



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSTGRADO E INVESTIGACIÓN

SECRETARIA DE SALUD DEL DISTRITO FEDERAL
DIRECCIÓN DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN
SUBDIRECCION DE POSGRADO E INVESTIGACION

CURSO UNIVERSITARIO DE ESPECIALIZACION EN
GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA

“CONOCIMIENTO QUE TIENE LA POBLACIÓN DE HOSPITALES
DE 2º NIVEL DE LA SECRETARIA DE SALUD DEL DF SOBRE EL
CRIBADO DE CÁNCER DE MAMA”

TRABAJO DE INVESTIGACION SOCIOMÉDICA

PRESENTADO POR
DRA. NAYELI GALICIA HERNÁNDEZ

PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN
GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA

DIRECTORES DE TESIS:
DR.MIGUEL ANGEL GARRIDO PACHECO



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSTGRADO E INVESTIGACIÓN

SECRETARIA DE SALUD DEL DISTRITO FEDERAL
DIRECCIÓN DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN
SUBDIRECCION DE POSGRADO E INVESTIGACION

CURSO UNIVERSITARIO DE ESPECIALIZACION EN
GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA

“CONOCIMIENTO QUE TIENE LA POBLACIÓN DE HOSPITALES
DE 2º NIVEL DE LA SECRETARIA DE SALUD DEL DF SOBRE EL
CRIBADO DE CÁNCER DE MAMA”

TRABAJO DE INVESTIGACION SOCIOMÉDICA

PRESENTADO POR
DRA. NAYELI GALICIA HERNÁNDEZ

PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN
GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA

DIRECTOR DE TESIS:
DR.MIGUEL ANGEL GARRIDO PACHECO

**“CONOCIMIENTO QUE TIENE LA POBLACIÓN DE HOSPITALES DEL 2º
NIVEL DE LA SECRETARÍA DE SALUD DEL DF SOBRE EL CRIBADO DE
CÁNCER DE MAMA”**

Autora: Nayeli Galicia Hernández

Vo.Bo.
Dr. Martín Guillermo Pérez Santiago

Profesor Titular del Curso de Especialización en
Ginecología y Obstetricia

Vo.Bo.
Dr. Antonio Fraga Mouret

Director de Educación e Investigación

**“CONOCIMIENTO QUE TIENE LA POBLACIÓN DE HOSPITALES DEL 2º
NIVEL DE LA SECRETARÍA DE SALUD DEL DF SOBRE EL CRIBADO DE
CÁNCER DE MAMA”**

Autora: Nayeli Galicia Hernández

Vo.Bo.
Dr. Miguel Angel Garrido Pacheco

Director de tesis
Jefe del Servicio de Ginecología-Obstetricia
Del HG. Milpa Alta

Vo.Bo.
Dra. Carolina Salinas Oviedo

Asesor Metodológico
Jefe de Enseñanza e Investigación del HMI. Cuatepec.

AGRADECIMIENTOS

A mí querida familia por su amor, comprensión, sabiduría y fortaleza.

A mis maestros por sus enseñanzas, disposición, su tiempo y tolerancia.

A mis pacientes que han permitido que intente ayudarles a recobrar su bienestar.

A mi dios que has sido la fuerza que me motiva y que iluminas mi existencia.

Gracias.

INDICE

RESUMEN

I.	INTRODUCCIÓN	1
II.	MATERIAL Y MÉTODOS	13
III.	RESULTADOS	16
IV.	ANALISIS	21
V.	DISCUSIÓN	23
VI.	CONCLUSIONES	27
VII.	REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	28

RESUMEN

Objetivo.- Evaluar el grado de conocimiento de la población usuaria de hospitales de 2º nivel de la Secretaría de Salud del D;F sobre el cribado de cáncer de mama.

Material y métodos.- Se realizó un estudio sociomédico con diseño observacional descriptivo, prospectivo y transversal; en la población usuaria de los servicios de consulta externa y hospitalización del Hospital Materno Infantil Cuatepec y Hospital General de Milpa Alta durante el periodo comprendido de abril del 2011 a junio del 2011 en ambos hospitales. Todas las pacientes fueron seleccionadas por ser usuarias de estos servicios y que aceptarían su participación. Se les aplico la “Encuesta del conocimiento de cribado de cáncer de mama” para valorar a la población. Para el análisis del estudio se emplearon medidas de resumen (porcentajes) los cuales se representan en gráficas de barras. Se trató de un estudio sin riesgo desde el punto de vista ético.

Resultados.- El grado de conocimiento de cribaje de cáncer mama es adecuado de la población encuestada del Hospital Materno Infantil Cuatepec y Hospital General Milpa Alta, de 748 personas el 60.9 % (451 personas) contestaron correctamente ≥ 4 reactivos de la encuesta “Conocimiento de Cribaje de Cáncer de Mama”. Las fuentes de información de cribaje de cáncer de mama que utilizan estas poblaciones en primer lugar son los anuncios de radio y televisión, y en segundo lugar la que brinda el personal médico e instituciones.

Conclusiones.- La mastografía es la piedra angular del cribaje del cáncer de mama. Los programas de salud deben continuar fomentando la difusión de información para incrementar la participación de la población en el cribaje, obteniendo así un diagnóstico temprano y un tratamiento oportuno.

Palabras clave.- conocimientos, cáncer de mama, cribaje y mastografía.

I. INTRODUCCIÓN

El cáncer de mama actualmente es el más frecuente y el de mayor mortalidad entre las mujeres a nivel mundial. Constituye un problema de salud en los países en desarrollo.^{1,2}

La incidencia de enfermedades oncológicas se ha incrementado considerablemente en todo el mundo. El cáncer de mama es la principal causa de muerte, la estadística mundial reporta más de un millón de casos nuevos por año. Una de cada ocho mujeres tiene riesgo de padecer cáncer de mama a lo largo de su vida (12.2%) y una de cada 28 de morir por esta enfermedad según la Sociedad Americana del Cáncer.³

El panorama epidemiológico de esta patología en la población mexicana se transformó en los últimos 50 años , pasando a ser un problema de salud pública.⁴

En México los tumores malignos de la mama son diagnosticados en etapa avanzada. El 90% de los casos de cáncer de mama son detectados gracias a que la propia paciente detecta un abultamiento o nódulo, y en estos casos ya se trata de un estadio avanzado de la patología.⁵

En países desarrollados es frecuente diagnosticar esta enfermedad en etapas tempranas, como en los Estados Unidos donde se ha generalizado el uso de mastografía de pesquisa, caso contrario ocurre en nuestro país y resto de América Latina, donde el diagnóstico se realiza en etapas avanzadas, principalmente.

El incremento en las tasas de incidencia y mortalidad se ha relacionado con el envejecimiento poblacional , los cambios en los patrones reproductivos, una mayor exposición a los factores de riesgo y problemas para el acceso oportuno a la detección, el diagnóstico temprano y tratamiento adecuado.²

En nuestro país, durante la última década, la tasa de mortalidad por cáncer mamario se incremento casi un 11%. El aumento real en el número de defunciones fue de 56.1% (de 2,214 muertes en 1990 a 3,455 en el año 2000 por cada 100 mil mujeres de 25 años y más), debido al aumento de este grupo de población.¹

Para el período 1993-1999 se reportó una cifra acumulada de 57,509 casos nuevos de cáncer mamario, en el periodo 2000 al 2002 se presentaron 19375 reportado en el Registro Histopatológico de Neoplasias Malignas en México.³

De acuerdo con la Secretaria de Salud, en el año 2000 sólo se diagnosticaron entre 5 -10% de los casos en estadios tempranos 0 y I, contrario a lo que sucede en los países desarrollados, donde el 50% de los cánceres mamarios se diagnostican en esos estadios lo que ofrece mayores posibilidades de curación.

En el otro extremo, del 40 a 50% de los casos diagnosticados corresponden a etapas muy avanzadas (estadio III) o diseminadas (IV). El costo del tratamiento del cáncer en etapas avanzadas es más elevado y sus posibilidades de curación mucho más bajas.⁴

La distribución de casos nuevos de cáncer de mama por grupo de edad se ha modificado. En 1999 el grupo de edad que presentó la cifra más elevada fue de 45 a 49 años, seguido del grupo de 40 a 44 años de edad. Actualmente hay un incremento de casos nuevos a partir de los 35 años en un 45.5% del total de casos nuevos de cáncer en mujeres menores de 50 años .^{4,5}

GLOBOCAN 2002 registro más de 1,150,000 nuevos casos cada año de cáncer de mama, lo que corresponde a una tasa ajustada por edad (ASR, por las siglas de Age Standardized Ratio) de 37.4 por 100,000 mujeres. En los países más desarrollados la ASR es 67.8, y en los menos desarrollados es de 23.8. Esta gran diferencia entre países con más y menos recursos económicos refleja, por un lado, la influencia que el estilo de vida, los patrones reproductivos.²

En el 2002 se registraron aproximadamente 411,000 muertes por cáncer de mama en el mundo, lo que corresponde a una tasa de mortalidad ASR de 13.2 por 100,000 mujeres. En los países más y menos desarrollados del planeta, las tasas de mortalidad por cáncer de mama son de 18.1 y 10.3, respectivamente.²

País o región	Casos diagnosticados	Tasa ASR de morbilidad	Muertes	Tasa ASR de mortalidad
Mundo	1,151,298	37.4	410,712	13.2
Países más desarrollados	636,128	67.8	189,765	18.1
Países menos desarrollados	514,072	23.8	220,648	10.3
México	11,064	26.4	4,310	10.5

Cada año fallecen 400 mil mujeres en el mundo por esta enfermedad, es la primera causa de mortalidad por tumores malignos en mujeres.

En México se detectan 60 mil nuevos casos al año. El 40% de estas mujeres se encuentran en etapas muy avanzadas de la enfermedad. Cada 9 minutos se detecta una mujer con cáncer de mama en México. Cada año mueren 4 mil mujeres en México por cáncer de mama.²

El cáncer de mama se detecta principalmente por mamografías de escrutinio, del 15 al 30% de las neoplasias malignas de mama corresponden a carcinomas in situ, y el resto a carcinomas infiltrantes. Aproximadamente el 80% de los carcinomas son ductales, y el resto, lobulillares.⁷

El cáncer de mama es el crecimiento anormal y desordenado de células del epitelio de los conductos o lobulillos mamarios y que tienen la capacidad de diseminarse a cualquier sitio del organismo. Una célula cancerosa de mama generalmente se duplica cada 100-300 días.

Una neoplasia de mama de 1 cm realiza cerca de 30 duplicaciones antes de alcanzar este tamaño, por lo que este cáncer tiene, como mínimo, unos 7 años de evolución. Esta simple estimación sugiere la utilidad de la detección temprana, con métodos capaces de visualizar alteraciones (subclínicas) de tamaño inferior a un centímetro.⁷

CRIBAJE

El cribado consiste en examinar un grupo poblacional con el fin de detectar una enfermedad.

La autoexploración mamaria es una técnica de detección del cáncer mamario basada en la observación y palpación que hace la mujer en sus propias mamas. Tiene una sensibilidad del 26-40% y una especificidad de 70%, lo cual no acredita la validez de la prueba para el cribado.

Sin embargo, algunos estudios consideran que puede tener utilidad para mantener una cultura de sensibilización y vigilancia frente al cáncer de mama. Por este motivo se puede mantener la recomendación de la autoexploración, la cual es una herramienta de poca utilidad ya que no detecta lesiones tempranas, puede detectar lesiones de, al menos, 1 cm y, cuando son superficiales, de hasta 0.5 , detecta lesiones en etapas clínicas I y II .⁸

El examen clínico mamario debe incluir inspección valorando la configuración general y palpación de los senos axilas y pezones.

Tiene una especificidad de 90%; sin embargo, muchos cánceres podrían pasar inadvertidos al tener una sensibilidad entre el 40 y el 70%: Es útil con el complemento de la mamografía para aquellas lesiones sin calcificaciones, imperceptibles para el estudio radiológico o para detectar los tumores que aparecen en el intervalo entre mamografías.

Permite detectar hasta 50% de lesiones no vistas en mamografías, con un valor predictivo positivo de 73% y negativo de 87%. La sensibilidad de la mamografía más la exploración física es del 75%.⁹

MASTOGRAFIA

La mamografía (también llamada mastografía) es una imagen plana de la glándula mamaria obtenida con rayos X.¹⁰

La imagen se forma debido a la diferente atenuación por los rayos al atravesar los medios que constituyen la mama. La información tridimensional de la ubicación de la lesión se logra gracias a la obtención de dos proyecciones.

Un estudio mastográfico de escrutinio para detectar lesiones sub clínicas en mujeres asintomáticas, consiste de 2 pares de imágenes: una proyección cráneo-caudal y una medio-lateral-oblicua, para cada mama. Una mamografía de escrutinio busca visualizar lesiones no palpables (es decir, menores de 0.5 cm si se trata de nódulos), calcificaciones, asimetrías en la densidad mamaria, y/o distorsión de la arquitectura de la glándula. Tiene una sensibilidad próxima al 90% y una especificidad superior al 95%.¹¹

Se ha demostrado como método de cribado para cáncer de mama en el grupo de edad entre 50 y 70 años hay una disminución de la mortalidad.^{12, 13}

No hay estudios suficientemente concluyentes sobre la eficacia de la mamografía como método de cribado en el grupo de edad entre 40 y 49 años, las características de la mama en esta edad, el carácter más agresivo de los cánceres en edades más jóvenes y la menor incidencia, hacen que el beneficio sea menor. Hay acuerdo para indicar su realización en grupos de riesgo a partir de los 40 años con una periodicidad anual.¹⁴ En el caso de riesgo genético documentado se recomienda realización anual de mamografía a partir de los 25 años.

El cribado con mamografía comporta tanto beneficios como perjuicios, por lo tanto la decisión que tenga en cuenta los pros y contras debería ser personal.

Es igualmente razonable participar como no participar en este cribado. El examen no es una obligación sino que es una oferta que la mujer puede o no aceptar.¹⁵

Frecuentemente se afirma que si no se encuentra nada anormal durante el examen la mujer se siente confiada de estar bien. Sin embargo, casi todas las mujeres se sienten bien antes de ser invitadas a participar en el cribado y al contrario, la invitación podría causarles intranquilidad. Por lo tanto, uno no puede decir que el examen da confianza pues comporta tanto sentirse seguro como inseguro.¹⁵

-Beneficios

Mayor supervivencia: Se evitará una defunción por cáncer de mama como consecuencia de una detección temprana.^{15,16}

-Perjuicios

Sobre diagnóstico y sobre tratamiento en mujeres sanas: Algunos de los tumores cancerígenos y los “llamados” precursores de cáncer que son hallados por cribado, crecen muy lentamente (lesiones "pseudo-cancerosas"). Por lo tanto, estas lesiones podrían nunca convertirse en verdaderas lesiones cancerígenas. Debido a que no es posible puntualizar las diferencias entre cambios celulares benignos y malignos, todos estos son tratados. En consecuencia, el cribado lleva a tratar muchas mujeres por una enfermedad tumoral que ellas no tienen y nunca tendrán.¹⁵

Si 2000 mujeres son valoradas regularmente por 10 años, 10 mujeres sanas llegarán a ser consideradas como pacientes con cáncer y por lo tanto llegarán a ser tratadas innecesariamente.¹⁶

-Falsa alarma – Si la radiografía muestra alguna lesión que pudiese ser cáncer, la mujer es otra vez contactada con el fin de realizar exámenes adicionales.¹⁶

La tensión psicológica hasta que se conoce si el resultado es o no positivo, puede ser severa. Muchas mujeres padecen de ansiedad, preocupación, desánimo, problemas para conciliar el sueño, cambios en su interacción familiar y social, y cambios en su conducta sexual.¹⁷

-Dolor en el momento del examen: La mama es colocado entre dos placas y es presionado haciéndolo más plano, mientras la radiografía es tomada. Esto solo toma un momento, pero más o menos la mitad de las mujeres lo califican como doloroso.¹⁷

-Falsa seguridad: No todos los cánceres pueden ser detectados con radiografía. Por lo tanto, es importante que la mujer vea a su doctor si encuentra una masa en su mama, incluso si ella ha tenido recientemente una mamografía.¹⁵

Los resultados de investigaciones más fiables vienen de estudios aleatorizados realizados en Suecia. Una revisión desarrollada en 1993 sobre los estudios suecos demostró que el cribado disminuyó la mortalidad por cáncer de mama en un 29%.¹⁸ La revisión también señaló que después de 10 años de cribado, esta reducción en mortalidad era equivalente a salvar una mujer por cada 1000. En consecuencia, el beneficio del cribado es muy pequeño.

La explicación es que en un periodo de 10 años sólo tres de 1000 mujeres desarrollaron cáncer de mama y murieron debido a esta causa. Por lo tanto, la reducción en mortalidad fue verdaderamente sólo de 0.1% (1 de cada 1000) después de 10 años según los datos de los estudios suecos. Sin embargo, en una revisión de 2002 sobre estos mismos estudios suecos la reducción de mortalidad fue solo del 15% , pero no se tomo en cuenta la calidad metodológica.¹⁹

La evaluación más confiable sobre todos los estudios aleatorizados es una revisión Cochrane ¹⁸ En ésta, la reducción en la mortalidad fue de un 7% en los estudios con la mayor calidad metodológica y de un 25% en el estudio con la peor calidad; y ya que normalmente los estudios de poca calidad sobreestiman el efecto, la reducción en la mortalidad fue estimada en un 15%.¹⁸ The U.S.Preventive Services Task Force” encontraron un efecto del 16%.²⁰ Por lo tanto, estas dos revisiones sistemáticas encontraron un efecto en la mortalidad por cáncer de mama que fue solo la mitad del efecto reportado en la primera revisión sueca de 1993.¹⁸

Los estudios aleatorizados mostraron que el cribado incrementó en un 30% el número de mujeres diagnosticadas con cáncer de mama y por lo tanto tratadas por esta causa, comparado con el grupo de mujeres que no participaron en el cribado.¹⁸

Estudios en grandes grupos poblacionales realizados en los países nórdicos, el Reino Unido, los Estados Unidos y Australia han confirmado que el cribado conlleva un sobrediagnóstico del 30-40%.¹¹ El estudio aleatorizado con el mayor tiempo de seguimiento demostró un sobrediagnóstico del 25% en las mujeres a las que se les realizó mamografía.²¹

De los datos presentados en la revisión Cochrane¹⁸ se puede calcular qué hay sobrediagnóstico del 30% para las mujeres. En los estudios realizados en Canadá el grupo control estaba conformado por 66,154 mujeres, el sobrediagnóstico fue el siguiente $(1424-1083)/66,154 \times 2000 = 10$ mujeres por cada 2000 mujeres

valoradas. Por lo tanto, al realizar la mamografía a 2000 mujeres, 10 mujeres sanas obtendrán un diagnóstico de cáncer que no hubiesen tenido si no hubiesen participado en el cribado y además serán tratadas como si fueran pacientes con cáncer. En otro estudio, en el cual participaron algunos de los mismos investigadores, se puede calcular que el diagnóstico de cáncer de mama se incrementó considerablemente en Copenhague después de introducir el cribado con mamografía.¹⁸

De acuerdo con datos del “National Board of Health” en relación con el número de casos de cáncer de mama diagnosticados, el cribado en Dinamarca genera un importante aumento del sobrediagnóstico. La revisión Cochrane demostró que la mama fue extirpada en un 20% más de mujeres en el grupo de cribado que en el grupo control.¹⁸

Otros estudios también han demostrado que se extirpan más mamas cuando se realiza cribado que cuando no se realiza éste. Además, en el Reino Unido la totalidad de la mama fue extirpada en un 29% de aquellos casos en que la lesión cancerígena había sido detectada en etapa temprana y no había habido diseminación, aunque éstos deberían haber sido casos donde se hubiera practicado una cirugía menos extensa.¹⁸

La tensión psicológica hasta que se sabe si se tiene o no cáncer, puede ser grave.¹⁹ En los Estados Unidos se calculó que después de participar 10 veces en un cribado con mamografía, 49% de las mujeres sanas habrán sufrido una falsa alarma.²⁰

OBJETIVOS

General:

- Evaluar el grado de conocimiento de la población usuaria de hospitales de 2º nivel de la Secretaría de Salud del D.F sobre el cribado de Cáncer de mama.

Específicos:

- Conocer la percepción de la mujer sobre cáncer de mama, los factores de riesgo y el cribaje.
- Evaluar el conocimiento, las expectativas y motivación hacia la mastografía.
- Evaluar la influencia de las redes sociales de información sobre el cribado de Ca. Mama.
- Identificar si la institución brinda información adecuada a la población sobre cáncer de mama y cribaje.
- Fomentar la educación y cultura de prevención en adolescentes y adultos.

II. MATERIAL Y MÉTODOS

Se realizó un estudio sociomédico, de tipo observacional, descriptivo, prospectivo y transversal; en la población usuaria de los servicios de consulta externa y hospitalización del Hospital Materno Infantil Cuauhtémoc y Hospital General de Milpa Alta durante el periodo comprendido de abril del 2011 a junio del 2011 en ambos hospitales.

Las pacientes fueron seleccionadas de acuerdo a los criterios:

- De Inclusión.- Pacientes de sexo femenino, con rango de edad de 12 más años, población usuaria de los servicios de Consulta Externa y Hospitalización del Hospital Materno Infantil Cuauhtémoc y Hospital General de Milpa Alta y que aceptara participar.
- De No inclusión.- Pacientes de sexo masculino, población de otros hospitales.
- De Interrupción.- Pacientes que no concluyan el cuestionario o que se retiren del servicio.
- De Eliminación.- No aceptar realizar el cuestionario.

OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES

VARIABLE (Índice/indicador)	TIPO	DEFINICIÓN OPERACIONAL	ESCALA DE MEDICIÓN	CALIFICACIÓN
*Conocimientos sobre cribaje	Compleja	Grado de conocimiento acerca de la mastografía, su utilidad Indicaciones e intervalo de realización.	Cualitativa nominal	Adecuado – Inadecuado
*Conocimiento sobre factores de riesgo de ca mama	Compleja	Grado de conocimiento de los factores de riesgo del cáncer de mama.	Cualitativa nominal	Adecuado – Inadecuado
*Medios de difusión e información del conocimiento	De contexto	Medios de difusión e información como son carteles , folletos, comerciales de televisión , radio , internet .	Cualitativa Nominal	Personal médico, clínicas, hospitales, TV, radio internet.
Edad	De contexto	La medida por los años de vida	Cualitativa ordinal	Grupos de edad
Grado de escolaridad	De contexto	Máximo grado de estudios	Cualitativa ordinal	Primaria, secundaria, preparatoria, licenciatura, tecnica
Ocupación	De contexto	Actividad en la cual se ocupa	Cualitativa nominal	Hogar,Estudiante,Empleada

Se les aplico la “Encuesta del conocimiento de cribado de cáncer de mama” para valorar el grado de conocimiento de la población. El instrumento de medición está constituido de 11 reactivos de los cuales 4 valoran características de la población; grupo de edad, máximo grado de estudios, ocupación y fuente de información.

El resto de reactivos (6) valoran el grado de conocimiento que tiene la población y calificándolo como adecuado (≥ 4 reactivos correctos) e inadecuado (≤ 3 reactivos correctos) y un reactivo para saber si se ha realizado o no la mastografía, y valorar el grado de cobertura que hay en ese hospital.

Posteriormente se elaboro la base de datos en el programa de Excel, se realizo un análisis de tipo descriptivo obteniendo porcentajes y presentación de resultados en gráficas de barras y tablas. Desde el punto de vista bioético, la investigación realizada fue sin riesgo.

SECRETARIA DE SALUD DEL DF
“ENCUESTA DEL CONOCIMIENTO DE CRIBADO DE CÁNCER DE MAMA”

- 1.-¿Qué edad tiene?
- 10 a 19 años
 - 20 a 29 años
 - 30 a 39 años
 - 40 a 49 años
 - 50 a 59 años
 - Mayor de 60 años.

2.-¿Qué métodos de diagnóstico conoce para cáncer de mama?

3.-¿Qué es la mastografía?

4.-¿Para qué sirve la mastografía?

5.-¿A qué edad se empieza a realizar la mastografía?

6.-¿Cada que tiempo se tiene que realizar la mastografía?

7.-¿Conoce usted cuales son los factores de riesgo para Cáncer de mama?

- No
- Sí ,cuáles?

8.-Se ha realizado la mastografía?

- No
- Si ,por que?

9.-La información que ha recibido de Cáncer de mama y Mastografía, la obtuvo a través de:

- Personal capacitado médico,enfermeras,clínicas-hospitales.
- Anuncios en radio, televisión y folletos.
- Internet
- Familiares,vecinos

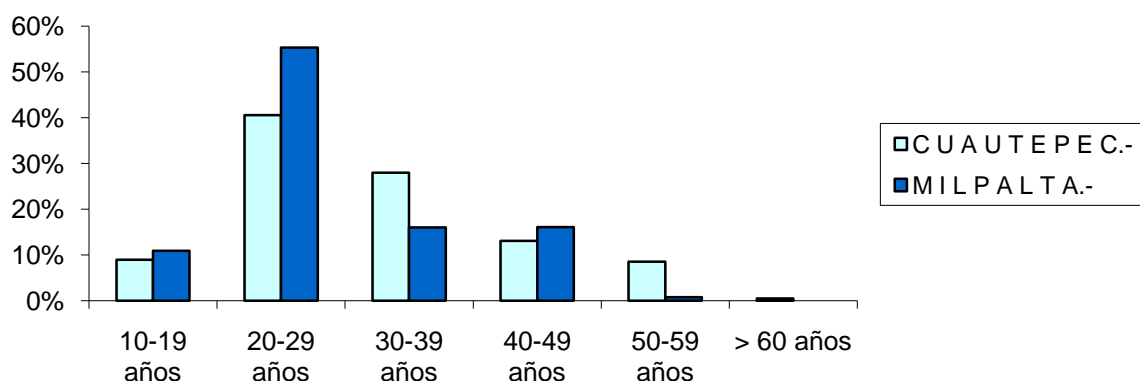
9.¿Cuál es su máximo grado de estudios?

10.-¿Cuál es su ocupación actual?

III. RESULTADOS

Se aplicaron 748 encuestas, 50% (374) en el Hospital Materno Infantil Cuauhtepc y 50% (374) del Hospital General Milpa Alta, en la figura 1 se muestra la distribución por grupo de edad de manera comparativa de la población de ambos hospitales.

Figura 1. Distribución por grupo de edad



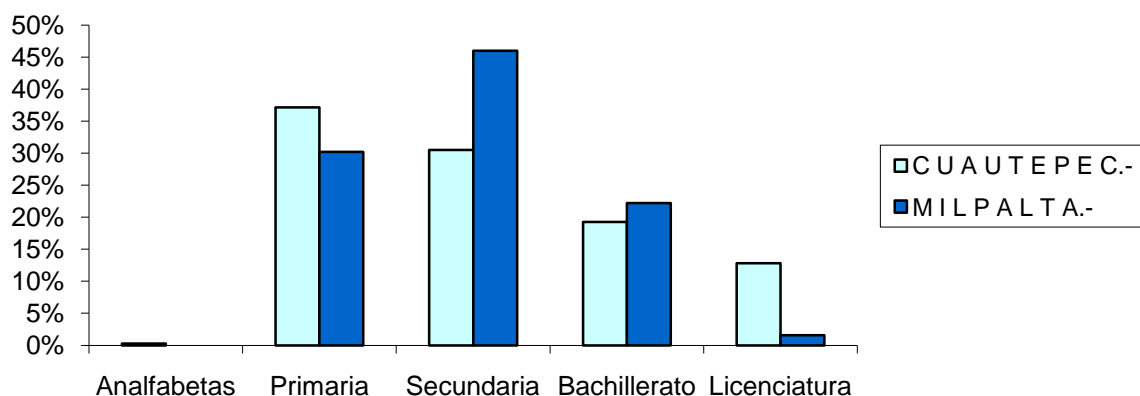
Fuente: Encuesta del conocimiento de cribado de Cáncer de Mama

En el análisis estadístico descriptivo, el grupo que participo en la aplicación de esta encuesta que obtuvo mayor porcentaje fue el de 20-29 años con un 40.6% en el Hospital Materno Infantil Cuauhtepc y un 55.3 % en el Hospital General Milpa Alta, seguidos del grupo de 30-39 años con un 28% y 16% respectivamente.

Cabe resaltar que los grupos mayores de 40 años de edad, con indicación para participar en el cribaje de cáncer de mama, tan solo representaron un 22.19% (83 personas) en el Hospital Materno Infantil Cuauhtepc y 18.4% (69 personas) en el Hospital General Milpa Alta.

En relación al grado de escolaridad, en el Hospital Materno Infantil Cuatepec se reportan 37.16%(139 personas) con nivel primaria, 30.48% (114 personas) con secundaria, 19.25% (72 personas) con bachillerato, 12.83% (48 personas) con licenciatura y 0.26% (1 persona) son analfabetas a comparación de los pacientes encuestados del Hospital General Milpa Alta, de los cuales 30.21% (131 personas) cuentan con primaria, 45.98% (172 personas) con secundaria, 22.19% (83 personas) con bachillerato y 1.6% (6 personas) con licenciatura.

Figura 2. Grado escolar



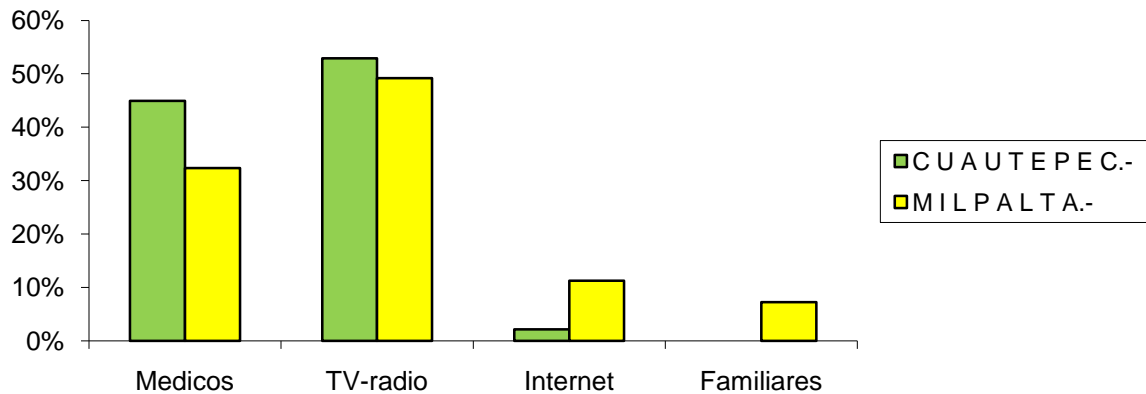
Fuente: Encuesta del Conocimiento de Cribado de Cáncer de Mama

La información de cáncer de mama y mastografía que obtuvieron las pacientes encuestadas en un 44.9% (168 personas) fue del personal médico capacitado, en clínicas–hospitales; el 52.9% (198 personas) por medio de anuncios en radio ,televisión y folletos, 2.13% (8 personas) de internet en el caso de los pacientes que acuden al Hospital Materno Infantil Cuatepec.

En el Hospital General Milpa Alta el 32.35% (121 personas) recibió información del personal médico capacitado, en las clínicas-hospitales; el 49.19% (184

personas) de anuncios en radio, televisión y folletos, 10.09 % (41 personas) de internet y un 7.2% (27 personas) de familiares y /o vecinos.

Figura 4. Fuentes de comunicación

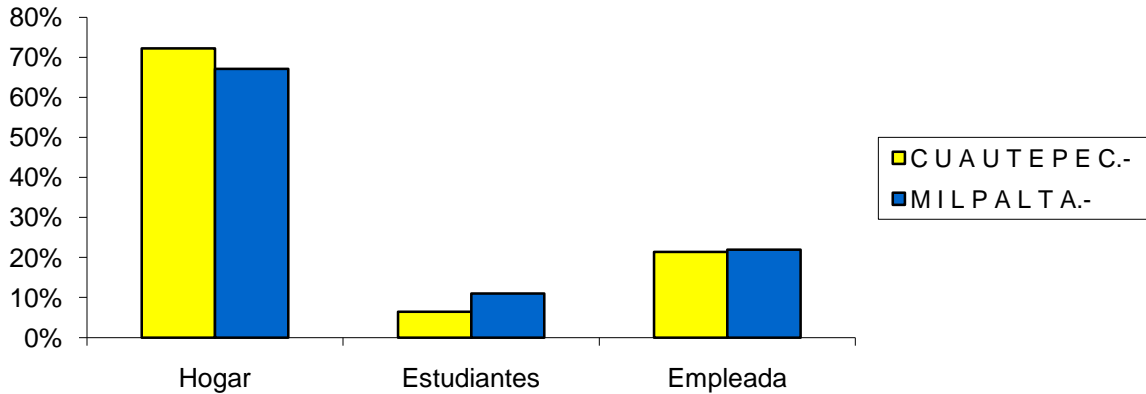


Fuente: Encuesta del conocimiento de cribado de Cáncer de Mama.

Cabe destacar que la principal fuente para obtener información con respecto a cribaje de cáncer de mama fueron los anuncios en televisión- radio y folletos, seguido por personal médico y/o de enfermería capacitado.

En cuanto a la ocupación actual, figura 3; en el Materno Infantil Cuatepec el 72.19% (270 personas) se dedican al hogar, 6.41% (24 personas) son estudiantes, 21.39% (80 personas) son empleadas; mientras que en el Hospital General Milpa Alta el 67.1% (251 personas) se dedican al hogar, el 10.96% (41 personas) son estudiantes, y el 21.92% (82 personas) son empleadas.

Figura 3. Ocupación



Fuente: Encuesta del Conocimiento de Cribado de Cáncer de Mama

Predomina en un 69.6 % el hogar como ocupación.

De las 6 preguntas que valoran el grado de conocimiento de la población, fueron contestadas correctamente las siguientes.

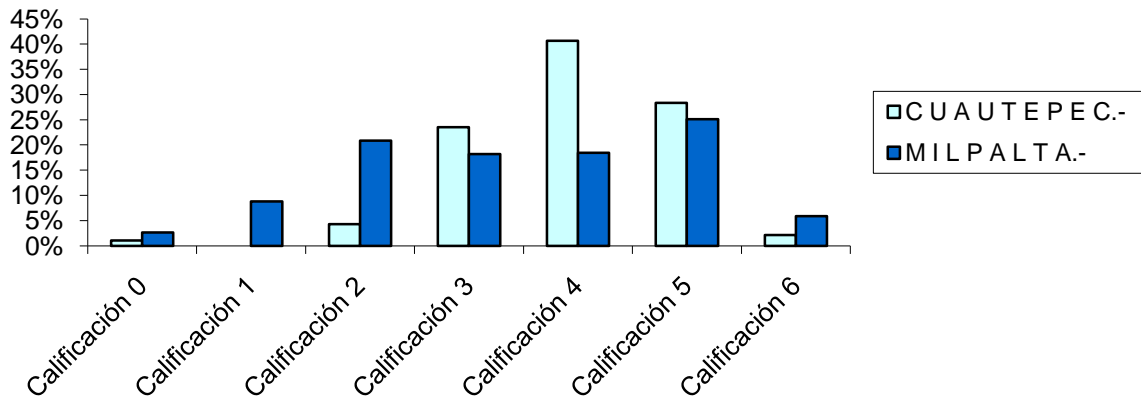
Tabla 1. Reactivos correctos

No. De pregunta	Hospital Materno Infantil Cuatepec % de respuestas correctas	Hospital General Milpa Alta % de respuestas correctas
1.-¿Qué métodos de diagnóstico conoce para cáncer de mama?	81.8 % (306 personas)	74.33% (278 personas)
2.-¿Qué es la mastografía?	94.6% (354 personas)	65.50% (245 personas)
3.-¿Para qué sirve la mastografía?	94.6 % (354 personas)	84.49% (316 personas)
4.-¿A qué edad se empieza a realizar la mastografía?	56.1% (210 personas)	49.46% (185 personas)
5.-¿Cada que tiempo se tiene que realizar la mastografía?	66.8% (250 personas)	55.6% (208 personas)
6.-¿Conoce usted cuales son los factores de riesgo para Cáncer de mama?	2.1% (8 personas)	11.22% (42 personas)

Fuente: Encuesta de Conocimiento del Cribaje de Cáncer de Mama

En promedio de ambos hospitales fue de un conocimiento adecuado en el 60.29% (≥ 4 reactivos correctos) y un conocimiento inadecuado en el 39.72% (≤ 3 reactivos correctos). La frecuencia de reactivos correctos por hospital fue

Figura 6.Respuestas correctas



Fuente: Encuesta del Conocimiento del Cribado de Cáncer de Mama

Cabe mencionar que el grado de conocimiento es mayor en el Hospital Materno Infantil Cuatepec, al contestar 266 personas ≥ 4 reactivos correctos de la encuesta a comparación del Hospital General Milpa Alta, al contestar 185 personas ≥ 4 reactivos correctos.

IV. ANALISIS DE RESULTADOS

Se aplicaron 748 encuestas, de las cuales el 50% (374) pertenecen al Hospital Materno Infantil Cuauhtémoc y 50% (374) pertenecen al Hospital General Milpa Alta. Por tratarse de dos grupos con el mismo número de participantes que cumplieron con los criterios de inclusión, se decidió realizar un análisis estadístico descriptivo, comparando ambas poblaciones .

El grupo de edad que participo con mayor frecuencia en la encuesta fue de 20-29 años con un 40.6% del Hospital Materno Infantil Cuauhtémoc y un 55.3 % del Hospital General Milpa Alta, seguidos por el grupo de 30-39 años con un 28% y 16% respectivamente.

Cabe resaltar que los grupos mayores de 40 años de edad, con indicación para participar en el cribaje de cáncer de mama, tan solo representaron un 22.19% (83 personas) del Hospital Materno Infantil Cuauhtémoc y 18.4% (69 personas) del Hospital General Milpa Alta. De los cuales la cobertura de mastografía es del 90.36% (75 personas) se han realizado una mastografía en el Hospital Materno Infantil Cuauhtémoc, a diferencia del Hospital General Milpa Alta con cobertura del 47.8% (33 personas).

Entre las causas registradas por la cual no se realizan la mastografía en las pacientes \geq 40 años en el Hospital General Milpa Alta en donde la cobertura es

baja menor del 50% son : Miedo a saber que tiene cáncer 47.6% (15 personas), no tener tiempo 27.7% (10 personas), desidia 22.21% (8 personas), desconocido 8.3% (3 personas) por que no registraron en la encuesta.

Es relevante que dentro de este grupo de pacientes que deberían realizarse la mastografía, su nivel de conocimiento es adecuado; es decir que contestaron en la encuesta ≥ 4 reactivos correctos 68%(47 personas).

El nivel escolar en ambos hospitales es bajo, con primaria 37.16% en Hospital Materno Infantil Cuatepec y secundaria en Hospital General Milpa Alta secundaria 45.98%.

La ocupación predominante en ambos hospitales es hogar en 69%, seguidos de empleadas 21.6% y estudiantes 8.6%.

Con respecto a las fuentes de información que han utilizado las pacientes en ambos hospitales predomina a través de anuncios de televisión y radio en un 52.9% en el Hospital Materno Infantil Cuatepec y 49.19% en Hospital General Milpa Alta, seguidos por personal capacitado médico con 44.9% y 32.35% respectivamente. Es importante mencionar que en Milpa Alta utilizan en el 10.09% Internet (41 pacientes) como fuente de información del cribaje de cáncer de mama en contraste a la población de Cuatepec del 2.13% (8 personas).

Con respecto a obtener información a través de familiares /vecinos es del 7.2% (27 personas) en Milpa Alta y 0% en Cuatepec.

V. DISCUSIÓN

El cáncer de mama constituye un problema de salud pública de mayor trascendencia a partir del 2006 es la primera causa de muerte por neoplasia maligna en mujeres de 25 años y mas.³¹

En nuestro país no existen estudios que hayan medido el grado de conocimiento que tenga nuestra población con respecto a cáncer de mama o al cribaje (mastografía) del mismo.

En este estudio el grado de conocimiento de cribaje de cáncer mama es adecuado en el 60.9% de la población encuestada del Hospital Materno Infantil Cuatepec y Hospital General Milpa Alta, lo cual refuta hipótesis descriptiva de trabajo, ya que de 748 personas el 60.9 %(451 personas) contestaron correctamente ≥ 4 reactivos de la encuesta “Conocimiento de Cribaje de Cáncer de Mama”.

El papel de la información no debe menospreciarse. Los ciudadanos necesitan conocer los riesgos a los que están expuestos para actuar en consencuncia.³⁰

El incremento de la mortalidad por cáncer de mama exige establecer un modelo de detección, dirigido a las mujeres de mayor riesgo, basado en las mejores prácticas que permita el incremento de la cobertura de manera segura y eficaz. La mastografía es la piedra angular del tamizaje del cáncer de mama. Tiene una sensibilidad próxima al 90% y una especificidad superior al 95%.¹¹

Se ha demostrado como método de cribado para cáncer de mama en el grupo de edad entre 50 y 70 años hay una disminución de la mortalidad.^{12, 13}

No hay estudios suficientemente concluyentes sobre la eficacia de la mamografía como método de cribado en el grupo de edad entre 40 y 49 años, las características de la mama en esta edad, hacen que el beneficio sea menor. Hay acuerdo para indicar su realización en grupos de riesgo a partir de los 40 años con una periodicidad anual.¹⁴

Los programas de salud al darle la adecuada importancia a la difusión de información hacen posible que la población participe mas en el cribaje y en consecuencia tengamos un diagnostico temprano de cáncer de mama y dar tratamiento de manera oportuna. En este trabajo podemos corroborar que más del 60% de la población encuestada cuenta con una información adecuada con respecto a cribaje de cáncer de mama.

El grado de conocimiento no varía dependiendo del grupo de edad en la población mexicana . En un estudio causiexperimental, multietápico, en mujeres de 20 a 59 años se realizo una sesión educativa de la técnica de autoexploración , con evaluación de conocimientos previa y final encontraron un incremento en el 83% del conocimiento del procedimiento de autoexploración, no existió significancia de acuerdo al grupo de edad y el aprendizaje.²⁶

De las fuentes de información predomina la obtención a través de anuncios de radio/televisión (51%); sin embargo, en la población de Milpa Alta como zona semiurbana, se encuentra arraigado a las costumbres familiares por lo cual el 7.2% de la población encuestada refiere la obtención de información de cáncer de mama y cribaje a través de familiares/vecinos.

La información que brinda el personal médico e instituciones en esta comunidad queda en segundo lugar con 32.35% (121 personas) lo cual está determinado por la ubicación del hospital que se encuentra situado a la periferia de su territorio, siendo una limitante para acudir de manera más frecuente al hospital.

Tradicionalmente los determinantes al acceso a servicios de salud se han medido desde la perspectiva de “barreras” o aspectos que dificultan la utilización de los servicios. Estas se definen como aquellas características que se constituyen como obstáculos en la búsqueda y obtención en los servicios de salud, las cuales puede ser geográficas, culturales, económicas, funcionales y de información.²⁷

Desde la posición de los usuarios las características socioeconómicas, la percepción de la calidad de la atención, la confianza que la persona en el médico tratante, la distancia desde el sitio de residencia hasta los servicios, los horarios

de atención y el proceso mismo de la atención definen las posibilidades de usar los servicios de salud.²⁸

Ross y Bada consideran que existen restricciones internas y externas para la utilización de los servicios de salud. Las internas provienen del propio individuo, es también llamada barrera de auto-restricción primaria y consiste en una serie de factores internos que influyen en la toma de decisión de la persona para acudir al servicio de salud. Partiendo de la percepción que la persona tiene de su situación y en función de lo que define como “actuación normal”. Las restricciones externas se manifiestan cuando ya se ha tomado la decisión de acudir a los servicios de salud y pueden ser generadas por dificultades de carácter administrativo, estructural, económico, cultural (creencias, religión, tabú), de comunicación o de relación con el personal médico. Esta es llamada auto-restricción secundaria y se da cuando la persona define que sí tiene necesidad de acudir a los servicios de salud, pero la experiencia previa (objetiva o subjetiva) hace que decida no acudir.²⁸

Los obstáculos más difíciles de sortear son los de índole cultural. No es infrecuente que en la mujeres con cáncer de mama se les considere disminuidas en su feminidad. Temerosas de ser abandonadas por sus cónyuges al descubrirse enfermas, muchas mujeres se niegan acudir al médico o someterse a los tratamientos requeridos. Por estas razones, los programas de cáncer de mama en los países emergentes deben combatir la ignorancia.³⁰

VI. CONCLUSIONES

- El cáncer de mama es una patología asociada al envejecimiento, cambios en los patrones reproductivos y la exposición a riesgos relacionados con estilos de vida poco saludables como el sedentarismo, el sobrepeso producto de la “modernización” y la aculturación en la alimentación, lo cual ha modificado su evolución y magnitud.
- El conocimiento en promedio de nuestra población es adecuado en un 60.9% respecto a cribaje de cáncer de mama.
- La mastografía es la piedra angular del cribaje del cáncer de mama. Por lo cual se debe prestar la debida atención a la calidad del servicio.
- Mejorar la información a la población de factores de riesgo para cáncer de mama, a través de campañas de comunicación educativa.
- Modificar los determinantes del cáncer de mama a través de la adopción de hábitos de vida saludable y la demanda de los servicios para la detección.

VII. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Martínez MG, Uribe ZP. Políticas Públicas para la Detección del cáncer de mama en México. *Salud Pública de México*; 2009; 51 (2):350-360.
2. Brandan ME, Villaseñor-Navarro. Detección del cáncer de mama: estado de la mamografía en México. *Cancerología* 2006;1(3):322-342.
3. Gomez DH, Lewis MC. Cáncer de Mama en América Latina: Morbilidad y carga de la enfermedad. *Fundación Mexicana para la Salud, AC. Enero 2009*: 235-278.
4. Peto R, Boreham J, Clarke M, Davies C, and Beral V, UK and USA breast cancer deaths down 25% in year 2000 at ages 20-69 years. *Lancet* 2000, 355: 1822.
5. López-Carrillo L, Torres-Sánchez L, López- Cervantes M y Rueda-Neria C, Identificación de lesiones mamarias malignas en México. *Salud Pub Mex* 2001, 43:199-202.
6. Álvarez GR, Escobar PX. Receptores Hormonales y Otros Factores Pronósticos en Cáncer de mama en Cuba. *Cancerología*. 2008;3:19-27
7. Nelson HD, Tyne K, Naik A. Screening for Breast Cancer : An update for the U.S Preventive services Task Force. *An Intern Med* 2009; 151: 727-737.
8. Millar AB. What is the role of early detection and screening in cancer control? *J Public Health Policy* 1993: 403-411.
9. Van Dam PA, Van Goethem ML, Kersschot E, Vervliet J, Van den Veyver IB, De Schepper A, and Buytaert P, Palpable solid breast masses: retrospective single and multimodality evaluation of 201 lesions. *Radiology* 1988;166:435-439
10. Bushberg JT, Seibert JA, Leidholdt EM, Jr., and Boone JM, *The Essential Physics of Medical Imaging* 2002, Lippincott Williams & Wilkins, Philadelphia, EUA
11. Levi F, Bosetti C, Lucchini F, Negri E, and La Vecchia C, Monitoring the decrease in breast cancer mortality in Europe. *Eur. J. Cancer Prevention* 2005, 14(6): 497-502
12. Tabar L, Yen MF, Vitak B, Chen HHT, Smith RA, Duffy SW. Mammography service screening and mortality in breast cancer patients: 20- year follow-up before and after introduction and screening. *Lancet* 2003; 361:1405-1410.
13. Armstrong K, Moye E, Williams S, Berlin JA, Reynolds EE. Screening mammography in women 40-49 years of age: a systematic review for the American College of Physicians. *Ann Intern Med* 2007;146:516-526.

14. Moss SM, Cuckle H, Evans A, Johns L, Waller M, Bobrow L, *et al.* Effect of mammographic screening from age 40 years on breast cancer mortality at 10 years' follow-up: a randomized controlled trial. *Lancet* 2006;368:2053-2060.
15. Jørgensen KJ, Gøtzsche PC. Content of invitations to publicly funded screening mammography. *British Medical Journal* 2006; 332:538-41.
16. Jørgensen KJ, Gøtzsche PC. Presentation on websites of possible benefits and harms from screening for breast cancer: cross sectional study. *British Medical Journal* 2004; 328:148-51.
17. Gøtzsche PC, Nielsen M. Screening for breast cancer with mammography. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2006, Issue 4. Art. No.: CD001877 www.cochrane.dk.
18. Nyström L, Rutqvist LE, Wall S, Lindgren A, Lindqvist M, Ryden S, *et al.* Breast cancer screening with mammography: overview of Swedish randomised trials. *Lancet* 1993; 341:973–8.
19. Nyström L, Andersson I, Bjurstam N, Frisell J, Nordenskjöld B, Rutqvist LE. Long-term effects of mammography screening: updated overview of the Swedish randomised trials. *Lancet* 2002; 359:909-19.
20. Humphrey LL, Helfand M, Chan BK, Woolf SH. Breast cancer screening: a summary of the evidence for the U.S. Preventive Services Task Force. *Annals of Internal Medicine* 2002; 137(5 Part 1):347-60.
21. Olsen AH, Jensen A, Njor SH, Villadsen E, Schwartz W, Vejborg I, Lynge E. Breast cancer incidence after the start of mammography screening in Denmark. *British Journal of Cancer* 2003; 88:362-5.
22. Giles GG, Amos A. Evaluation of the organised mammographic screening programme in Australia. *Annals of Oncology* 2003; 14:1209-11.
23. NOM-041-SSA2-2002, Para la prevención, diagnóstico, tratamiento, control y vigilancia epidemiológica del cáncer de mama. *Diario Oficial*, 17 septiembre 2003.
24. Kopans D, *Breast Imaging*, 2nd ed., 1999, Lippincott-Raven, Philadelphia, EUA
25. Rodríguez-Cuevas S, Breast carcinoma presents a decade earlier in Mexican Women than in Women in the United States or European countries. *Cancer* 2001; 91(4): 863-868

26. Torres EE, García MG. Aprendizaje significativo de mujeres entre 20 y 59 años ante la autoexploración de mama. Rev. Enfermería IMSS 2004; 12(3):131-135.
27. Frenk J. El concepto y la medición de accesibilidad. Revista de Salud Pública de México. 1985;27(5):438-53.
28. Poblano Verástegui O. Figueroa Perea JG. Condicionantes institucionales que influyen en la utilización del examen clínico de mama. Salud Pública. Mex 2004; 46:294-305.
29. Ross M. Bada E. Restricciones internas y externas en la accesibilidad a los servicios de salud. 1 er Congreso Nacional de Salud Reproductiva y Forum de Salud y Sociedad. Sitges. Diciembre 1988.
30. Frenk J. Sensibilización ,detección temprana y combate a los prejuicios. Claves en la lucha contra el cáncer de mama. Salud Pública de México 2009;51:135-137
31. Secretaría de Salud. Programa de Acción 2007-2012. Cáncer de mama. Primera edición 2008.