empleando la fórmula (Sierra Bravo 1995):

$$n = z^2 N pq / e^2(N-1) + z^2pq$$

En donde, “Z²” ($\alpha/0.95$, 1.959963985 \approx 1.96) los niveles de confianza a estudiar, “p” (0.20) el éxito en proporción en que se encuentra en el universo (N) la característica a estudiar, “q” (0.80) el fracaso en proporción en que no se encuentra en el universo (n) la característica a estudiar, y “E²” el error de estimación admitido (0.5). Lo que equivale a n = 247 pacientes que serán encuestadas.

D. Sujeto u objeto de estudio

Pacientes mayores de 25 años que asistan a la consulta externa del servicio de ginecología del Hospital Nacional de Chiquimula durante los meses de octubre y noviembre de 2012.

E. Criterios de inclusión

- Pacientes mayores de 25 años que asistan a la Consulta Externa de Ginecología del Hospital Nacional de Chiquimula

F. Criterios de exclusión

- Pacientes menores de 25 que asistan a la Consulta Externa del Hospital Nacional de Chiquimula.
- Pacientes de otros servicios.

G. Variables estudiadas

- Variable Independiente: Autoexamen de Mama
- Variable Dependiente: Conocimiento Y Práctica sobre autoexamen de mama.

H. Operacionalización de las variables

Variables	Definición conceptual	Indicadores	Tipo de variable	Escala de medición
VARIABLE INDEPENDIENTE AUTOEXAMEN DE MAMA	Es el examen que la mujer se realiza así misma en sus senos. Método mediante el cual la mujer aprende correctamente a examinarse una vez al mes sus mamas.		Cualitativa	
VARIABLE DEPENDIENTE Conocimientos	Acción de conocer, adquirir la noción de las cosas mediante el ejercicio del entendimiento	<ul style="list-style-type: none"> • Autoexamen de mama <ul style="list-style-type: none"> - Momento de la realización • Signos Sospechosos de Mastopatías: <ul style="list-style-type: none"> - Alteración de la dermis - Secreción del Pezón - Retracción del Pezón - Masas 	Cualitativa	Dicotómica

I. Técnicas e Instrumentos de recolección de datos

Para la recolección de datos se realizará una encuesta en las pacientes que asistan a la Consulta Externa del Hospital Nacional de Chiquimula durante el período de estudio, registrándose por medio de una boleta de recolección de datos. Dicha boleta constará de 8 preguntas de las cuales 7 servirán para evaluar el conocimiento y 1 sola que consta de 7 ítems que servirá para evaluar las prácticas del autoexamen de mama.

El instrumento fue validado en la Consulta Externa del Hospital Regional de Zacapa en el cual se encuestaron 10 pacientes de las cuales todas entendieron cada una de las interrogantes que se les realizó.

J. Procedimiento para la recolección de la información

Se solicitó el visto bueno de la Directora del Hospital Nacional de Chiquimula así como también a la Jefa de Departamento del Área de Ginecología y Obstetricia del mismo centro hospitalario por medio de cartas de solicitud que se encuentran en los anexos. Este estudio se ejecutará a partir del mes de Octubre y Noviembre del año en curso.

El estudio se realizará en el área de la Consulta Externa del Hospital Nacional de Chiquimula mediante una encuesta directa tomando en cuenta los criterios de inclusión establecidos con anterioridad, llevándose a cabo durante los días de Lunes a Viernes en horario de 7:00 am a 14:00 hrs previa autorización de los antes indicados.

K. Plan de Tabulación y análisis

El procesamiento de la información se utilizará el programa Microsoft Excel. El análisis se utilizará el paquete estadístico SPSS VERSION 15 para Windows así como el programa Epi info para tabulación de datos y análisis de la información.

L. Aspectos éticos

La información obtenida en la boleta de recolección de datos se manejará confidencial sin mencionar nombres y apellidos de las pacientes.

Recursos

1. Humanos

El Investigador y 1 Médico Asesor.

2. Físicos

Consulta Externa del Hospital Nacional de Chiquimula

3. Financieros

Para los recursos Financieros se realizó el siguiente presupuesto:

- Transporte Urbano: Q.400.00
- Tintas: Q. 500.00
- Lapiceros: Q. 35.00
- Energía Eléctrica: Q. 150.00
- Fotocopias Q. 250.00
- Impresiones Q. 450.00

Total Aproximado Q.1, 785.00

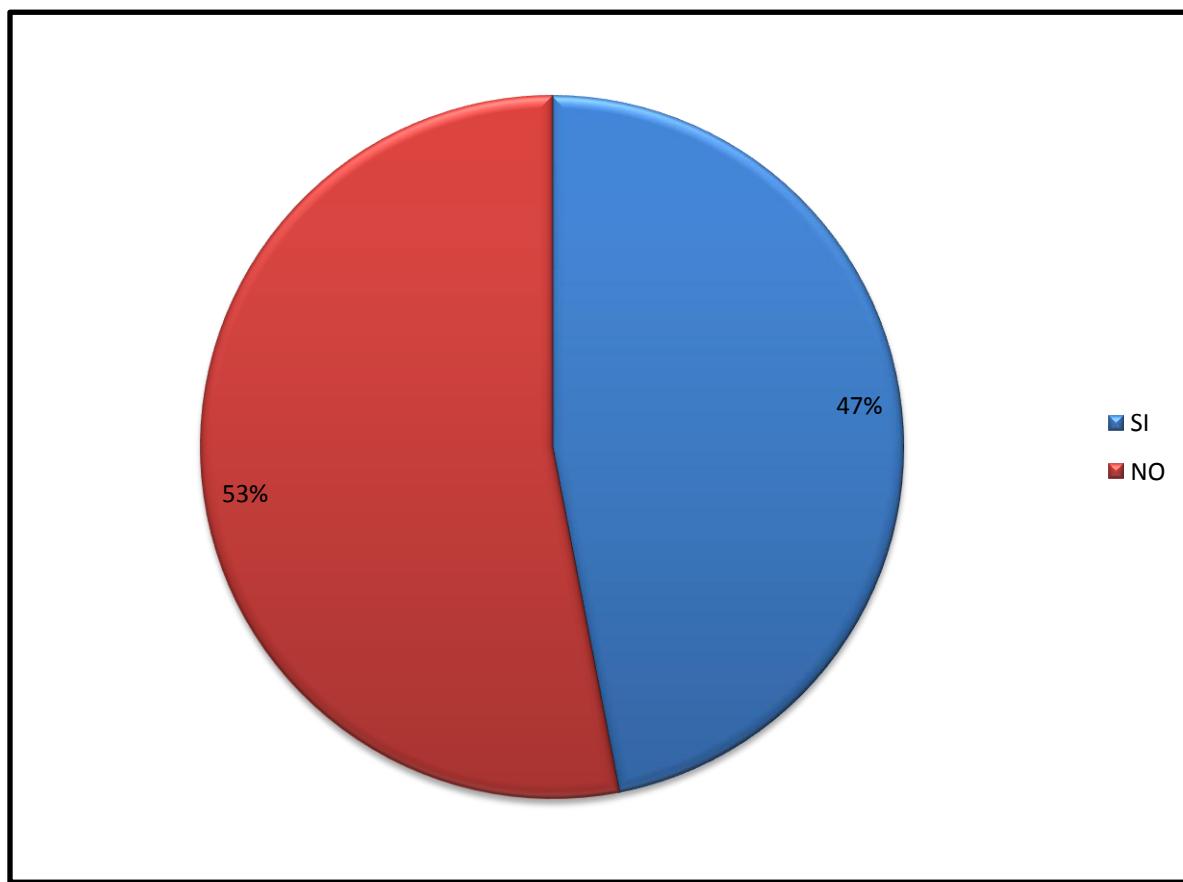
M. Cronograma

MES \ ACTIVIDAD	MARZO ABRIL	MAYO JUNIO	JULIO AGOSTO	SEPTIEMBRE OCTUBRE	NOVIEMBRE DICIEMBRE	ENERO FEBRERO	MARZO ABRIL
Planificación							
Aprobación de Tema							
Realización de Anteproyecto							
Revisión de Anteproyecto							
Segunda Revisión de Anteproyecto							
Trabajo de Campo							

Procesamiento de Datos							
Análisis e Interpretación de Datos							
Elaboración de Informe final							
Revisión de Informe Final							
Presentación de Informe Final.							

IX. PRESENTACIÓN DE RESULTADOS

Gráfica 1. Porcentaje de pacientes mayores de 25 años que tienen conocimiento sobre autoexamen de mama que asistieron a la consulta externa de Ginecología del Hospital Nacional de Chiquimula durante los meses de octubre a noviembre 2012.

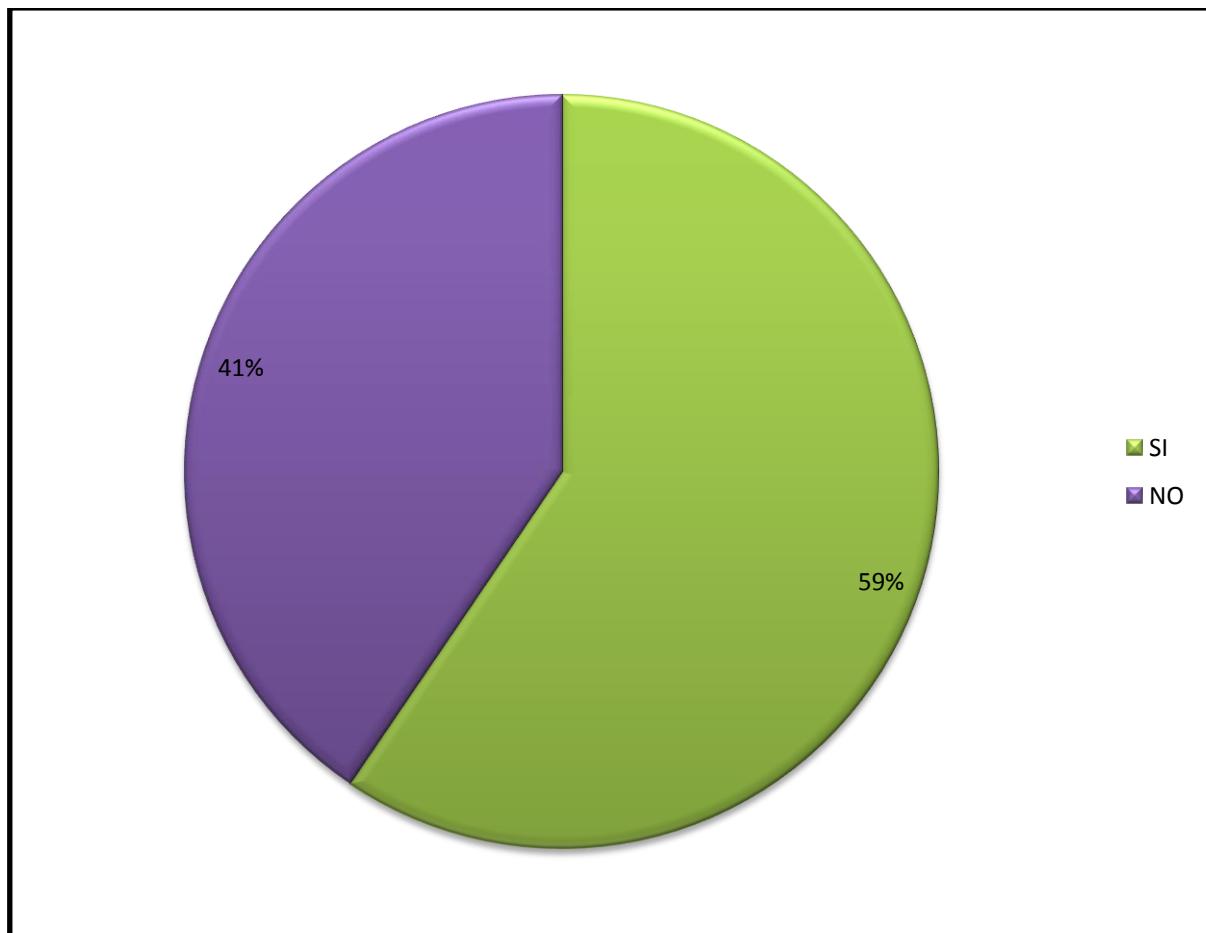


N= 247

Fuente: Boleta de Recolección de Datos

En la gráfica anterior se observa que del total de las pacientes un 53% (131 pacientes) no tienen conocimiento alguno sobre la realización del Autoexamen de mama, y un 47% (116 pacientes) si tiene conocimiento sobre el Autoexamen de mama.

Gráfica 2. Porcentaje de pacientes mayores de 25 años que ponen en práctica el autoexamen de mama que asistieron a la consulta externa de Ginecología del Hospital Nacional de Chiquimula durante los meses de octubre a noviembre 2012.

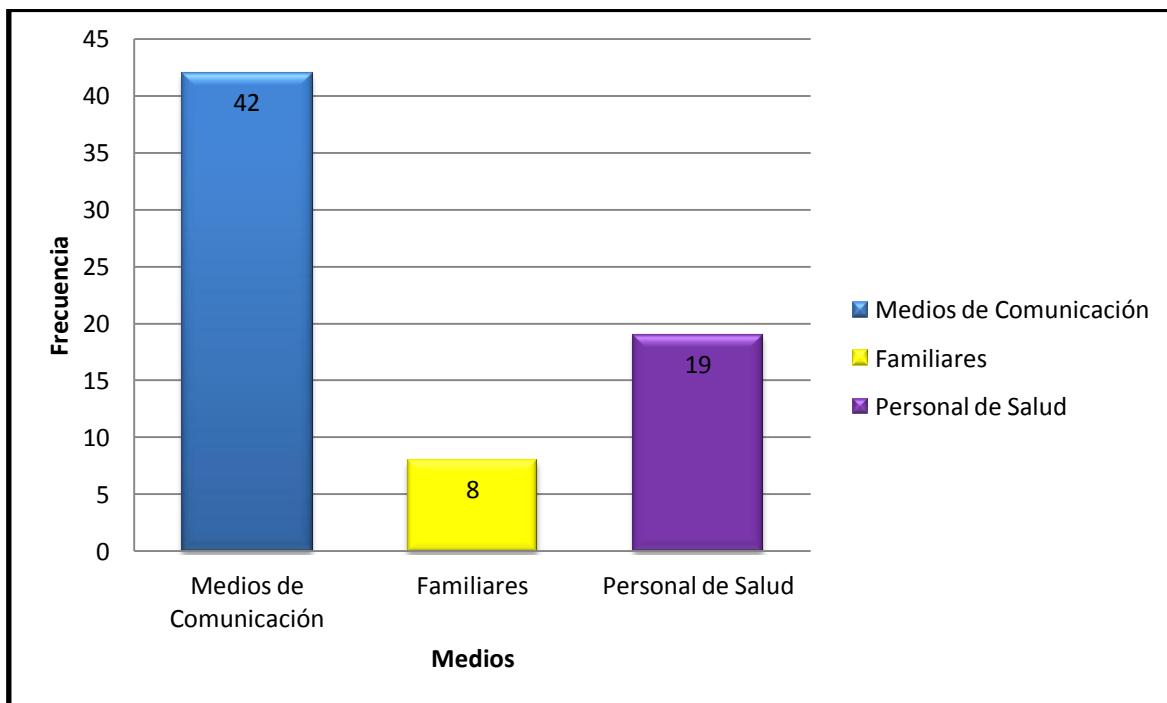


N= 116

Fuente: Boleta de Recolección de Datos

Con respecto a la práctica se evidencia que del total de pacientes que si conocen el autoexamen de mama un 59% (69 pacientes) refiere ponerlo en práctica, mientras que un 41 % (47 pacientes) refieren no hacerlo.

Grafica 3. Medios por el cual conocieron las pacientes la realización del autoexamen de mama, que asistieron a la consulta externa del Hospital Nacional de Chiquimula durante los meses de octubre a noviembre de 2012.

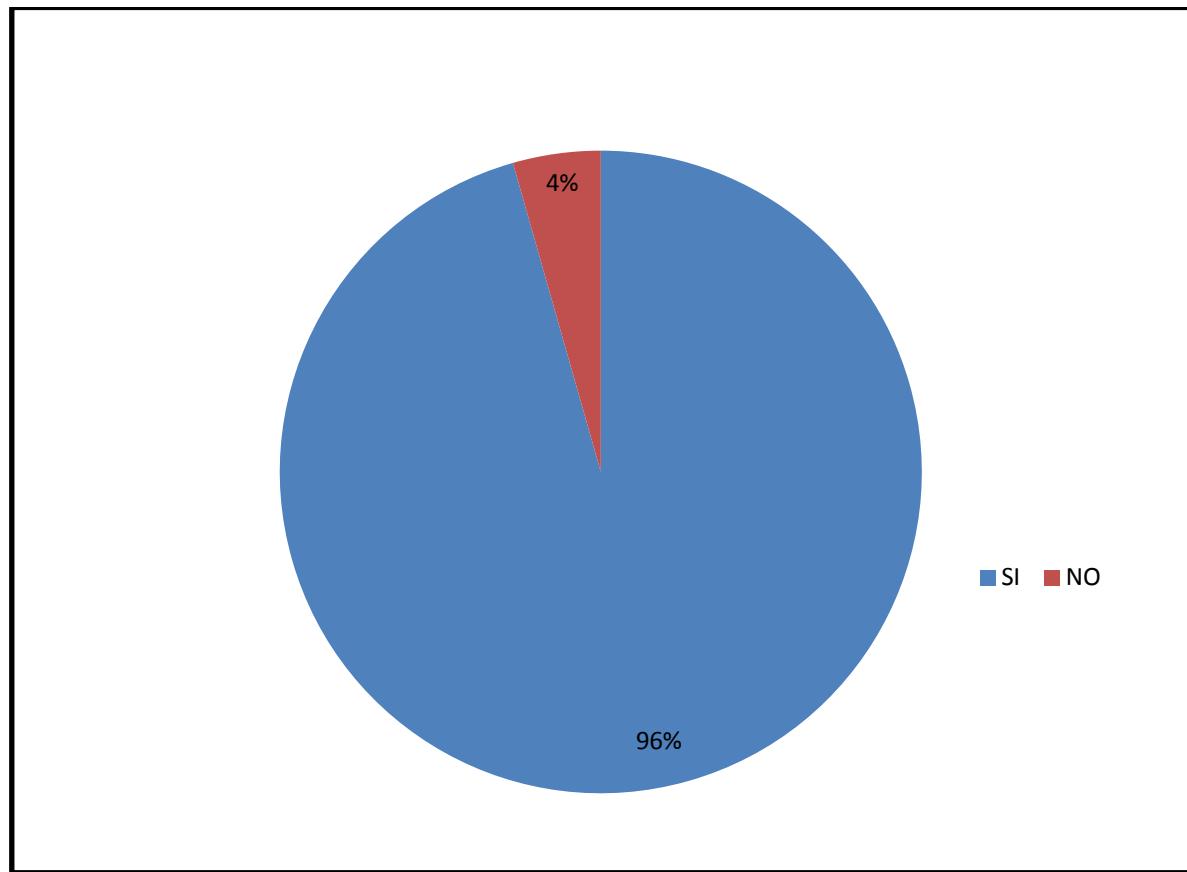


N= 69

Fuente: Boleta de Recolección de Datos

Esta gráfica demuestra que los medios por los cuales las pacientes se informaron sobre la realización del autoexamen de mama fueron los siguientes: Medios de Comunicación: 61% (42 casos), Familiares: 11% (8 casos) y por Personal de Salud un 28% (19 casos).

Gráfica 4. Conocimiento de la utilidad en la realización del autoexamen de mama que tienen las pacientes mayores de 25 años que asistieron a la consulta externa del Hospital Nacional de Chiquimula durante los meses de octubre a noviembre de 2012.

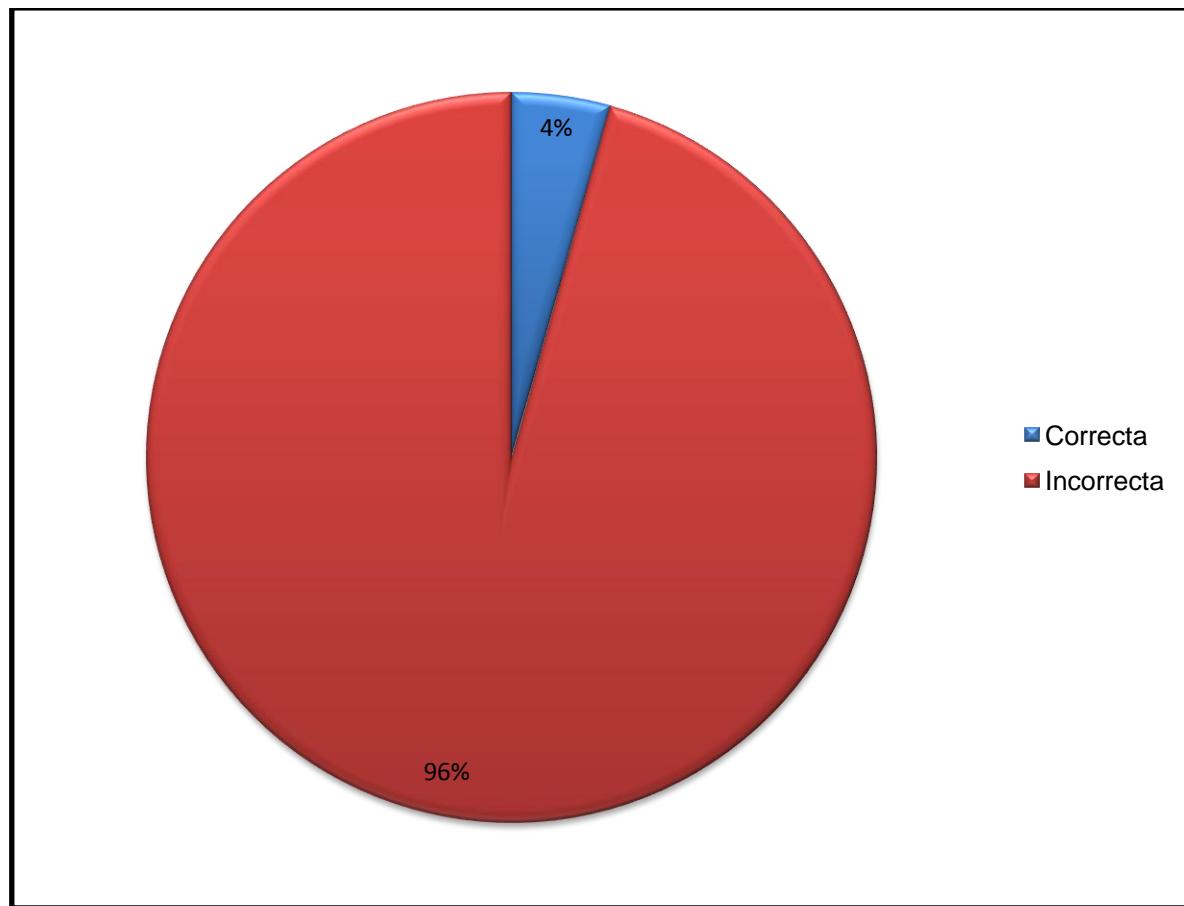


N= 69

Fuente: Boleta de Recolección de Datos

Se observa que en cuanto al conocimiento sobre la utilidad de la realización del autoexamen de mamá hay uno 96% (65 casos) que si saben la importancia de la utilidad y un 4% (4 casos) no saben.

Gráfica 5 Distribución de paciente según la técnica utilizada en la realización del autoexamen de mama en pacientes mayores de 25 años que asistieron a la consulta externa de Ginecología del Hospital Nacional de Chiquimula durante los meses de octubre a noviembre de 2012.

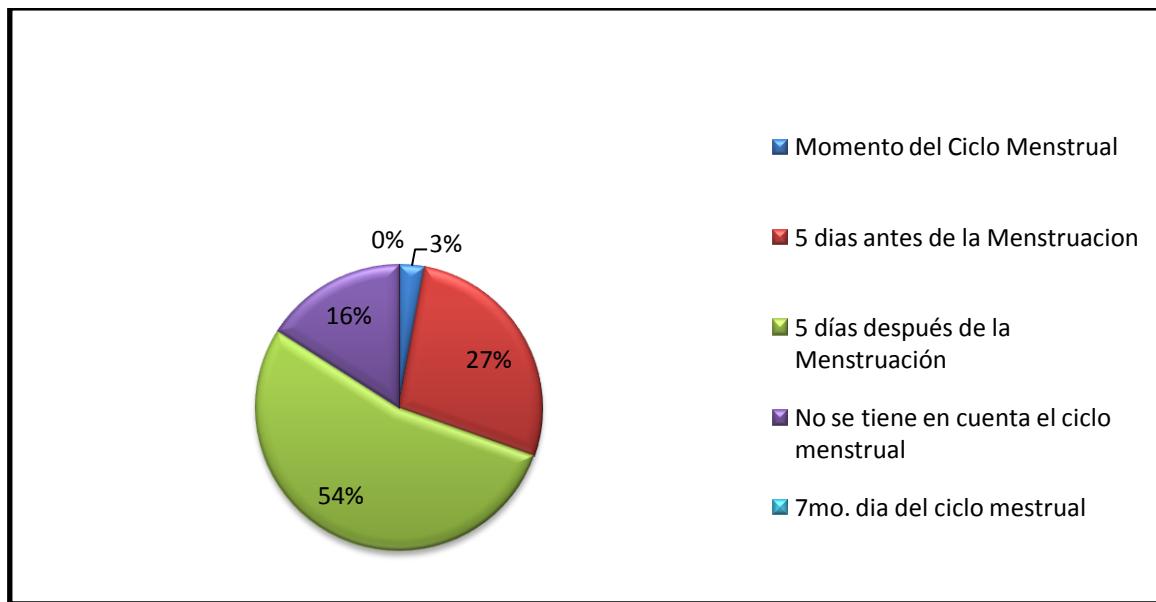


N= 69

Fuente: Boleta de Recolección de Datos

Esta gráfica nos muestra que según la forma de realización del autoexamen de mama se determinó que del total de las pacientes un 96% (63 pacientes) lo realizan de manera incorrecta mientras que un 4% (3 pacientes) lo realizan de manera correcta.

Gráfica 6. Porcentaje de pacientes mayores de 25 años según el momento del ciclo menstrual que deben realizarse el autoexamen de mama, que asistieron a la consulta externa del Hospital Nacional de Chiquimula en los meses de octubre a noviembre de 2012.

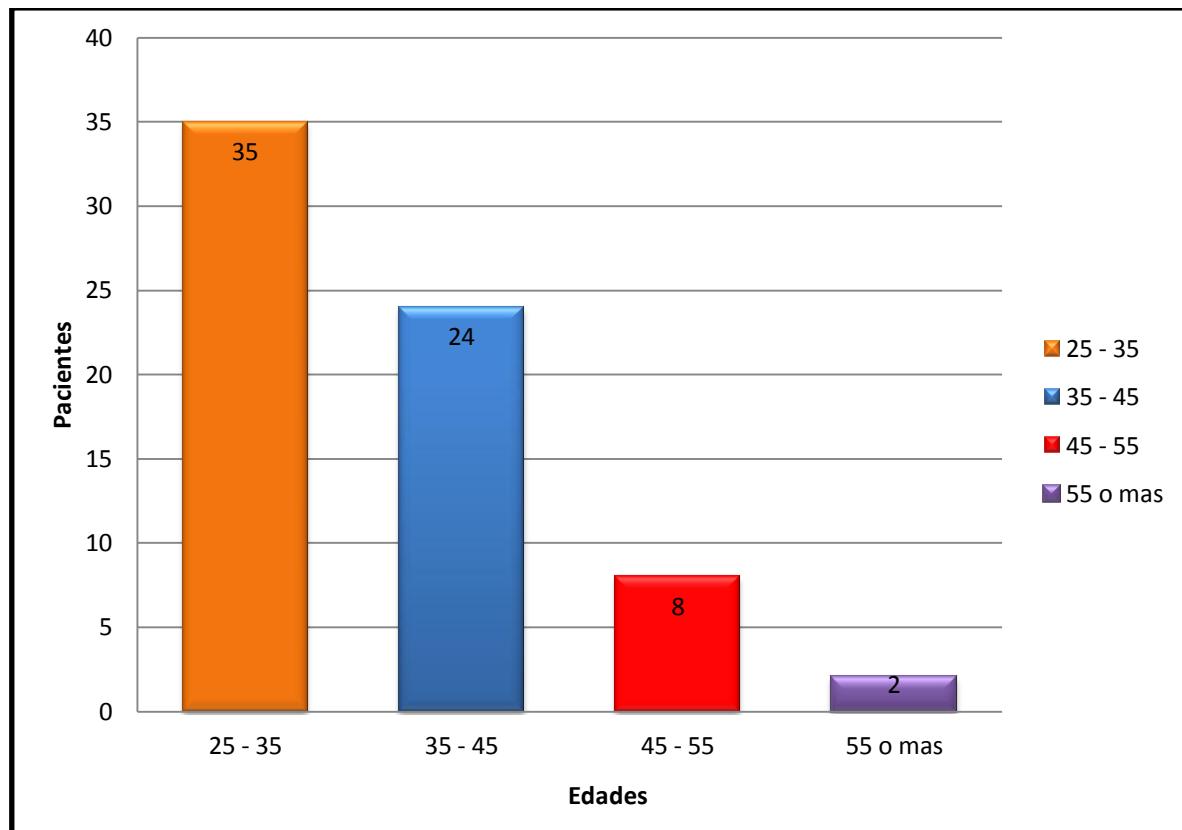


N= 69

Fuente: Boleta de Recolección de Datos

Esta gráfica evidencia el tiempo en el cual las pacientes se realizan el autoexamen de mama estableciéndolo de la siguiente manera: Al momento del ciclo menstrual: 3% (2 pacientes), 5 días antes de la menstruación: 27% (19 pacientes), 5 días después de la menstruación: 54% (37 pacientes), no se tiene en cuenta el ciclo menstrual: 16% (11 pacientes), Septimo día del ciclo menstrual: 0%.

Gráfica 7. Porcentaje de pacientes mayores de 25 años según el momento del ciclo menstrual que deben realizarse el autoexamen de mama, que asistieron a la consulta externa del Hospital Nacional de Chiquimula en los meses de octubre a noviembre de 2012.

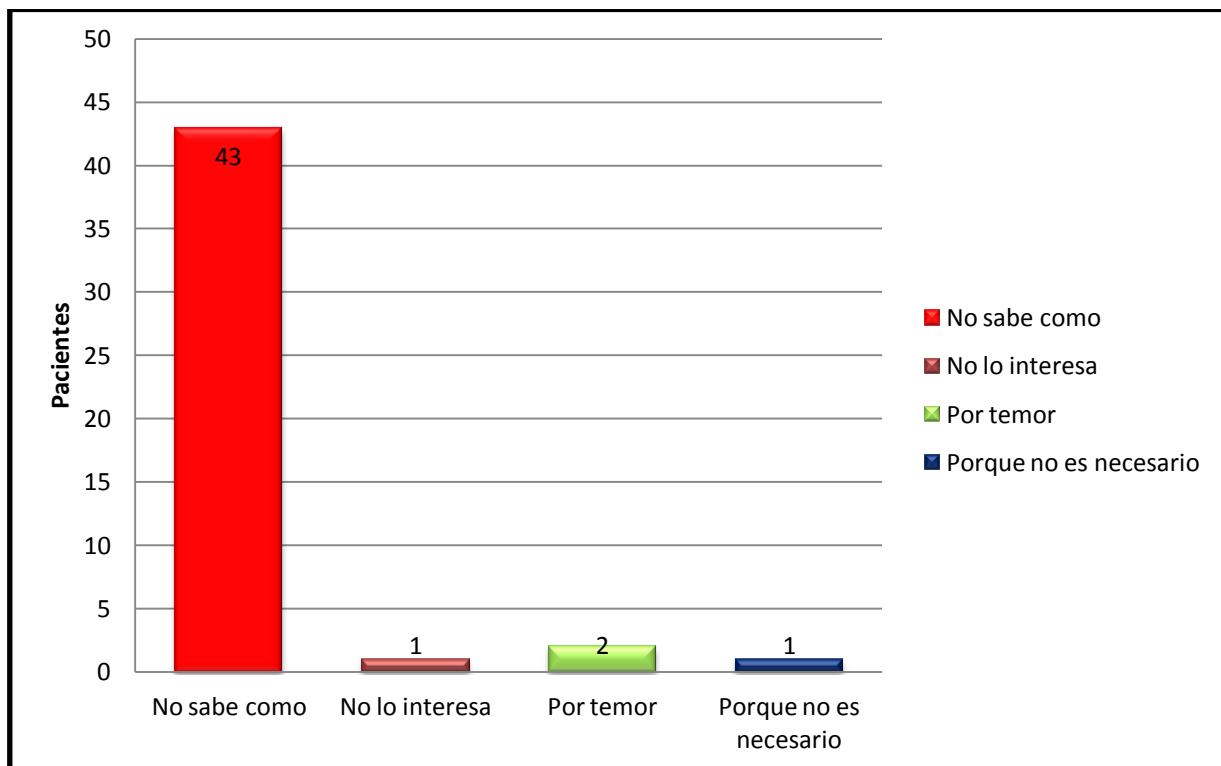


N= 69

Fuente: Boleta de Recolección de Datos

La gráfica anterior demuestra que la edad predominante en la realización del autoexamen de mama es en las pacientes de 25-35 años con el 51 % (35 casos), 35-45 años con el 34% (24 casos), 45-55 años con el 12% (8 casos) y 55 años o más con un 3% (2 casos).

Gráfica 8. Distribución de pacientes según causa por la que no se realizan el autoexamen de mama que asistieron a la consulta externa del Hospital Nacional de Chiquimula durante los meses de octubre a noviembre de 2012.



N= 47

Fuente: Boleta de Recolección de Datos

Se observa que del total de 47 pacientes que si conocen el autoexamen de mama pero no se lo realizan, las razones de no hacerlo son: no saben cómo realizarlo 91% (43 pacientes), no le interesa 2% (1 paciente), por temor 4% (2 pacientes) y porque considera que no es necesario 2% (1 paciente).

X. ANALISIS DE RESULTADOS

El autoexamen de mama es un método fundamental de diagnóstico precoz de enfermedades benignas y malignas de la mama, por lo que constituye un instrumento de prevención de vital importancia para el equipo básico de salud en el nivel primario de atención médica.

Según los resultados obtenidos en este estudio en el cual se trabajó con una muestra de 247 pacientes se determinó que un 53% de las pacientes no tienen conocimiento alguno sobre la existencia y por ende la realización del autoexamen de mama, algo que es preocupante ya que según las últimas estadísticas de América Latina mueren 300,000 mujeres anualmente por causa de cáncer de mama, a pesar de su importancia existen estudios que demuestran su pobre utilización a nivel mundial, situación de la cual Guatemala no está exenta, menos aún Chiquimula, como lo evidenció este estudio donde tan solo un 47 % de las mujeres participantes conocen o al menos han escuchado sobre el autoexamen de mama

De este 47%, un total de 169 pacientes que representa el 59%, refirió practicarlo y un 41% no hacerlo, sin embargo se establece que de las pacientes que si practican el autoexamen un 96% lo realiza de manera incorrecta, ya que no toman en cuenta los pasos adecuados para su realización y tan solo un 4% lo realiza de manera correcta.

Según Suiderma para realizar un buen autoexamen de mama se requiere una técnica adecuada y cuidadosa, hay que descubrir totalmente el tórax y se ha de iniciar el autoexamen de pie, luego sentada y por último acostada, inspeccionando y palpando profundamente las mamas, para detectar nodulaciones o masas en el tejido mamario. En el presente estudio se puede constatar que la mayor parte de la población no se realiza la técnica del autoexamen de forma correcta, por lo tanto están predispuestas a no detectar tempranamente la enfermedad.

Los medios por el cual las pacientes se informaron sobre la existencia del autoexamen de mama fueron los medios de comunicación (escritos, radio y tv) en un 61%, un 28% por personal de salud (Médicos y personal de enfermería) y un 11% por familiares. Debido a que el acceso a los medios de comunicación es más fácil y práctico para la población es por ello que se evidencia el porcentaje más alto. Y aquí es donde se explica la razón de practicarlo erróneamente, ya que en los medios se hace una campaña de sensibilización de hacerse el autoexamen, pero jamás se explica la técnica adecuada para hacerlo.

También se evidencia la debilidad de trabajo del personal de salud, ya que debería ser este el responsable de enseñar adecuadamente como hacer dicho examen.

En cuanto a la importancia de la utilidad en la realización del autoexamen de mama un 96% de las pacientes que se lo hacen (66 casos) si saben cuál es dicha utilidad, haciendo referencia que es en busca de masas o quistes; Suárez Fernández hace énfasis que lo importante de la utilidad en la realización de la técnica es saber que buscar por lo que menciona varias características que hay que evaluar a la hora de la realización del autoexamen entre las que se mencionan: asimetría en el volumen, retracción del pezón, enrojecimiento, piel de aspecto de naranja, secreción del pezón, presencia de masas.

Cuando sobreviene la menstruación la caída de los niveles de estrógeno y progesterona va seguida de descamación de las células epiteliales, atrofia del tejido conectivo intralobulillar, desaparición del edema del estroma y de una disminución del tamaño de los conductos y de los brotes glandulares, por lo que se plantean que es precisamente después de la menstruación (alrededor del 7 día) el momento idóneo para realizar el autoexamen de mama; en este estudio se determinó que las pacientes no toman en cuenta este aspecto, por lo que un 54% de población indica que debe hacerse cinco días después de la menstruación, un 27% 5 días antes de la menstruación, evidenciando que un 0% desconocen este aspecto importante.

El grupo etario que realiza el auto examen de mama son las pacientes comprendidas entre los 25 – 35 años con un 51%, seguido de las siguientes edades: 35-45 años: 34%, y el resto en menor cantidad; este resultado esta sustentado porque se trata de los grupos de edad que más acuden a consulta, así como también su nivel de escolaridad, esta afluencia a consulta respondá a que en estos grupos de edad la gran mayoría de las mujeres tienen vida sexual activa y se encuentran en plena capacidad reproductiva.

De las pacientes que conocen pero no se realizan el autoexamen de mama un 91% (43 pacientes) consideran no realizárselo debido a que no saben la realización de la técnica que se emplea a la hora de llevarlo a cabo.

XI. CONCLUSIONES

1. Del total de pacientes encuestadas (247) un 53% no tienen conocimiento alguno sobre el autoexamen de mama mientras que un 47 % si refiere conocerlo.
2. Las pacientes que refieren conocer el autoexamen de mama que son 169, de estas un 59% refirió ponerlo en práctica y un 41% no hacerlo; sin embargo, la técnica utilizada no es la correcta.
3. El medio por el cual las pacientes aprendieron el autoexamen 61% lo conoció a través de los medios de comunicación (escritos, radio y tv), un 28% por personal de salud (Médicos y Enfermeras) y 11% por los familiares.
4. En cuanto a la utilidad de la realización del autoexamen de mama un 96% de las pacientes si lo conoce.
5. Según la forma de realización del autoexamen de mama se determinó que del total de las pacientes que si practican el autoexamen de mama un 96% (63 pacientes) lo realizan de manera incorrecta mientras que solo 4% (3 pacientes) lo realizan de manera correcta.
6. El tiempo ideal para realizar el autoexamen de mama es al séptimo día del ciclo, pero según las pacientes refieren hacerlo en los siguientes períodos de tiempo: al momento del ciclo menstrual 3% (2 pacientes), 5 días antes de la menstruación: 27% (19 pacientes), 5 días después de la menstruación:

54% (37 pacientes), no se tiene en cuenta el ciclo menstrual: 16% (11 pacientes) y 0% en el séptimo día del ciclo menstrual.

7. La edad predominante en la realización del autoexamen de mama es en las pacientes de 25-35 años : 51% (35 pacientes), 35-45 años: 34% (24 pacientes), 45-55 años: 12% (8 pacientes) y 55 años o más: 3% (2 pacientes)
8. Las pacientes que si conocen el autoexamen de mama pero no se lo realizan manifestaron varias razones por las que no lo hacen: No saben cómo realizarlo 91% (43 pacientes), no le interesa 2% (1 paciente), por temor 4% (2 pacientes) y porque considera que no es necesario 2% (1 paciente)

XII. RECOMENDACIONES

1. Que el Ministerio de Salud capacite sistemáticamente a los trabajadores de la salud a través de la atención primaria en salud para promocionar y educar con más énfasis sobre la práctica del auto examen de mama, incentivando a todas las mujeres a realizárselo respetando sus hábitos, costumbre, idioma y grado de instrucción.
2. Que los encargados del servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital Nacional de Chiquimula realicen un taller sobre el Autoexamen de Mama y sobre riesgo de Patología Mamaria que permita que el personal esté en condiciones de sensibilizar y adiestrar a toda mujer consultante sobre el tema.
3. Impulsar a través del Ministerio de Salud y otros organismos no gubernamentales, campañas educativas a la población de manera directa y a través de los medios de comunicación sobre el autoexamen de Mama y patología mamaria e influir en la detección temprana del cáncer de mama.
4. Que la Dirección Departamental de Educación a través de los diferentes niveles educativos así como también en la Carrera de Médico y Cirujano; incluya y se haga mayor énfasis en el pensum de los estudiantes en cuanto al tema del autoexamen de mama para que tengan la capacidad de dar charlas en las Unidades de Salud donde rotan, y participen de esa manera en la promoción de la técnica de éste autoexamen.

XIII. PROPUESTA

El examen de las mamas es muy importante en las mujeres, especialmente para detectar precozmente la presencia de un cáncer. Se efectúa mediante la inspección y la palpación. El examen debe ser respetando siempre el pudor de la paciente. Pese a que el 75 % de los nódulos de las mamas son benignos el 25% restante pueden poner en peligro su vida.

Debido a lo mencionado anteriormente se hace necesario formular un material de apoyo, sencillo y entendible, para que las pacientes lo tengan al alcance y se les pueda proporcionar a la hora de visitar la consulta externa del hospital.

Por lo que se programará una reunión con las autoridades del departamento de Ginecología y Obstetricia para hacer ver los resultados de la presente información exponiéndoles la importancia de la realización del autoexamen de mama; al mismo tiempo se hará una donación de trifoliares; el cual contiene material de información sobre la importancia de la realización del autoexamen de mama así como también la técnica adecuada de realización de la misma.

Así como también se hace importante que en la Carrera de Medico y Cirujano en las rotaciones de Clínicas Familiares y EPS Rural se haga mayor énfasis sobre este tema, ya que en estas rotaciones se tienen que dar charlas en las comunidades siendo este un tema de suma importancia.

El trifoliar es el que a continuación se presenta:

Este Alerta a:

- ✓ Piel de las mamas con apariencia de piel de cascara de naranja o enrojecimiento que no desaparece.
- ✓ Hundimiento de las mamas
- ✓ Aparición de pelotitas en las mamas o bajo las axilas
- ✓ Cambios en el pezón, salida de secreción por el pezón.



Recuerda que es mejor prevenir que curar, una consulta a tiempo puede salvarte la vida

Consulta a un Ginecólogo en caso de ser necesario la realización de un Ultrasonido o Mamografía.

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
CENTRO UNIVERSITARIO DE ORIENTE - CUNORI

*Guía de
Autoexamen
de mamas*

Elaborado por:

Dra. Doris R. González C.

Autoexamen.

Es una medida complementaria que debes hacerte una semana después de la mestruación o en una fecha fija cuando ya no tienes la mestruación



* **Paso 1:**
*Con los brazos al lado de la cadera **OBSERVA** cambios en la piel, la forma y tamaño de tus senos.*



* **Paso 2:**
*Con las manos detrás de tu cabeza y con los codos hacia delante **OBSERVA** si hay hoyuelos, pliegues en la piel o algún cambio en la superficie de tus senos.*



* **Paso 3:**
*Con las manos sobre la cadera y presionando **OBSERVA** si hay retracción en el pezón o algún cambio en la forma de tus senos.*



* **Paso 4:**
Palpa tu seno haciendo pequeños círculos en la dirección de las manecillas del reloj, para detectar alguna masa o secreción en el pezón, repite el paso con tu otro seno



* **Paso 5:**
Examina también con tus dedos cada axila en búsqueda de una posible masa..



* **Paso 6:**
Repite acostada los pasos 4 y 5 para buscar posibles masas.

XIV. BIBLIOGRAFIA

1. American Cancer Society, US. 2012. Detailed guide: breast cancer (en linea). 14 ed. Chicago, US. p. 928. Consultado 24 ago. 2012. Disponible en <http://www.cancer.org/Cancer/BreastCancer/DetailedGuide/index> on August 24, 2012.
2. Calatroni, C; Ruiz, V. 2002. Tratado de ginecología. Caracas, VE, Editorial Médica Panamericana. p. 426 – 427.
3. Calderón Bonilla, ER. 1998. Autoexamen de mama en mujeres que asisten a la consulta externa de la clínica de ginecología del centro de salud de Santa Elena III zona 18. Tesis MC. Guatemala, USAC. 50 p.
4. Cáliz, GE, 2002. Tumores y patologías más frecuentes de la mama. Revista Mexicana de Investigación Biomédica 158: 1001-1009.
5. Cameselle, JF. 2002. Epidemiología y factores de riesgo del cáncer de mama en el sur de Galicia. Chile, Universidad de Santiago de Compostela, Facultad de Medicina. 124 p.
6. Cushman, D; Haagensen, MD. 1997. Enfermedades de la mama. Buenos Aires, Editorial Beta SRL. p. 240-242.
7. Díaz, JM. 2005. Nódulo de mamas y el papel médico general para su detección precoz mediante la enseñanza y el control del auto examen de mama. 5 ed. Cuba, Editorial Científico-Tecnico. p. 328-334.
8. Díaz, S; Piñeros, M; Sánchez, O. 2005. Detección temprana del cáncer de mama: aspectos críticos para un programa de tamizaje organizado en Colombia. Revista Colombiana de Cancerología 9:93-105.

9. Fernández Hidalgo, JM; Olmo, T. 2004. Interacción de atención primaria, especializada y paciente en un programa de detección precoz del cáncer de mama. Venezuela Atención Primaria 22: 425-433.
10. Gálvez Espinosa, M. 2001. Nivel de conocimiento sobre detección precoz del cáncer de mama que posee las mujeres mayores de treinta años de dos consultorios del área de Gaspar" Ciego de Ávila. Tesis Gineco-Obstetricia. Municipio Baraguá, Cuba, ELAM, Policlínico Gaspar. 157 p.
11. Guidi, E; López, M. 1997. Diagnóstico preclínico de cáncer de mama. Revista de la Sociedad de Obstetricia y Ginecología 28 (154):19.
12. **Guyton**, CG; Hall, JE. 2006. Tratado de fisiología médica. 11 ed. Estados Unidos de América, Editorial Elsevier. p. 355-360.
13. Martínez, V; Torres, S; Díaz, P. 2004. Tumor Phylloides. *In* Patología mamaria benigna. Y Pabst editor. Santiago, Fundación de Investigación y perfeccionamiento Médico. p. 97-103.
14. MSPAS (Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, GT). 2006. Guía técnica de prevención y control del cáncer de mama (en línea). Guatemala. p. 325. Consultado 25 jul. 2012. Disponible en http://www.mspas.gob.sv/regulación/pdf/guia/Guia_Mama_Mujer.pdf
15. Núñez, M; Martín, RL; Almeida, D. 2000. Aplicación del programa de detección precoz del cáncer de mama en un área de salud. Revista de Ciencias Médicas 4: 402-408.
16. OPS (Organización Panamericana de la Salud, GT). 2007. Área de análisis de salud y sistemas de información sanitaria (en línea). Guatemala. Consultado 28 jun. 2012. Disponible en: <http://www.paho.org/spanish/dd/ais/coredata.htm>

17. Porta, A; Mendieta, R; Murillo, L. 2006. Norma técnica de prevención, detección, y atención del cáncer de mama. Venezuela, Ministerio de Salud p. 17- 147.
18. Quinteros, S. 2006. Prevalencia de la autoexploración de mama en mujeres de edad fértil (en línea). Revista Electrónica de Portales Médicos 1 (1). Consultado 12 jun. 2012. Disponible en <http://www.portalesmedicos.com/publicaciones/ articles/26/3/Prevalencia-de-la-autoexploracionde-mama-en-mujeres-de-edad-fertil.html>
19. Quiroz, GF. 2000. Anatomía humana. 26 ed. México, Editorial Porrúa S.A., p. 325 – 400.
20. Rouviére, H. 2004. Anatomía humana. Madrid, Bailly-Bailliere, S.A. p. 2, 492 - 495; 163 - 165.
21. Suárez Fernández, JM. 2009. Detección precoz del cáncer de la mama, prevención, profilaxis y diagnóstico precoz del cáncer de la mama. La Habana, CU, Editorial Científico- Técnico. p.33-53.
22. Suiderma, G. 2004. Técnica del examen de mama clínico: enfoque fisiológico. Argentina, Editorial Ateneo. p. 330 – 334.
23. Sociedad Americana de Cáncer, US. 2008. Guía para la detección de cáncer femenino. Estados Unidos de América. p.327
24. Suros, B. 2003. Semiología médica: exploración de la mama. Barcelona, ES, Editorial Salvat. p. 204.
25. Testut, L; Jacob, O. 1998 Compendio de anatomía topográfica. Barcelona, Salvat. p. 1, 400 – 1,450.



XV. ANEXOS

A. Boleta de Recolección de Datos:

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
CENTRO UNIVERSITARIO DE ORIENTE CUNORI



“CONOCIMIENTO Y PRACTICAS SOBRE EL AUTOEXAMEN DE MAMA”

- Edad:

1.- ¿Conoce el autoexamen de mama?

SI () NO ()

2.- ¿Examina habitualmente sus mamas?

SI () NO ()

Si la respuesta es NO pasar a la pregunta 9

3.- *Alguna vez alguien le orientó sobre cómo hacerse el autoexamen de sus Mamas?*

Si () No ()

¿Por qué medio se informó acerca del autoexamen de mama?

- Libros / Revistas ()
- TV ()
- Radio ()
- Internet ()
- Familiares ()

- Otros ()

Especifique.....

4.- ¿Sabe cuál es la Utilidad de realizarse el Autoexamen de Mama?

SI NO

5.- Cual cree usted que es el día indicado para realizarse el autoexamen de Mama?

- Momento del ciclo menstrual ()
- 5 dias antes de la menstruación ()
- 5 días después de la menstruación ()
- No se tiene en cuenta el ciclo menstrual ()
- 7mo. Día del ciclo ()

6.- ¿Cada cuanto tiempo considera usted que la mujer debe revisarse sus mamas?

- Todos los días ()
- Semanalmente ()
- Mensualmente ()
- Anualmente ()

7.- ¿Cómo realiza la revisión de sus mamas puede explicarme?

- Para observar sus mamas usted utiliza espejo?

Si () No ()

- Especifique en qué posición observa sus mamas:

Parada () Sentada ()

- Para examinar su mama derecha usted utiliza?

Mano Derecha () Mano Izquierda () Ambas ()

- Para evaluar su mama izquierda usted utiliza la mano?

Mano Derecha () Mano Izquierda () Ambas ()

- Con qué parte de los dedos examina sus mamas?

Yema () toda la mano () dedos ()

- Evalúa usted el área axilar cuando se realiza el autoexamen de mama

Si () No ()

- Con qué parte de sus dedos examina sus axilas?

8.- ¿Por qué no lo realiza?

- Porque no sabe como ()
- Porque no le interesa ()
- Por temor ()
- Porque considera que para usted no es necesario ()
- Otros ()