



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA**

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DELEGACIÓN NORTE DEL DISTRITO FEDERAL
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR N°33 EL ROSARIO

**GRADO DE CONOCIMIENTO SOBRE LA TÉCNICA DE
AUTOEXPLORACIÓN DE MAMA EN MÉDICOS ADSCRITOS
DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR N°33“EL ROSARIO”**

TESIS DE POSGRADO

PARA OBTENER EL TÍTULO DE:
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

DRA. ESTEFANÍA CARMEN ALMARAZ NAVARRO

MÉDICO RESIDENTE DE TERCER AÑO DEL CURSO DE
ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA FAMILIAR
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR N°33 “EL ROSARIO”

ASESOR:

DRA. MARTHA FABIOLA GUTIERREZ CASTAÑEDA

MÉDICO FAMILIAR
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR N°33 EL ROSARIO

CIUDAD DE MÉXICO, OCTUBRE 2021





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.

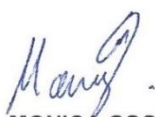
AUTORIZACIONES



DRA. MIRIAM IDALITH INFANTE MIRANDA
MÉDICO ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR
COORDINADOR CLÍNICO DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN EN SALUD
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO. 33 "EL ROSARIO"



DRA. HAYDEE ALEJANDRA MARTINI BLANQUEL
MÉDICO ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR
PROFESORA TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA FAMILIAR
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO. 33 "EL ROSARIO"



DRA. MONICA OSORIO GRANJENO
MÉDICO ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR
PROFESORA ADJUNTA DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA FAMILIAR
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO. 33 "EL ROSARIO"



DRA. MARTHA FABIOLA GUTIERREZ CASTAÑEDA
MÉDICO ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR
ADSCRITO A LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO. 33 "EL ROSARIO"
ASESORA DE TESIS



DRA. ESTEFANÍA CARMEN ALMARAZ NAVARRO
MÉDICO RESIDENTE DEL TERCER AÑO DEL CURSO
DE ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA FAMILIAR

AGRADECIMIENTOS

Quiero agradecer y dedicar este trabajo a cada una de las personas que han contribuido para poder realizar la especialidad de medicina familiar:

En primer lugar, a mi mamá **Ivonne Navarro Ortiz**, por tu apoyo incondicional, sin ti no hubiera llegado hasta donde estoy, gracias por todo.

A mi más grande y hermoso tesoro, quien es mi más ferviente inspiración para seguir adelante, mi hija **Camila**, te amo princesa.

A mis hermanos **Sara y Guillermo** quien admiro y amo mucho.

A mi tía **Nancy Navarro** por ser tan bondadosa y apoyarme siempre.

A mi asesora de tesis la **Dra. Fabiola Gutiérrez Castañeda** por aceptarme como asesorada, por resolver mis dudas y tenerme paciencia, sin usted no hubiera sido posible la realización de este proyecto, gracias.

A todos mis profesores y compañeros de la especialidad de quienes aprendí mucho en mi formación como especialista.

ÍNDICE

1. Portada	1
2. Autorizaciones	2
3. Agradecimientos	3
4. Dictamen Comité Local de Investigación en salud	5
5. Resumen	6
6. Introducción	7
7. Antecedentes	9
8. Planteamiento del problema	13
9. Objetivos	15
10. Descripción general del estudio	16
11. Resultados	18
12. Discusión	30
13. Conclusiones	33
14. Referencias Bibliográficas	34
15. Anexos	38



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIM
DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MÉDICAS



Dictamen de Aprobado

Comité Local de Investigación en Salud 3404
UNED FAMIMAR NUM 20

Registro COEPR 15 aB C2 04 OOH 002
Registro CONBIOTICA CONBYOETSCA 0g CEz 013 20 ta0a2

FECHA: 22 de abril de 2022

Dra. FORTHA FABIOLA GUERRERAZ CASTAÑEDA

PRESENTE

Tengo el agrado de notificarle, que el protocolo de investigación con título GRADO DE CONOCIMIENTO SOBRE LA TÉCNICA DE AUTOEXPLORACIÓN DE MAMA EN MÉDICOS ADSCRITOS EN LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR N°33 "EL ROSARIO" que sometió a consideración para evaluación de este Comité, de acuerdo con las recomendaciones de sus integrantes y de los revisores, cumple con la calidad metodológica y los requerimientos de ética y de investigación, por lo que el dictamen es A P R O B A D O:

Número de Registro Institucional

R-2021-3404-019

De acuerdo a la normativa vigente, deberá presentar en junio de cada año un informe de seguimiento técnico acerca del desarrollo del protocolo a su cargo. Este dictamen tiene vigencia de un año, por lo que en caso de ser necesario, requerirá solicitar la reaprobación del Comité de Ética en Investigación, al término de la vigencia del

ATENTAMENTE

Mtro. Miguel Ángel
Presidente del C

Muñoz
Comité de Investigación en Salud No. 3404

IMSS

IMSS
SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

RESUMEN

GRADO DE CONOCIMIENTO SOBRE LA TÉCNICA DE AUTOEXPLORACIÓN DE MAMA EN MÉDICOS ADSCRITOS DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR N°33 “EL ROSARIO”

Gutiérrez Castañeda Martha Fabiola¹, Almaraz Navarro Estefanía Carmen²

Introducción: El cáncer de mama actualmente es un problema de salud pública que requiere ser atendido de manera prioritaria, debido a que esta enfermedad mundialmente es la segunda neoplasia más frecuente en la población y la primera entre las mujeres.

Objetivo: Identificar el grado de conocimiento sobre la técnica de autoexploración de mama en médicos adscritos de la Unidad de Medicina Familiar N°33 “El Rosario”. **Material y**

métodos: Se realizó un estudio observacional, descriptivo, retrospectivo, utilizando muestreo no probabilístico por conveniencia, considerando a todos los médicos adscritos de la consulta externa de la UMF N°33 que cumplieron con los criterios de inclusión.

Se aplicó un cuestionario con previo consentimiento informado para identificar el grado de conocimiento sobre la técnica de autoexploración de mama conformado por las dimensiones: Conocimiento de anatomía, factores de riesgo, recomendaciones generales, inspección, palpación y conocimiento de NOM-041, posteriormente se realizó la recolección de datos. **Resultados:** De los 65 médicos adscritos evaluados el 51% tenía un rango de edad entre 30-39 años, con una media de 36 años, el 92% contaba con categoría de médico familiar, 75% de ellos fueron del género femenino y 25% masculino, 49% contaba con una antigüedad de más de 10 años, laborando un 75% en el turno matutino. El grado de conocimiento sobre la técnica de autoexploración de mama, se obtuvo que la mayoría de los médicos (63%) calificó con un grado de conocimientos regulares, habiendo destacar que un médico clasificó en un grado de conocimiento alto al obtener 30 puntos y por su parte un médico con una mínima de 11 puntos clasificado en conocimiento muy bajo.

Conclusiones. En la presente investigación se pudo determinar que la mayoría de los médicos familiares cuentan con un grado de conocimiento de autoexploración de mama clasificado como regular, mostrando la existencia de barreras que obstaculizan una detección temprana del cáncer de mama.

Palabras clave: Médicos adscritos, Autoexploración de mama, Grado de conocimiento.

¹Médico Familiar e Investigador. Titular adscrita a la UMF No. 33 “El Rosario”.

²Médico Residente de tercer año del CEMF de la UMF No. 33 “El Rosario”

INTRODUCCIÓN

El cáncer de mama actualmente es un problema de salud pública que requiere ser atendido de manera prioritaria ¹, debido a que esta enfermedad mundialmente es la segunda neoplasia más frecuente en la población y la primera entre las mujeres, con un estimado de 1.67 millones de nuevos casos diagnosticados anualmente, representando el 25% de los casos de cáncer en mujeres. ²

En las mujeres mexicanas, a partir del año 2006 el carcinoma mamario se convirtió en la primera causa de muerte por cáncer, debido a que supero en casos de incidencia al cáncer cervicouterino.² Según datos del Instituto Nacional de Estadística Geografía e Informática (INEGI), en 2009 ocurrieron 4,964 muertes atribuidas al cáncer de mama, lo que representó el 2% del total de defunciones ocurridas en mujeres, muriendo en ese último año por cáncer de mama casi 14 mujeres cada día.³

Se estima que la incidencia y la mortalidad seguirán aumentando de manera importante debido al envejecimiento poblacional, a los cambios en los patrones reproductivos, a una mayor prevalencia de los factores de riesgo y a los problemas para el acceso oportuno a la detección, el diagnóstico temprano y el tratamiento adecuado ², por lo que el Sector Salud, consciente del problema, ha implementado programas preventivos y de promoción de la salud con el propósito de aumentar la detección temprana del cáncer de mama.⁷ Entre estos programas se cuenta con los Programas Nacionales de Detección Oportuna de Cáncer Mamario (DOCMA), cuyo objetivo es reducir la morbimortalidad detectando tempranamente y proporcionando un tratamiento oportuno.⁴

La autoexploración mamaria tiene como objetivo principal que la mujer se familiarice con la forma y textura de sus mamas; la cual realizada de manera rutinaria y sistemática le permita percibir cualquier cambio o lesión sospechosa en sus senos ² y de esta forma ser consciente que cuando encuentre un cambio o tumor acuda a valoración inmediata por el médico de primer nivel.⁵

La falta de información de la población femenina es un factor clave para la realización de la autoexploración mamaria, por lo que se debe enfatizar la participación del personal de salud en la enseñanza de la técnica y que sea más recomendada la autoexploración para obtener una mayor cobertura.⁶

La falta de promoción por parte de los prestadores de servicios de salud posiblemente por desconocimiento de la técnica, logrando infravalorar un recurso valioso que puede lograr cambios significativos no solo en la calidad de vida de un paciente sino en el aspecto social y familiar que los rodea.⁷

El autoexamen de las mamas y el examen clínico son los métodos a los cuales se someten el universo total de mujeres.¹ El examen clínico de mama tiene alta eficacia como tamizaje de la patología cuando el médico familiar realiza una técnica adecuada.⁸

Es necesario destacar que la autoexploración mamaria mensual por una mujer que sabe cómo hacerla porque se la enseñó su médico familiar, además de la exploración periódica anual por un experto, detecta tumores entre 1 y 2 cm, que pueden cursar con enfermedad ganglionar regional, pero que indican un buen pronóstico. Desafortunadamente, en la práctica no se aplican regularmente estas dos posibilidades de detección: las mujeres no saben explorarse los senos y los trabajadores de la salud dan poca importancia a este examen.³

Los médicos familiares son determinantes para el diagnóstico temprano del cáncer de mama; el médico de familia interviene en el diagnóstico de la mayoría de los cánceres. La detección temprana de la patología por los médicos familiares puede llegar a mejorar la calidad y esperanza de vida de las pacientes. Además, una mejor atención hacia las mujeres con enfermedades mamarias derivadas de los consultorios a la consulta multidisciplinaria del hospital tendría como resultado una efectiva sinergia entre el nivel de atención primario y el secundario.⁹

ANTECEDENTES

Las investigaciones epidemiológicas se han centrado sobre los métodos para detectar la enfermedad en estadios tempranos y estandarizar tratamientos después de que es diagnosticada, lo cual se relaciona con un incremento en los índices de supervivencia, tratamientos menos invasivos y estéticamente más aceptables. Sin embargo, a pesar de los avances en estas áreas, al menos el 33% de las mujeres diagnosticadas mueren por esta causa.^{10,11,12}

Diversos estudios epidemiológicos y revisiones sistemáticas han mostrado que el diagnóstico temprano aumenta el tiempo de supervivencia y disminuye la mortalidad por cáncer de mama. El estudio SEER efectuado en Estados Unidos informó 89% de supervivencia a cinco años para todos los tipos de cáncer de mama, en comparación con 79% en el estudio EUROCARE. La diferencia puede deberse al estadio en el cual la mujer fue diagnosticada; 40% de los tumores en el estudio SEER se encontraba en etapa temprana (T1N0M0), mientras que en el grupo EUROCARE solo un 30%.¹³

Una reciente revisión sistemática realizada por Agency for Health care Research and Quality (AHRQ) encontró que el riesgo relativo es de 0.84 (intervalo de confianza de 95%) en una mujer de cualquier edad integrada en un grupo de tamizaje de cáncer de mama en comparación con la mujer que no participa en dicho programa; es decir, haber asistido a un programa de detección tuvo un efecto protector contra el cáncer de mama.¹⁴

Un estudio en la ciudad de Cuernavaca, Morelos, concluyó que, dependiendo de la técnica de enseñanza, se logra que alrededor de 51 a 65 % de las mujeres identifique al menos abultamientos de 0.5 a 1 cm en el seno.¹⁵

Ocho estudios prospectivos randomizados han demostrado el impacto del escrutinio mamográfico sobre la mortalidad del cáncer de mama. El primero, proyecto seguro en salud, iniciado en 1963 por Shapiro que consistió en realización de mastografía y exploración clínica anualmente durante 4 años, demostró una reducción en la mortalidad del 30% en el seguimiento durante 10 años con una estimación de riesgo de 0.71.^{12,15}

Cuatro de estos estudios fueron realizados en Suecia, iniciados entre 1976 y 1982, consistieron en la realización de mastografía, con una frecuencia de 18 a 33 meses durante 5 años con un seguimiento de 5 a 13 años mostrando una disminución significativa de mortalidad en todas las edades, con un riesgo relativo de mortalidad de 0.76 y con una significancia mayor en pacientes de 40-49 años. ¹⁵

El estudio de Edimburgo realizado de 1978-1981, consistió en realizar mastografía y exploración clínica cada 24 meses durante 4 años con un seguimiento de 10 años, demostrando una significancia estadística del beneficio del escrutinio de un riesgo de mortalidad de 0.82. ¹⁵

Se realizaron dos estudios de escrutinio mamario nacional (ESMN), en Canadá iniciados en 1982 (ESMN I y II). El estudio ESMN I consistió en la realización de mastografía y exploración clínica con un seguimiento de 7 años, el cual no tuvo significancia estadística en sus resultados, con un riesgo relativo de 1.14. El ESMN II consistió en la realización de mastografía y exploración clínica anualmente, con un grupo control al que se les realizó exploración clínica con seguimiento de 7 años, con una mortalidad idéntica en los dos grupos con un riesgo relativo de 0.97. ^{15,16}

En 1975. Johansen establece el término “triple test” el cual incluye exploración clínica, mastografía y biopsia por aspiración con aguja fina para estudiar su habilidad combinada para distinguir masa benigna y maligna. ¹⁷

Algunos autores realizaron un estudio sobre Conocimientos de los factores de riesgo asociados al cáncer de mama. Para el año 2008, la encuesta ENDES captó a 9 724 mujeres de entre 20 y 49 años, cuyos datos ingresaron a nuestro análisis. El grupo etario más frecuente fue el de 30 a 39 años; la mayoría de las mujeres residía en zonas urbanas, casi la tercera parte vivía en Lima Metropolitana. Respecto al nivel educativo, el 32,1% alcanzó el nivel superior y 35,8% tuvo educación secundaria. Más de la mitad de las mujeres refirió estado civil casado o conviviente. La mayoría fue hispano hablante. El 80% de las mujeres tuvo algún examen clínico de mama en los últimos 5 años. ¹⁸

Un estudio de 256 mujeres mexicanas con diagnóstico de cáncer de mama reveló que en el 90% de los casos fueron ellas mismas las que identificaron su padecimiento y sólo 10% se diagnosticó en etapa I. El mismo estudio también mostró que sólo 30% de las mujeres se practicó la autoexploración, e incluso que un porcentaje todavía menor lo hizo de manera adecuada. De igual manera, aún falta educación para mujeres sobre salud de la mama, a pesar de que existe evidencia que sugiere que las mujeres con capacitación tienen mayor probabilidad de detectar una lesión. ¹⁹

Otros autores realizaron un estudio Estrategia Educativa aplicada a mujeres michoacanas de comunidades rurales para favorecer la prevención primaria y secundaria del cáncer de mama. Al preguntar si sabían lo que es el cáncer de mama, el 57% respondió no y cómo cuidarse para detectar oportunamente el cáncer de mama, en la primera medición el 55% contestó que sí, en la segunda medición esta cifra se incrementó el 6%; respecto a si revisan sus mamas con frecuencia, en la primera medición el 64% indicó que sí, en la segunda medición, aumentó el porcentaje que responde sí a un 73%. En el apartado de la revisión, casi tres de cada diez no lo hacen y al cuestionar por qué, en una de las comunidades responde que por desidia y flojera. En este apartado también destaca que en su mayoría responden que no saben cómo explorarse. Cuando se cuestiona las veces que se revisó en un lapso de dos meses, 2 de cada 10 refieren que lo realizaron más de cuatro ocasiones. Los resultados obtenidos al cuestionar si observan sus mamas frente al espejo para detectar anomalías en las mismas, el 55% de las encuestadas respondió que sí, cifra que se incrementó levemente en la segunda medición hasta llegar al 60%. Respecto a conocer cuál es la forma en que deben explorar sus mamas, el 63% respondieron que no en la primera medición; este porcentaje disminuyó hasta el 39% en la segunda medición, por lo que quienes consideran que ya identifican tanto las características de la técnica, así como la periodicidad con que deben explorar sus mamas, aumentó al 61%. En cuanto a la forma de llevar a cabo la palpación de las mamas, el procedimiento que más realizan es en círculos concéntricos, 56%, y la que menos aplican es la palpación por cuadrantes, en un 24%. ¹⁹

Otros autores realizaron un estudio de la Detección del cáncer de mama en México: síntesis de los resultados de la Encuesta Nacional de Salud reproductiva en el Centro de Investigación en Salud Poblacional. Instituto Nacional de Salud Pública, México los resultados de la detección del cáncer de mama 74% de las mujeres revisa sus mamas y un porcentaje menor (37.4%) acude al personal de salud para la revisión clínica de éstas. Las principales características vinculadas con la revisión de los senos fueron la edad, el lugar de residencia, la escolaridad y el nivel socioeconómico. Dicha revisión fue significativamente mayor en las mujeres residentes de áreas urbanas respecto de las residentes de áreas rurales. Asimismo, se observó un incremento significativo de esta práctica conforme aumentó la edad, la escolaridad y el nivel socioeconómico de las entrevistadas.²⁰

Los motivos mencionados con más frecuencia por las mujeres que no revisan sus mamas fueron: no consideran que sea una práctica importante o no saben cómo realizarla. Las razones anteriores no variaron significativamente de acuerdo con el nivel de escolaridad de las entrevistadas.²⁰

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El cáncer de mama o adenocarcinoma de mama, es una enfermedad maligna de proliferación acelerada, desordenada y no controlada de células pertenecientes a distintos tejidos de la glándula mamaria. La patología mamaria conforma un problema de salud a nivel mundial, ya que genera el 16% de todos los cánceres femeninos registrados, ocupando el 11.9% del total de diagnósticos de cáncer en el mundo.³

Considerando que se desconoce el porcentaje exacto de las muertes a nivel mundial, debido a que en los países subdesarrollados donde la incidencia es mayor, no se cuenta con estadística confiable y poco se conoce sobre los procesos de atención de esta enfermedad, desde la detección hasta su tratamiento y control, como es el conocimiento sobre la técnica de autoexploración de mama; por este motivo se busca determinarlo en los médicos familiares, ya que su función principal en el primer nivel de atención deberá ser un enfoque preventivo; siendo la prevención del cáncer de mama uno de los programas de salud pública prioritarios.⁴

El abordaje del tema sobre las prácticas de detección del cáncer de mama se ha tratado de manera discriminatoria en las distintas encuestas del país, sin que se tenga hasta el momento criterios homologados de recolección de datos que permitan una comparación directa de los resultados en el tiempo.⁴ También se encontró que las coberturas de detección del cáncer de mama, a través de las distintas técnicas, son deficientes a la luz de la NOM- 041-SSA2-2011 donde se indica que las mujeres, según el grupo de edad, deben ser objeto de acciones de prevención, ya sea de manera individual o con el apoyo del personal de salud.⁹

Se han realizado diversas investigaciones a nivel mundial como en el caso de La Habana donde se demostró la importancia del trabajo del médico de familia en la elevación del conocimiento del autoexamen, estudiando este fenómeno antes y después del plan del médico de familia, demostrando que aumentaron razonablemente los niveles de conocimientos del 41.3% al 99.4 % y la práctica del 16.09% al 90.16 %, fundamentalmente, en la etapa de trabajo programado.¹¹

Por lo tanto, los médicos familiares son determinantes para el diagnóstico temprano del cáncer de mama; ya que interviene en el diagnóstico de la mayoría de los cánceres de mama. Una detección temprana de la enfermedad puede llegar a mejorar la calidad esperanza de vida de las pacientes. Además, una mejor atención a las mujeres con enfermedades mamarias referidas de los consultorios a la consulta multidisciplinaria del hospital sería una efectiva sinergia entre el nivel de atención primario y secundario.⁹

El autoexamen de las mamas y el examen clínico son los métodos a los cuales se someten el universo total de mujeres. En esta tarea, el médico de familia tiene una función vital, no sólo por su responsabilidad en la garantía de la salud de su población sino por su función exclusiva en el diagnóstico de cáncer.¹²

Existe evidencia que la práctica regular del autoexamen de mamas puede disminuir la mortalidad del cáncer de mama en el 18%. La supervivencia entre las que lo realizan es de 75% en comparación con un 57% en las que no lo realizan.¹³ Por lo tanto, es imperiosa la necesidad de contar con personal ampliamente capacitado para el adiestramiento de la población femenina, con el fin de lograr una adecuada transmisión de la información y a su vez que las usuarias de los servicios de salud en el primer nivel de atención, puedan ser capaces de ejecutar de manera adecuada la técnica de autoexploración mamaria con el fin de detectar a tiempo cualquier anomalía y por ende recibir atención médica temprana y tratamiento oportuno, evitando así complicaciones y secuelas e incluso la mortalidad de dicha patología. Lo que nos llevó a plantearnos la siguiente pregunta de investigación:

¿Cuál es el grado de conocimiento sobre la técnica de autoexploración de mama en los médicos adscritos de la Unidad de Medicina Familiar N°33 “El Rosario”?

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

Identificar el grado de conocimiento sobre la técnica de autoexploración de mama en los Médicos adscritos de la Unidad de Medicina Familiar No. 33 “El Rosario”

OBJETIVOS ESPECÍFICOS.

- Identificar los factores sociodemográficos de los médicos adscritos de la Unidad de Medicina Familiar No. 33 “El Rosario”
- Identificar el conocimiento sobre la NOM-041 en los médicos adscritos de la Unidad de Medicina Familiar No. 33 “El Rosario”
- Identificar el conocimiento sobre anatomía de mama en los médicos adscritos de la Unidad de Medicina Familiar No. 33 “El Rosario”
- Determinar la prevalencia de médicos adscritos de la Unidad de Medicina Familiar No. 33 “El Rosario” que conocen los factores de riesgo para cáncer de mama.
- Identificar el Conocimiento sobre las recomendaciones generales de autoexploración en los médicos adscritos de la Unidad de Medicina Familiar No.33 “El Rosario”
- Identificar la prevalencia de médicos adscritos de la Unidad de Medicina Familiar No. 33 “El Rosario” que conocen la técnica correcta de inspección de la mama.
- Identificar la prevalencia de médicos adscritos de la Unidad de Medicina Familiar No. 33 “El Rosario” que conocen la técnica correcta de palpación de la mama.
- Identificar la prevalencia de médicos adscritos de la Unidad de Medicina Familiar No. 33 “El Rosario” que conocen la técnica de autoexploración de mama.

DESCRIPCIÓN GENERAL DEL ESTUDIO

Se trató de un estudio observacional, descriptivo y transversal que se realizó en la Unidad de Medicina Familiar N°33 El Rosario, en el área de la consulta externa, con el fin de identificar el grado de conocimiento que tienen los médicos adscritos de Medicina Familiar del turno matutino como vespertino sobre la técnica de autoexploración mamaria, con la aplicación de un instrumento validado, elaborado por los médicos: Mario Joaquín López Carbajal, Eduardo Martínez Lazcano, Daniela Gálvez Camargo en el año 2010, con un índice de confiabilidad mediante la fórmula de Kuder Richardson de 0.55, con una desviación estándar de la distribución de puntajes totales de 3.738, con un error estándar de medición de 2.23. El instrumento está constituido por ítems distribuidos en seis dimensiones: Conocimiento de anatomía, Identificación de factores de riesgo, conocimiento sobre recomendaciones generales de la autoexploración, inspección de las mamas, palpación de las mamas, y conocimiento sobre recomendaciones generales de la NOM-041. La esfera de conocimientos de anatomía, comprende los conocimientos de las principales estructuras anatómicas que se encuentran afectadas en el cáncer de mama. La esfera sobre identificación de factores de riesgo, comprende la identificación de conocimientos sobre los factores de riesgo que se han asociado frecuentemente con la presencia de esta patología. La esfera sobre conocimiento de recomendaciones generales de la autoexploración comprende los aspectos de cuándo está indicada la realización de la autoexploración en la mujer. La esfera Inspección de las mamas, comprende tanto las maniobras de pie como acostada. La esfera Palpación comprende las maniobras que se debe de realizar en posición de pie y acostada, determinando para qué se realiza cada maniobra, así como sus variantes. La esfera sobre conocimiento de las generalidades de la NOM-041 plantea identificar el conocimiento que se tiene sobre las definiciones que marca la norma acerca de del cáncer de mama. Es un cuestionario con un total de 35 preguntas cerradas con 5 respuestas de opción múltiple.

PORCENTAJES DE ACUERDO CON EL GRADO DE CONOCIMIENTO.

Aciertos	Escala
0-5	Sin conocimiento.
6-11	Muy bajos conocimientos
12-17	Con bajos conocimientos
18-23	Conocimientos regulares
24-29	Conocimientos altos.
30-35	Conocimientos muy altos.

RESULTADOS

Del universo de trabajo establecido de acuerdo con la planilla de médicos adscritos que se encuentran en la UMF No. 33 “El Rosario” del IMSS, constituida por 78 médicos, solo se pudieron aplicar un total de 65 cuestionarios con la finalidad de determinar el grado de conocimiento sobre la técnica de autoexploración de mama, debido a que 4 médicos se jubilaron, 3 médicos ya no se encuentran laborando en la unidad, 5 médicos no aceptaron llenar el cuestionario consecuencia de falta de tiempo por la demanda de trabajo y se excluyó a un médico familiar que es el asesor de la tesis.

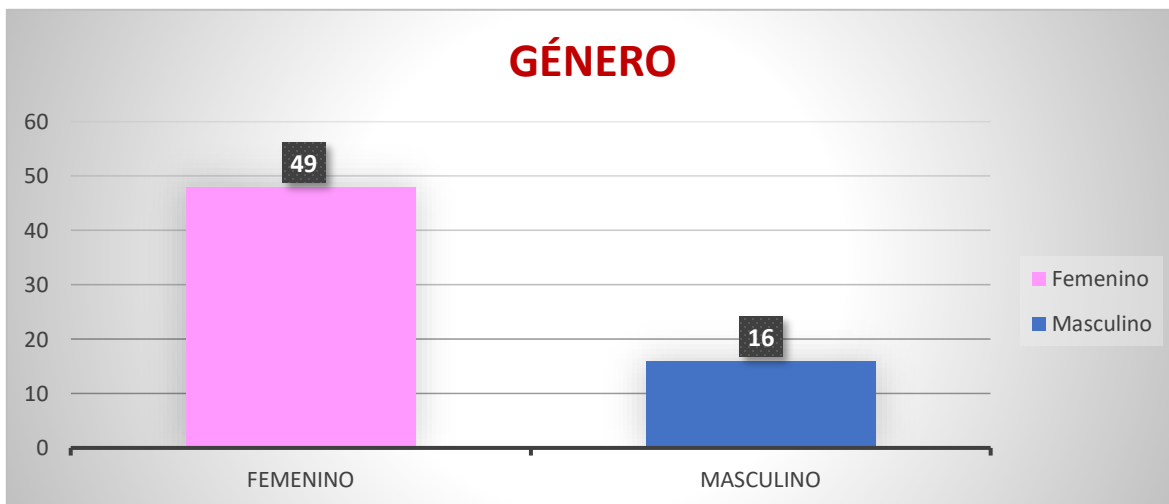
De los 65 médicos adscritos analizados 16 fueron del sexo masculino (25%) y 49 del sexo femenino (75%) (Tabla y gráfica 1).

TABLA 1. MÉDICOS ADSCRITOS QUE PARTICIPARON EN EL ESTUDIO DE ACUERDO CON SU GÉNERO.

SEXO	NUMERO	PORCENTAJE
Femenino	49	75%
Masculino	16	25%

FUENTE: Cuestionario de variables socio demográficas en médicos adscritos de la UMF 33

GRÁFICA 1. MÉDICOS ADSCRITOS QUE PARTICIPARON EN EL ESTUDIO DE ACUERDO CON SU GÉNERO



FUENTE: Cuestionario de variables sociodemográficas en médicos adscritos de la UMF N° 33

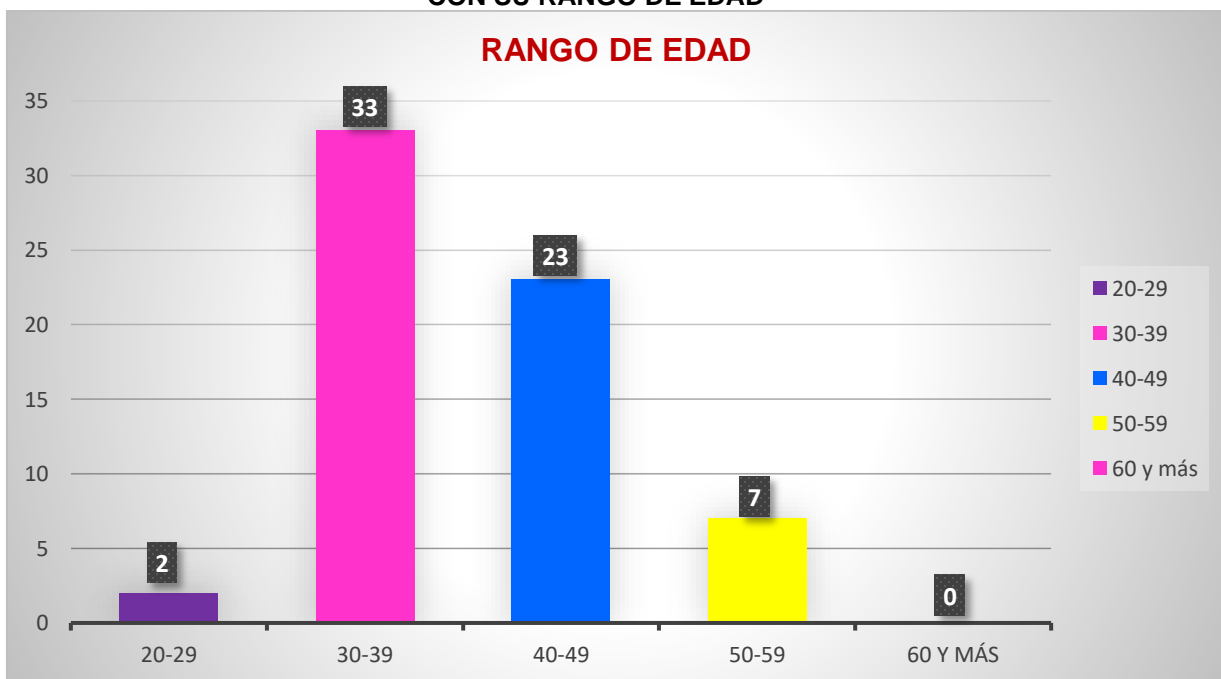
La edad media que presentaron los médicos adscritos fue de 36 años, 2 médicos (3 %) correspondieron a edades entre 20 a 29 años, 33 médicos (51%) tuvieron entre 30 a 39 años, 23 médicos (35%) de 40 a 49 años, 7 médicos (11%) de 50-59 años y finalmente no hubo ningún médico mayor a 60 años (0%). (Tabla y Gráfica 2).

TABLA 2. MÉDICOS ADSCRITOS QUE PARTICIPARON EN EL ESTUDIO DE ACUERDO CON SU RANGO DE EDAD

RANGO DE EDAD	TOTAL	PORCENTAJE
20 – 29	2	3%
30 – 39	33	51%
40 – 49	23	35%
50 – 59	7	11%
60 – y mas	0	0%

FUENTE: Cuestionario de variables sociodemográficas en médicos adscritos de la UMF N° 33

GRÁFICA 2. MÉDICOS ADSCRITOS QUE PARTICIPARON EN EL ESTUDIO DE ACUERDO CON SU RANGO DE EDAD



FUENTE: Cuestionario de variables sociodemográficas en médicos adscritos de la UMF N° 33

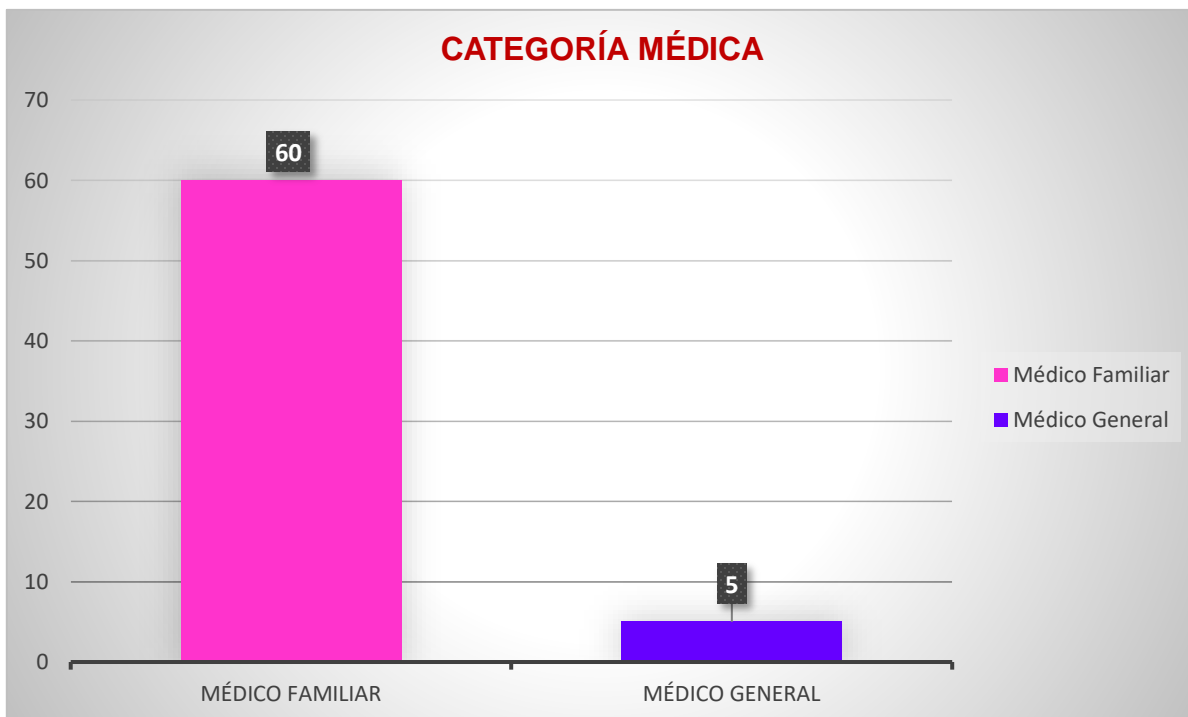
En cuanto a la categoría médica que presentaron los 65 médicos adscritos en el estudio se encontró que 60 médicos (92%) corresponden a la categoría médico familiar y 5 médicos (8%) corresponden a la categoría médico general. (Tabla y Gráfica 3).

TABLA 3. MÉDICOS ADSCRITOS QUE PARTICIPARON EN EL ESTUDIO DE ACUERDO CON SU CATEGORÍA MÉDICA

CATEGORIA MÉDICA	TOTAL	PORCENTAJE
Médico Familiar	60	92%
Médico General	5	8%

FUENTE: Cuestionario de variables sociodemográficas en médicos adscritos de la UMF N°33

GRÁFICA 3. MÉDICOS ADSCRITOS QUE PARTICIPARON EN EL ESTUDIO DE ACUERDO CON SU CATEGORIA MÉDICA



FUENTE: Cuestionario de variables sociodemográficas en médicos adscritos de la UMF N°33

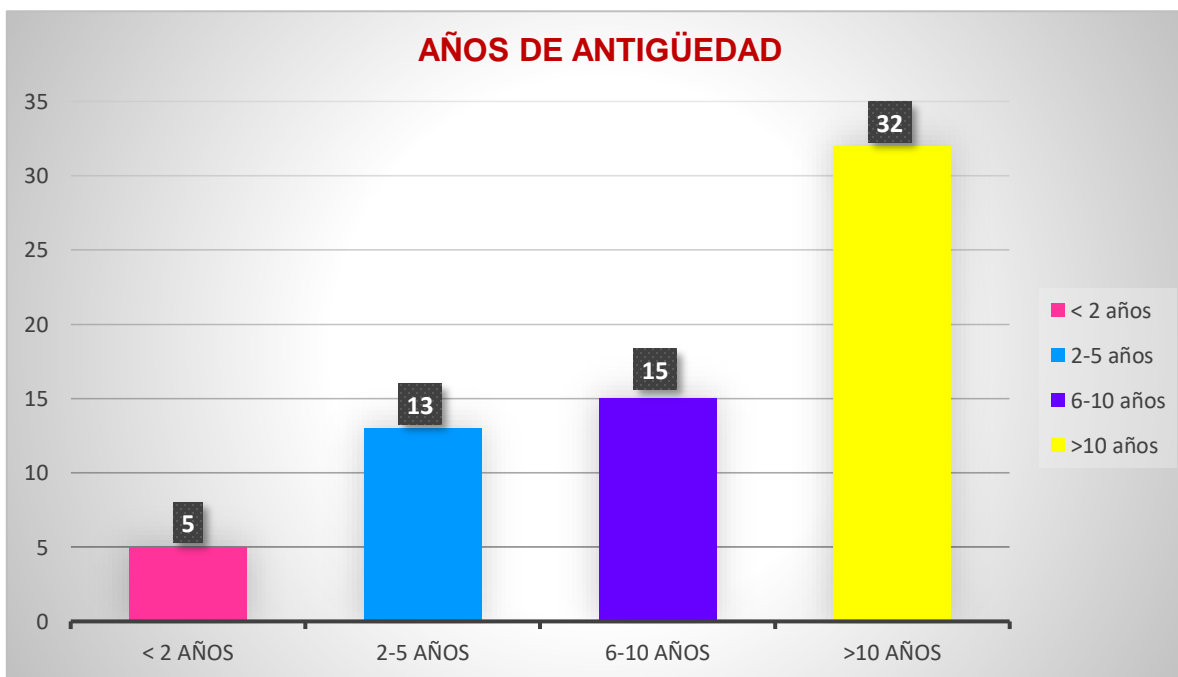
En cuanto a los años de antigüedad que presentaron los 65 médicos adscritos en el estudio se encontró que 5 médicos (8%) tienen < 2 años de antigüedad, 13 médicos (20%) correspondió a una antigüedad de 2-5 años, 15 médicos (23%) cuentan con una antigüedad entre 6-10 años, finalmente 32 médicos (49%) cumplían una antigüedad mayor de 10 años (Tabla y Gráfica 4).

TABLA 4. MÉDICOS ADSCRITOS QUE PARTICIPARON EN EL ESTUDIO DE ACUERDO CON SUS AÑOS DE ANTIGÜEDAD

AÑOS DE ANTIGÜEDAD	TOTAL	PORCENTAJE
< 2 años	5	8%
2-5 años	13	20%
6-10 años	15	23%
>10 años	32	49%

FUENTE: Cuestionario de variables socio demográficas en médicos adscritos de la UMF N°33

GRÁFICA 4. MÉDICOS ADSCRITOS QUE PARTICIPARON EN EL ESTUDIO DE ACUERDO CON SUS AÑOS DE ANTIGÜEDAD



FUENTE: Cuestionario de variables sociodemográficas en médicos adscritos de la UMF N°33

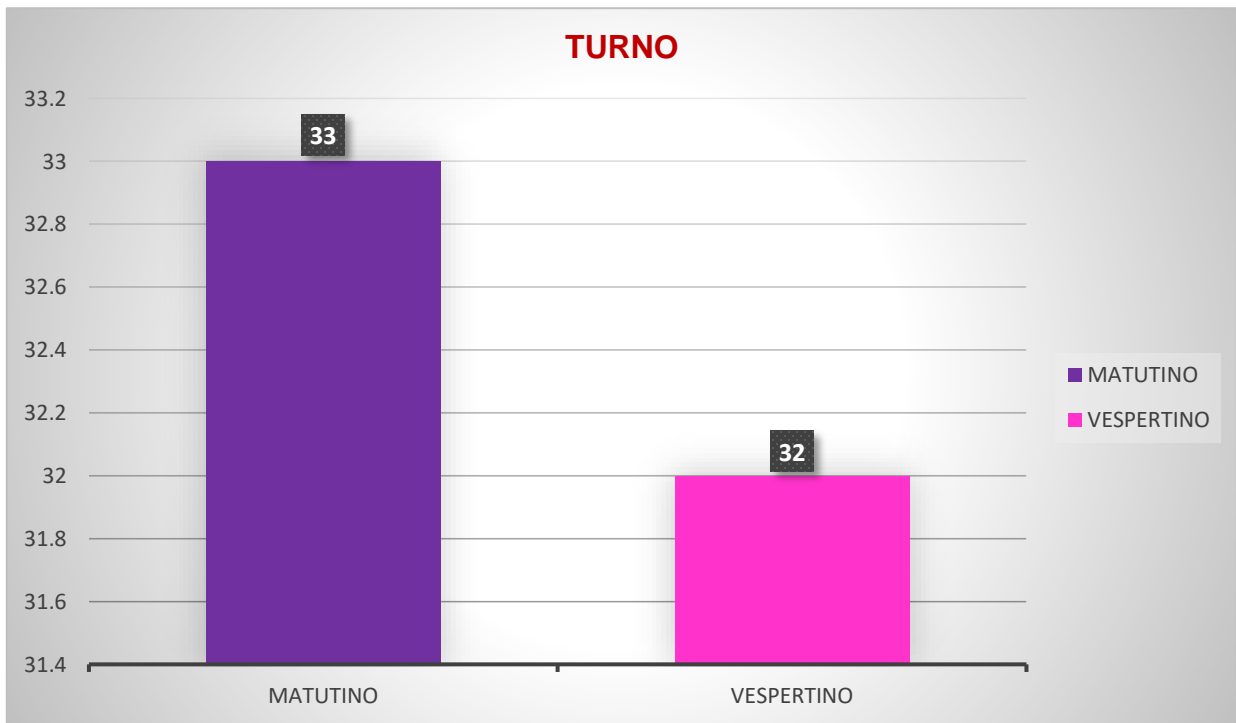
De los 65 médicos adscritos analizados 33 laboran en el turno matutino (75%) y 32 en el turno vespertino (25%) (Tabla y gráfica 5).

TABLA 5. MÉDICOS ADSCRITOS QUE PARTICIPARON EN EL ESTUDIO DE ACUERDO CON EL TURNO LABORADO

<i>TURNO</i>	<i>TOTAL</i>	<i>PORCENTAJE</i>
Matutino	33	75%
Vespertino	32	25%

FUENTE: Cuestionario de variables sociodemográficas en médicos adscritos de la UMF N° 33

GRÁFICA 5. MÉDICOS ADSCRITOS QUE PARTICIPARON EN EL ESTUDIO DE ACUERDO CON EL TURNO LABORADO



FUENTE: Cuestionario de variables sociodemográficas en médicos adscritos de la UMF N° 33

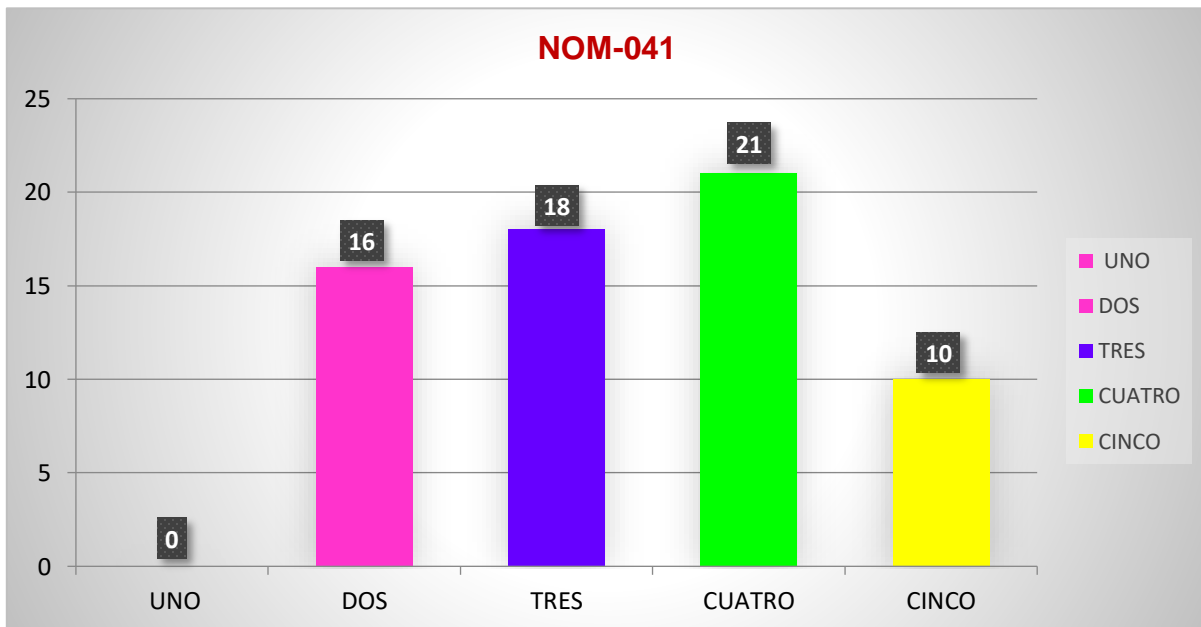
El instrumento está constituido por ítems distribuidos en seis dimensiones; encontrando los siguientes resultados, en la primera dimensión acerca del conocimiento de la NOM-041 con un total de 5 preguntas, se encontró que 0 médicos (0%) obtuvieron 1 acierto, 16 médicos (25%) obtuvieron 2 aciertos, 18 médicos (28%) 3 aciertos, 21 médicos (32%) un total 4 aciertos y finalmente el mayor puntaje de 5 aciertos lo obtuvieron 10 médicos (15%). (Tabla y Gráfica 6).

TABLA 6. RESULTADOS DE LA PRIMERA DIMENSIÓN ACERCA DEL CONOCIMIENTO DE LA NOM-041

ACIERTOS	MÉDICOS	PORCENTAJE
UNO	0	0%
DOS	16	25%
TRES	18	28%
CUATRO	21	32%
CINCO	10	15%

FUENTE: Cuestionario sobre la técnica de autoexploración de mama en médicos adscritos de la unidad de medicina familiar N°33“el rosario”

GRÁFICA 6. RESULTADOS DE LA PRIMERA DIMENSIÓN ACERCA DEL CONOCIMIENTO SOBRE LA NOM-041



FUENTE: Cuestionario sobre la técnica de autoexploración de mama en médicos adscritos de la unidad de medicina familiar N°33“el rosario”

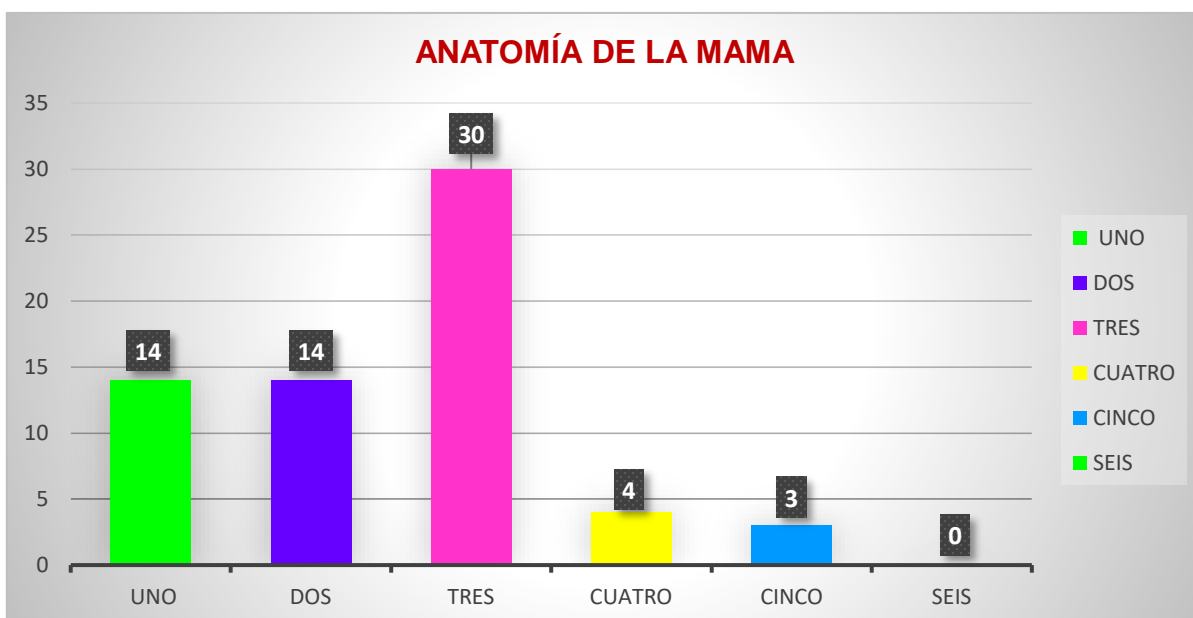
Los resultados obtenidos de la segunda dimensión sobre conocimientos de anatomía de mama con un total de 6 preguntas arrojaron los siguientes resultados: 14 médicos (21%) obtuvieron un puntaje de 1 acierto, 14 médicos (22%) obtuvieron 2 aciertos, 30 médicos (46%) 3 aciertos, 4 médicos (6%) un total de 4 aciertos, 3 médicos (5%) 5 aciertos y finalmente el mayor puntaje de 6 aciertos no fue obtenido por ningún médico (0%). (Tabla y Gráfica 7).

TABLA 7. RESULTADOS DE LA SEGUNDA DIMENSIÓN ACERCA DE LA ANATOMÍA DE LA MAMA

ACIERTOS	MÉDICOS	PORCENTAJE
UNO	14	21%
DOS	14	22%
TRES	30	46%
CUATRO	4	6%
CINCO	3	5%
SEIS	0	0%

FUENTE: Cuestionario sobre la técnica de autoexploración de mama en médicos adscritos de la unidad de medicina familiar N°33“el rosario”

GRÁFICA 7. RESULTADOS DE LA SEGUNDA DIMENSIÓN ACERCA DE LA ANATOMÍA DE LA MAMA



FUENTE: Cuestionario sobre la técnica de autoexploración de mama en médicos adscritos de la unidad de medicina familiar N°33“el rosario”

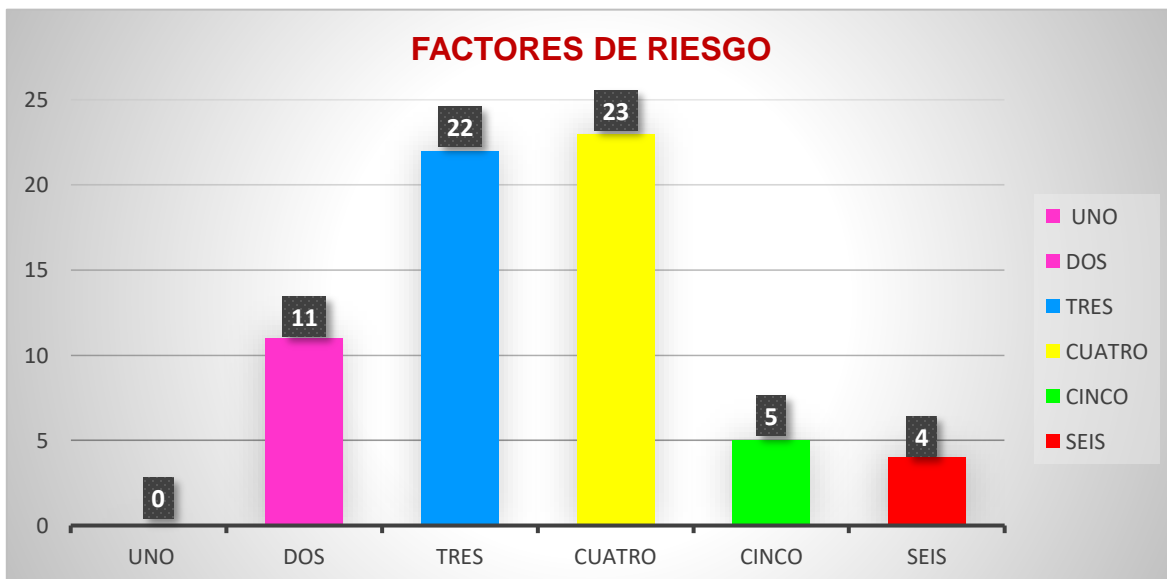
En cuanto a los resultados obtenidos de la tercera dimensión acerca de la identificación de factores de riesgo con un total de 6 preguntas, se obtuvo el siguiente resultado: 1 acierto no fue obtenido por ningún médico (0%), 11 médicos (17%) 2 aciertos, 22 médicos (34%) un total de 3 aciertos, 23 médicos (35%) 4 aciertos, 5 médicos (8%) obtuvieron 5 aciertos y finalmente el mayor puntaje lo obtuvieron 4 médicos (6%) con un total de 6 aciertos. (Tabla y Grafica 8).

TABLA 8. RESULTADOS DE LA TERCERA DIMENSIÓN: IDENTIFICACIÓN DE FACTORES DE RIESGO

ACIERTOS	MÉDICOS	PORCENTAJE
UNO	0	0%
DOS	11	17%
TRES	22	34%
CUATRO	23	35%
CINCO	5	8%
SEIS	4	6%

FUENTE: Cuestionario sobre la técnica de autoexploración de mama en médicos adscritos de la unidad de medicina familiar N°33“el rosario”

GRÁFICO 8. RESULTADOS DE LA TERCERA DIMENSIÓN: IDENTIFICACIÓN DE FACTORES DE RIESGO



FUENTE: Cuestionario sobre la técnica de autoexploración de mama en médicos adscritos de la unidad de medicina familiar N°33“el rosario”

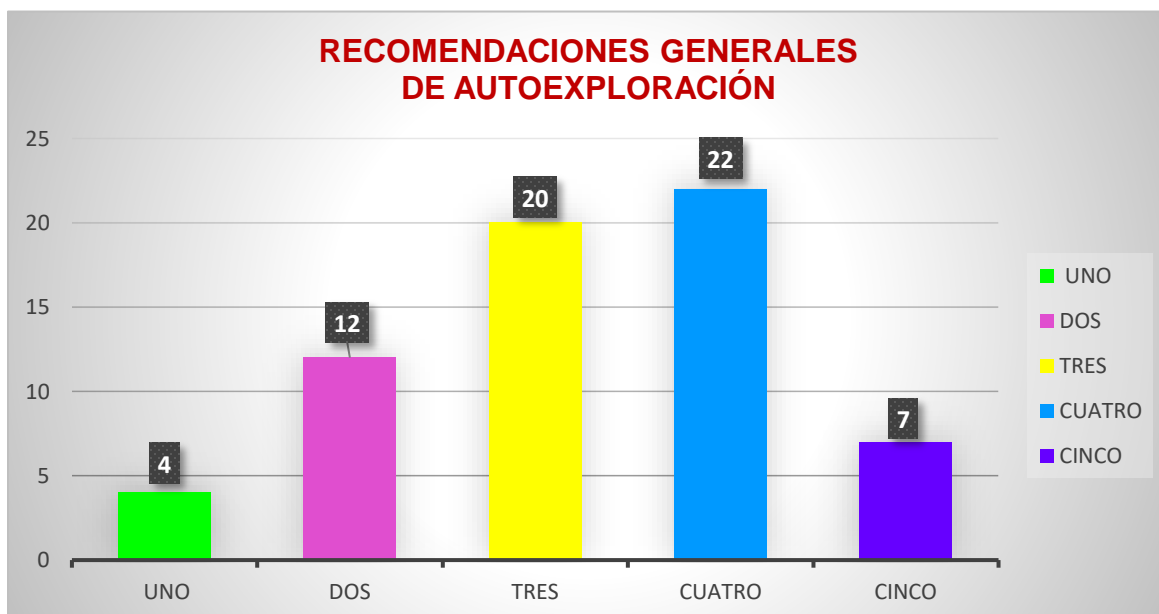
Los resultados obtenidos de la cuarta dimensión acerca del conocimiento sobre recomendaciones generales de autoexploración 4 médicos (6%) obtuvieron 1 acierto, 12 médicos (18%) obtuvieron 2 aciertos, 20 médicos (31%) obtuvieron 3 aciertos, 22 médicos (34%) obtuvieron 4 aciertos y por último 7 médicos (11%) tuvieron el puntaje más alto de 5 aciertos. (Tabla y Gráfica 9).

TABLA 9. RESULTADOS DE LA CUARTA DIMENSIÓN: CONOCIMIENTO SOBRE RECOMENDACIONES GENERALES DE AUTOEXPLORACIÓN

<i>ACIERTOS</i>	<i>MÉDICOS</i>	<i>PORCENTAJE</i>
UNO	4	6%
DOS	12	18%
TRES	20	31%
CUATRO	22	34%
CINCO	7	11%

FUENTE: Cuestionario sobre la técnica de autoexploración de mama en médicos adscritos de la unidad de medicina familiar N°33“el rosario”

GRÁFICA 9. RESULTADOS DE LA CUARTA DIMENSIÓN: CONOCIMIENTO SOBRE RECOMENDACIONES GENERALES DE AUTOEXPLORACIÓN



FUENTE: Cuestionario sobre la técnica de autoexploración de mama en médicos adscritos de la unidad de medicina familiar N°33“el rosario”

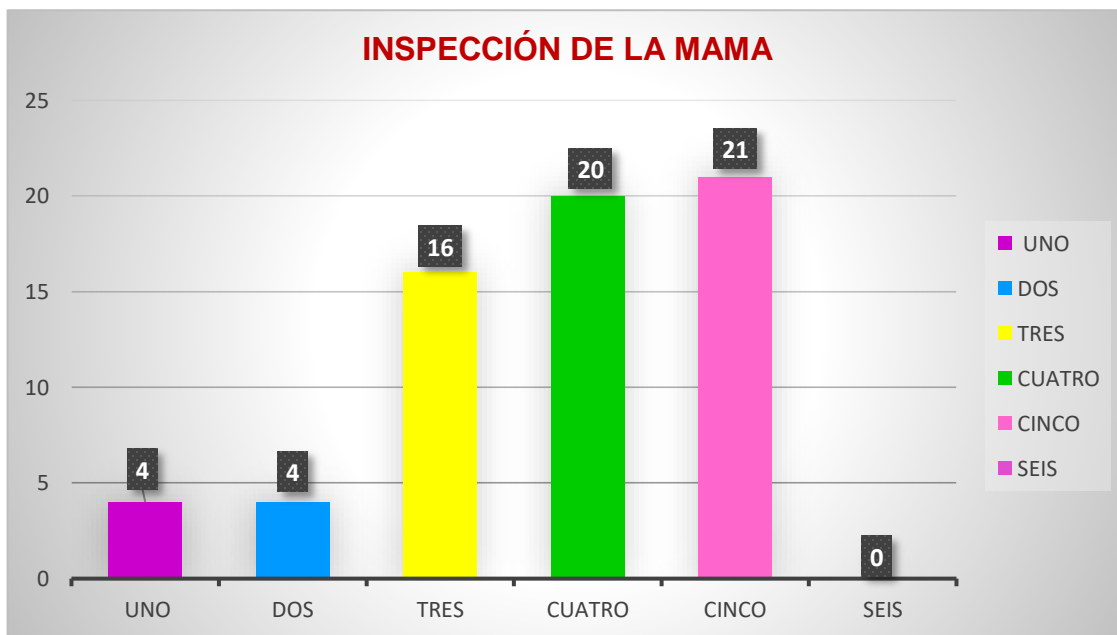
En cuanto a los resultados obtenidos de la quinta dimensión sobre la inspección de la mama con un total de 6 preguntas se obtienen los siguientes resultados; 1 acierto fue obtenido por 4 médicos (6%) al igual que 4 médicos (6%) 2 aciertos, 16 médicos (25%) un total de 3 aciertos, 20 médicos (31%) 4 aciertos, 21 médicos (32%) obtuvieron 5 aciertos y finalmente el mayor puntaje de 6 no es obtenido por ningún médico (0%). (Tabla y Gráfica 10).

TABLA 10. RESULTADOS DE LA QUINTA DIMENSIÓN: INSPECCIÓN DE LA MAMA

ACIERTOS	MÉDICOS	PORCENTAJE
UNO	4	6%
DOS	4	6%
TRES	16	25%
CUATRO	20	31%
CINCO	21	32%
SEIS	0	0%

FUENTE: Cuestionario sobre la técnica de autoexploración de mama en médicos adscritos de la unidad de medicina familiar N°33“el rosario”

GRÁFICA 10. RESULTADOS DE LA QUINTA DIMENSIÓN: INSPECCIÓN DE LA MAMA



FUENTE: Cuestionario sobre la técnica de autoexploración de mama en médicos adscritos de la unidad de medicina familiar N°33“el rosario”

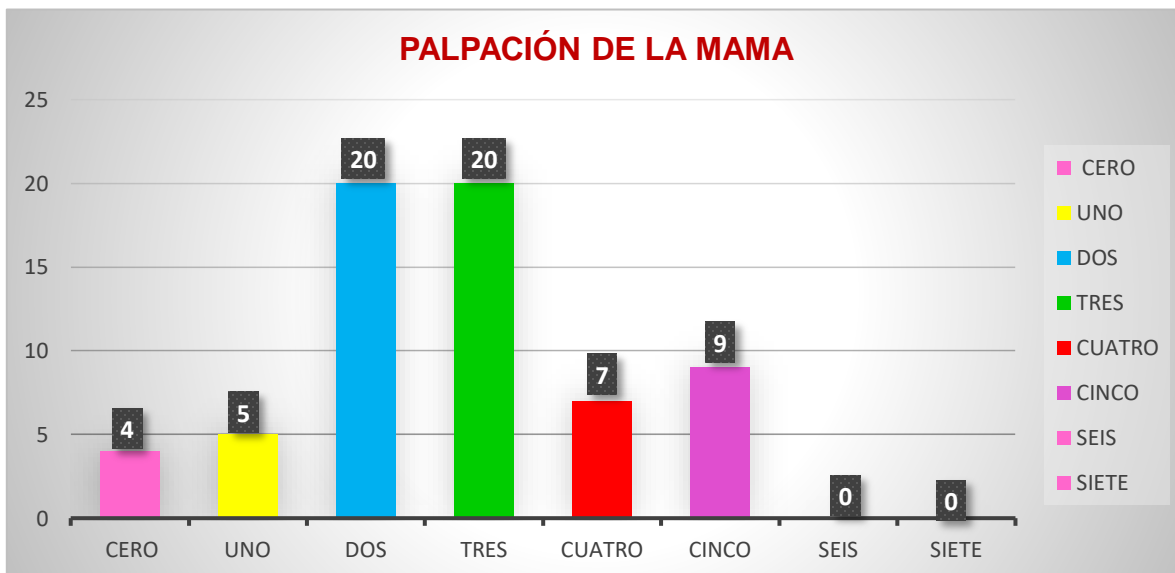
Sobre los resultados obtenidos de la última dimensión acerca de la palpación de la mama con un total de 7 preguntas; 4 médicos (6%) no obtuvieron ningún acierto, 5 médicos (7%) obtuvieron un acierto, 20 médicos (31%) 2 aciertos al igual que 20 médicos (31%) 3 aciertos, 7 médicos (11%) 4 aciertos, 9 médicos (14%) 5 aciertos, y finalmente ningún médico obtuvo el puntaje mayor de 6 aciertos (0%). (Tabla y Gráfica 11).

TABLA 11. RESULTADOS DE LA SEXTA DIMENSIÓN: PALPACIÓN DE LA MAMA

ACIERTOS	MÉDICOS	PORCENTAJE
CERO	4	6%
UNO	5	7%
DOS	20	31%
TRES	20	31%
CUATRO	7	11%
CINCO	9	14%
SEIS	0	0%
SIETE	0	0%

FUENTE: Cuestionario sobre la técnica de autoexploración de mama en médicos adscritos de la unidad de medicina familiar N°33“el rosario”

GRÁFICA 11. RESULTADOS DE LA SEXTA DIMENSIÓN: PALPACIÓN DE LA MAMA



FUENTE: Cuestionario sobre la técnica de autoexploración de mama en médicos adscritos de la unidad de medicina familiar N°33“el rosario”

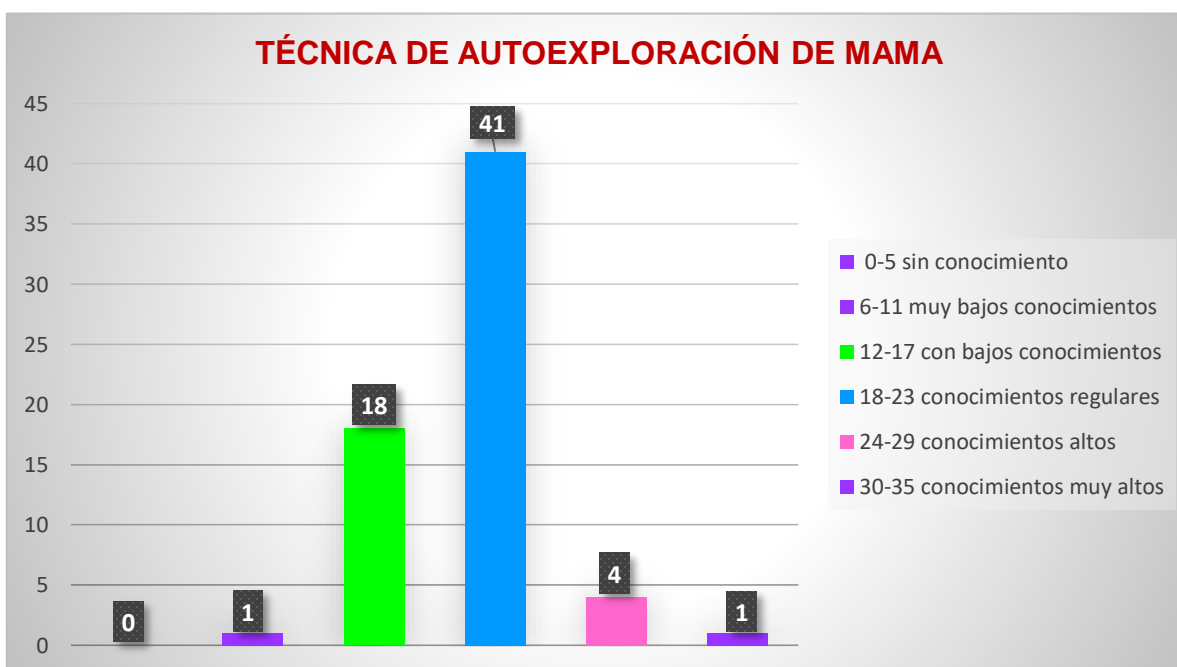
Por último, al aplicar el instrumento sobre el grado de conocimiento sobre la técnica de autoexploración de mama en los médicos adscritos, se obtuvo una calificación máxima de 30 aciertos y una mínima de 11 aciertos. Ningún médico obtuvo un grado sin conocimiento (0%), se determinó que fue un grado de conocimiento muy bajo en un médico adscrito (1%), con bajos conocimientos en 18 médicos (28%), con conocimientos regulares 41 médicos (63%), 4 médicos (6%) con conocimientos altos y un solo médico (2%) presentando un grado de conocimiento muy alto (Tabla y Gráfica 12).

TABLA 12. GRADO DE CONOCIMIENTO SOBRE LA TÉCNICA DE AUTOEXPLORACIÓN DE MAMA

GRADO DE CONOCIMIENTO	MÉDICOS	PORCENTAJE
0-5 sin conocimiento	0	0%
6-11 muy bajos conocimientos	1	1%
12-17 con bajos conocimientos	18	28%
18-23 conocimientos regulares	41	63%
24-29 conocimientos altos	4	6%
30-35 conocimientos muy altos	1	2%

FUENTE: Cuestionario sobre la técnica de autoexploración de mama en médicos adscritos de la unidad de medicina familiar N°33“el rosario”

GRÁFICA 12. GRADO DE CONOCIMIENTO SOBRE LA TÉCNICA DE AUTOEXPLORACIÓN DE MAMA



FUENTE: Cuestionario sobre la técnica de autoexploración de mama en médicos adscritos de la unidad de medicina familiar N°33“el rosario”

DISCUSIÓN

En el presente estudio se determinó el grado de conocimiento sobre la técnica de autoexploración de mama en médicos adscritos de la UMF N°33 El Rosario, aplicando un cuestionario constituido por ítems distribuidos en seis dimensiones, los resultados obtenidos acerca de los conocimientos de palpación de la mama con un total de 7 preguntas, se encontró que el 63% de los médicos obtuvieron 2 y 3 aciertos siendo el puntaje mayor obtenido, por el contrario ningún médico obtuvo el mayor número de aciertos correctos sobre la técnica correcta y conocimientos sobre los datos que proporciona cada maniobra efectuada.

Lo anterior demuestra la importancia en un estudio realizado por Ortega A. et al. (2017) en la ciudad de Cuernavaca, Morelos, donde se concluyó que, dependiendo de la técnica de enseñanza, se logró que alrededor de 51 a 65 % de las mujeres identificara al menos abultamientos de 0.5 a 1 cm en el seno. Por lo tanto, este estudio resulta trascendente al hacer hincapié sobre la técnica de enseñanza correcta de palpación para poder realizar detecciones oportunas, con lo anterior es conveniente que el médico de primer contacto tenga un mejor adiestramiento para que de esta manera instruya a sus pacientes correctamente y contribuya en detecciones oportunas en lesiones sospechosas de cáncer de mama.

También se evaluó en los médicos adscritos conocimientos sobre la inspección de la mama con un total de 6 preguntas; sin embargo, ningún médico pudo obtener el puntaje máximo y la mayoría de ellos 31% obtuvieron 4 aciertos, por lo que se obtuvo un porcentaje bajo de los médicos que cuentan con conocimientos apropiados para proporcionar orientación a sus pacientes.

Por lo anterior se encontró una investigación realizada por García V. et al., donde se implanto una estrategia Educativa a mujeres de comunidades rurales para favorecer la prevención primaria y secundaria del cáncer de mama. En el apartado de la revisión, casi tres de cada diez no lo hacen y al cuestionar por qué, en una de las comunidades responde que por desidia y flojera. En este apartado también destaca que en su mayoría responden

que no saben cómo explorarse. Cuando se cuestiona las veces que se revisó en un lapso de dos meses, 2 de cada 10 refieren que lo realizaron más de cuatro ocasiones. Los resultados obtenidos al cuestionar si observan sus mamas frente al espejo para detectar anomalías en las mismas, el 55% de las encuestadas respondió que sí, cifra que se incrementó levemente en la segunda medición hasta llegar al 60%. Por lo tanto, podemos deducir que si se aplican estrategias educativas a las mujeres por parte de los médicos de primer contacto se puede aumentar el número de detecciones oportunas.

Otra de las dimensiones evaluadas fue el conocimiento sobre recomendaciones generales de autoexploración con un total de 5 puntos; donde solo 7 médicos (11%) obtuvieron el puntaje mayor, y la mayoría de los médicos (34%) obtuvieron 4 aciertos, deduciendo que es mayor el porcentaje de médicos que desconoce acerca de estas recomendaciones.

Por su parte, se realizó una investigación por Bronfman M. et al. (2003), en el cual se estudiaron 256 mujeres mexicanas con diagnóstico de cáncer de mama, donde reveló que en el 90% de los casos fueron ellas mismas las que identificaron su padecimiento y sólo 10% se diagnosticó en etapa I. El mismo estudio también mostró que sólo 30% de las mujeres se practicó la autoexploración, e incluso que un porcentaje todavía menor lo hizo de manera adecuada. El presente estudio nos apoya en que debe de existir un fortalecimiento en la educación acerca de la autoexploración mamaria en las mujeres, lo que se puede lograr mediante la capacitación de los médicos de primer contacto.

Otra investigación realizada por Gustavo N. et al. (2008), tratándose de un estudio exploratorio transversal de corte cualitativo realizado en mujeres mayores de 25 años sin la afección, mujeres diagnosticadas de cáncer de mama y sus parejas varones y directores de programas de cáncer de mama de diversas instituciones. La mayoría de las mujeres entrevistadas refiere que antes del diagnóstico tenían información "vaga" acerca del cáncer de mama, casi todas sabían de la autoexploración que debe practicarse la mujer para detectar "anomalías" en los senos, pero casi ninguna conocía la técnica ni la practicaba mes a mes después de su menstruación de manera regular y por último todas las mujeres entrevistadas reconocen la importancia de la información para un diagnóstico temprano. Ellas mismas señalan que las mujeres no tienen en general información suficiente sobre el procedimiento para efectuar una autoexploración "correcta". Plantean que esta información

deberían suministrarla los médicos cuando las mujeres se someten a la prueba del Papanicolaou. Este estudio corrobora nuevamente sobre la importancia que los médicos de primer contacto cuenten con los conocimientos necesarios acerca de la autoexploración para brindar una orientación verídica y oportuna a sus pacientes y de esta manera realizar medicina preventiva.

CONCLUSIONES

El grado de conocimiento sobre la técnica de autoexploración de mama aplicadas por los médicos familiares de la U.M.F No. 33 es un nivel regular acorde a lo encontrado y analizado en el presente estudio.

Este hallazgo es similar a otros notificados en las publicaciones médicas que indican que la falta de entrenamiento de los médicos es un factor determinante del diagnóstico tardío y la mortalidad por esta causa.

Por lo tanto, se debe valorar llevar a cabo una sensibilización y adiestramiento a los médicos de primer contacto para que puedan realizar una búsqueda intencionada de los factores de riesgo, así como recomendaciones generales y una correcta técnica de la autoexploración de mama a la población en general, para poder realizar intervenciones oportunas y evitar retraso en un diagnóstico y tratamiento oportuno.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Marie Knaul F, Nigenda G, Lozano R, Arreola-Ornelas H. Cáncer de mama en México: una prioridad apremiante. *Salud Pública de Mex.* 2009; 51(2).
2. Lozano-Ascencio R, Gómez-Dantés H, Lewis S, Torres-Sánchez L, López-Carrillo L. Tendencias del cáncer de mama en América Latina y El Caribe. *Salud pública de México* 2009;51(2).
3. Agudelo Botero M. Determinantes sociodemográficos del acceso a la detección del cáncer de mama en México: una revisión de las encuestas nacionales. *Salud Colectiva*, Buenos Aires 2013; 9(1):79-90.
4. Yépez-Ramírez D, De la Rosa AG, Guerrero-Albarrán C, Gómez-Martínez JM. Autoexploración mamaria: conocimiento y perspectiva de mujeres. *Enferm Inst Mex Seguro Soc.* 2012 Junio; 20(2).
5. Guía de Práctica Clínica. Prevención, Tamizaje y referencia oportuna de casos sospechosos de cáncer de mama en el primer nivel de atención. [Online].; 2011 [cited 2020 Agosto 7. Available from: http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/001_GPC_Ca de Mama/SS_001_08_EyR.pdf.
6. Kolak A, Kaminska M, Sygit K, Budny A, Surdyka D, Kukiella-Budny B, et al. Primary and secondary prevention of breast cancer. *Annals of Agricultural and Environmental Medicine*, 2017; 24(4).
7. Secretaría de Salud. Prevención y Control del Cáncer de la Mujer. Programa de Acción Específico. Prevención y control del cáncer de la mujer 2013-2018. Primera edición. Versión electrónica.
8. Guerra-Castañón CD, Ávalos-de la Tejera M. Los médicos familiares son fundamentales para el diagnóstico temprano del cáncer de mama. *ATEN FAM.* 2014; 21(1).
9. Torres-Arreola LP, Vladislavovna Doubova S. Cáncer de mama. Detección oportuna en el primer nivel de atención. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc.* 2007; 45(2).
10. George H. The management of woman at high risk for the development of breast cancer: risk estimation and preventive strategies. *J Clin Epidemiol* 2003; 124: 176-180.

11. Rodríguez J, Tijerina C. Valor predictivo positivo de la mamografía en el Hospital San José TEC de Monterrey. *Investigación Biomédica* 2004; 2:20-25
12. Martínez F, Téllez F, Sierra A. Protocolo unificado en el cáncer de mama. *Asociación española de cirujanos* 2005; 43: 24-28.
13. Sant M, Allemani C, Berrino F, Coleman M, Aareleid T, Chaplain G, et al. Breast Carcinoma Survival in Europe and United States. 2004; 100(4).
14. Ortega-Altamirano D, Lopez-Carrillo L, Lopez-Cervantes M. Estrategias para la enseñanza del autoexamen del seno a mujeres en edad reproductiva. *Salud Pública Mex.* 2017; 42(1).
15. Jatoi I, Bethesda, Maryland and Houston F, Breast Cancer Screening. *Am J Surg* 2000; 177: 518-524.
16. Miller A, To T, Baines C, Wall C. Study finds that mammography does not improve breast cancer mortality compared with physical examination in women ages 50-59 years. *J Nat Cancer Ins* 2000; 92:1490-1499.
17. Morris A, Flowers C, Morris K, Schimdt W, Pommier R, Vetto J. Comparing the Cost-Effectiveness of the Triple Test Score to Traditional Methods for Evaluating Palpable Breast Masses. *Med Care* 2003; 41: 962-971.
18. Romaní Franco, Gutiérrez Cesar, Castillo José. Autoexamen de mama en mujeres peruanas: prevalencia y factores sociodemográficos asociados. *Análisis de la Encuesta Demográfica de Salud Familiar (ENDES)*. *An. Fac. med.* 2011; 72.
19. Ortega D, Bronfman M, Denman C. Diagnóstico tardío del cáncer de mama en México: desencuentro entre las mujeres y los servicios de salud. En: *Salud Reproductiva: temas y debates*. Cuernavaca: Instituto Nacional de Salud Pública; 2003:157-80.
20. Hartman LC; Shaid DJ; Woods JE et al. Efficacy of bilateral prophylactic Mastectomy in woman with a family history of breast cancer. *N Eng. J Med* 2009; 340 (2): 77-84.
21. Pulsán Laj C, Pérez Mora N, Ruiz de la Cruz ME, Pérez Planes D, Blet Sánchez A. Intervención comunitaria sobre cáncer y autoexamen de mamas en un consultorio médico. *Rev Inf Cient.* 2008; 60(4).
22. Secretaría de Salud. Norma Oficial Mexicana NOM-041-SSA2.2002. Para la prevención, diagnóstico, tratamiento, control y vigilancia epidemiológica del cáncer

- de mama. [Online].; 2002 [cited 2020 octubre 14. Available from: <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/041ssa202.html>.
23. De la Vara-Salazar E, Suárez-López L, Ángeles-Llerenas A, Torres Mejía G, Lazcano-Ponce E. Tendencias de la mortalidad por cáncer de mama en México, 1980- 2009. *Salud Pública Mex.* 2011; 53(5): 385-393.
 24. Pagkatipunan PMN. Peer Leaders and Phone Prompts: Implications in the Practice. *Asian Pac J Cancer Prev*, 2018; 19(1):1201-1207.
 25. García Roque D, Borges de la Oliva Y. Importancia de la pesquisa del cáncer de mama. *Revista Finaly.* 2017 Febrero; 7(1) Disponible en <http://www.revfinlay.sld.cu/index.php/finlay/article/view/482/1553>.
 26. Santana-Chávez LA, Zepeda Flores SE, González-Muñoz LM, Meléndez Morales J. Efectividad de la autoexploración mamaria supervisada como estrategia educativa. *Gineco Obstet Mex* 2015;83(9):522-528.
 27. Delgado Quiñones EG, López V, Uriostegui L, Gómez Barajas TdJ. Conocimiento y perspectiva sobre la autoexploración de mamas y su realización periódica en mujeres. *Rev Cub Med Gen Int.* 2016; 32(3).
 28. Torres-Román JS, Helguero-Santin L, Meza Liviapoma J, Paz-Manrique R, Grados-Sánchez O. ¿Las prácticas de autoexploración mamaria, aseguran la disminución de cáncer de mama en las mujeres? *Rev Venez Oncol* 2016; 28(2):135-136.
 29. Torres Mejía G, knaul MF, Ortega Olivera C, Magalla Valladares L, Uscanga SR, Lazcano Ponce E. Detección temprana y manejo integral del cáncer de mama. Manual dirigido para personal de medicina y enfermería del primer nivel de atención. Cuernavaca, México: Instituto Nacional de Salud Pública; 2011. p. 33-47.
 30. Organización Panamericana de la Salud. La concientización sobre el cáncer de mama, su detección temprana y tratamiento adecuado salvan vidas, afirman expertos de la OPS. [Online].;2015 [cited 2020 Agosto 25. Available from: https://www.paho.org/par/index.php?option=com_content&view=article&id=1444:la-concientizacion-sobre-el-cancer-de-mama-su-deteccion-temprana-y-tratamiento-adecuado-salvan-vidas-afirman-expertos-de-la-ops&Itemid=214.
 31. Ortiz de Iturbide MC , Carrasco Ortiz A. Actualidades en la detección oportuna de cáncer mamario: mastografía y ultrasonido. [Online].; 2016 [cited 2020 septiembre15. Available from: <https://www.medigraphic.com/pdfs/actmed/am->

2016/ams161b.pdf.

32. Porter PL. Global trends in breast cancer incidence and mortality. *Salud Pública en Mex.* 2009; 51(2).
33. Sánchez Urdaneta Y, Urdaneta Manchado JR, Villalobos Inciarte N, Contreras Benítez A, García J, Baabel Zambrano N, et al. Conocimiento sobre Cáncer de mamasy práctica del autoexamen de mamasy en mujeres en edad mediana. *Rev Venez Oncol.* 2016 Enero-Marzo; 28(1).
34. García Valenzuela, María Leticia Rubí; Lozano Zúñiga, María Magdalena; Valencia Guzmán, María Jazmín; Pisano Báez, Jaqueline. Estrategia educativa interactiva-participativa, para favorecer la prevención primaria del cáncer de mama. *Rev Paraninfo Digital*, 2010; 9.

ANEXOS

ANEXO 1. CONSENTIMIENTO INFORMADO.



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN
Y POLÍTICAS DE SALUD
COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD
COORDINACIÓN PARA PARTICIPACIÓN EN PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN (ADULTOS)
CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN (ADULTOS)
Grado de conocimiento sobre la técnica de autoexploración de mama en médicos adscritos de la
Unidad de medicina familiar N°33 "El Rosario"

Nombre del estudio:	Grado de conocimiento sobre la técnica de autoexploración de mama en médicos adscritos de la unidad de medicina familiar N°33 "El Rosario"
Lugar y fecha:	Unidad de Medicina Familiar UMF No. 33 "El Rosario". Azcapotzalco ciudad de México. 2021
Número de registro:	R-2021-3404-019
Justificación y objetivo del estudio:	Lo(a) estamos invitando a participar en un estudio de investigación que tiene como objetivo identificar el grado de conocimiento sobre la técnica de autoexploración de mama en los Médicos adscritos de laUMF No. 33 "El Rosario", a fin de implementar estrategias de prevención.
Procedimientos:	Si decide aceptar participar en este estudio, firmará un consentimiento informado en el cual usted aceptará contestar un cuestionario de 35 preguntas cerradas con 5 respuestas de opción múltiple, diseñado para recabar información relacionada con la técnica de autoexploración de mama. La duración total de la actividad es de aproximadamente 20 minutos.
Posibles riesgos y molestias:	Se trata de un estudio clínico con riesgo mínimo, por lo que podría ocasionarle incomodidad al contestar algunos ítems del cuestionario, inseguridad e insatisfacción.
Posibles beneficios que recibirá al participar en elestudio:	Usted no recibirá un pago por su participación en este estudio, ni este estudio implica gasto alguno para usted. Tampoco recibirá ningún beneficio directo al participar en este estudio. Un posible beneficio que usted recibirá es que al término de su participación se le proporcionara información respecto su grado de conocimiento sobre la técnica de autoexploración de mama. No omito mencionarle que los resultados del presente estudio contribuirán al avance en el conocimiento respecto al tamizaje en prevención de Cáncer de mama.
Información sobre resultados y alternativas detratamiento:	Si durante la realización del estudio, hubiera cambios en los riesgos o beneficios por su participación en esta investigación, existe el compromiso por parte del investigador de informarle, aunque esta información pueda cambiar su opinión respecto a su participación en este estudio
Participación o retiro:	Su participación en este estudio es completamente voluntaria. Si usted decide no participar, sererespetará su decisión. Incluso si en un principio desea participar y posteriormente cambia de opinión, usted puede abandonar el estudio en cualquier momento.
Privacidad y confidencialidad:	La información que nos proporcione que pudiera ser utilizada para identificarlo (a) (nombre y número de seguridad social) será guardada de manera confidencial y por separado, al igual que sus respuestas a los cuestionarios para garantizar su privacidad. Cuando los resultados de este estudio sean publicados o presentados en conferencias, no se dará información que pudiera revelar su identidad. Para proteger su identidad le asignaremos un número que utilizaremos para identificar sus datos, y usaremos ese número en lugar de su nombre en nuestras bases de datos.
Declaración de consentimiento:	
Después de haber leído y habiéndoseme explicado todas mis dudas acerca de este estudio:Si autorizo participar en el estudio.	
No autorizo participar en el estudio.	
En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con el estudio podrá dirigirse a:	
Investigador Responsable:	Dra. Martha Fabiola Gutiérrez Castañeda, Médico Familiar, Matricula: 99359120 Tel: 53 82 51 10 ext. 21407 o 21435 Coordinación Clínica de Educación e Investigación. en Salud. UMF 33"El Rosario".
Colaboradores:	Dra. Estefanía Carmen Almaraz Navarro. Médico residente de segundo año de medicina familiar, Matricula98356892 Tel: 53 82 51 10 ext. 21407 o 21435 Coordinación Clínica de Educación e Investigación en Salud. UMF 33"El Rosario".
En caso de dudas o aclaraciones sobre sus derechos como participante podrá dirigirse a: Comisión de Ética de Investigación de la CNIC del IMSS: AvenidaCauahutémoc 330 4° piso Bloque "B" de la Unidad de Congresos, Colonia Doctores. México, D.F., CP 06720. Teléfono (55) 56 27 69 00 extensión 21230, Correo electrónico: comision.etica@imss.gob.mx	
_____ Nombre y firma del sujeto	_____ Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento
_____ Testigo 1	_____ Testigo 2
_____ Nombre, dirección, relación y firma	_____ Nombre, dirección, relación y firma

Clave: 2810-009-013

**ANEXO 2. Conocimiento sobre la Técnica de Autoexploración de Mama en personal
Médico y de Enfermería.**

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DELEGACION NORTE DISTRITO FEDERAL.
COORDINACIÓN CLINICA DE EDUCACION E INVESTIGACION EN SALUD
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 33

**GRADO DE CONOCIMIENTO SOBRE LA TÉCNICA DE
AUTOEXPLORACIÓN DE MAMA EN MÉDICOS ADSCRITOS DE
LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR N°33“EL ROSARIO”**

El siguiente cuestionario tiene la finalidad identificar el grado de conocimiento sobre la técnica de autoexploración de mama, no omito comentarle que la información que usted proporcione es **CONFIDENCIAL**. Agradezco la atención y el tiempo que usted preste para la realización de este cuestionario.

Nombre: _____

Edad: _____ **Sexo:** _____

Matricula: _____ **Categoría:** _____

Turno: _____ **Años de antigüedad:** _____

INSTRUCCIONES:

A continuación, se le presentan una serie de preguntas sobre la técnica de autoexploración de mama, seleccione la opción que usted considera como correcta para cada pregunta.

<p>1.- En México el control y la detección oportuna de cáncer de mama se encuentra normado por: a)NOM-007 b)NOM-014 c)NOM-017 d)NOM-041 e)NOM-032</p>

2.- Cuando las mujeres observan sus mamas en la autoexploración se busca que ambas mamas se encuentren ubicadas normalmente:

- a) verticalmente desde la 2da costilla a la 8va costilla; lateralmente del borde del esternón hasta la línea axilar media.
- b) verticalmente desde la 1ra costilla a la 7ma costilla; lateralmente del borde del esternón hasta la línea axilar anterior.
- c) verticalmente desde la 2da costilla a la 6ta costilla; lateralmente del borde del esternón hasta la línea axilar media.
- d) verticalmente desde la 2da costilla a la 1ra costilla flotante; lateralmente del borde del esternón hasta la línea axilar posterior.
- e) vertical desde la 1ra costilla a la 5ta costilla, lateralmente del borde medial de esternón hasta la línea axilar posterior.

3.- De acuerdo a la NOM para la prevención, diagnóstico, control y vigilancia del cáncer de mama; el cáncer es definido como:

- a) Tumor maligno confinado en el conductillo mamario.
- b) una neoplasia epitelial maligna.
- c) Tumor maligno que se caracteriza por pérdida en su crecimiento, desarrollo y multiplicación celular con capacidad de producir metástasis.
- d) Crecimiento anormal de células potencialmente metastásicas.
- e) Crecimiento desorganizado de un conjunto de células.

4.- Las tres intervenciones que se realizan en las actividades de detección de cáncer de mama son:

- a) Identificación de factores de riesgo, promoción de estilos de vida saludables, examen clínico de la mama.
- b) Autoexploración, examen clínico y mastografía.
- c) Comunicación educativa, examen clínico y tratamiento oportuno.
- d) Diagnóstico, tratamiento y control oportuno.
- e) Comunicación educativa, tratamiento temprano e identificación de factores de riesgo.

5.-La mujer que se auto-explora debe saber si algún familiar ha padecido cáncer de mama, ella debe de saber ,que en ella:

- a) El riesgo relativo de presentar cáncer de mama se incrementa.
- b) El riesgo relativo general no está significativamente aumentado.
- c) El riesgo de presentarlo es igual que el riesgo que tiene su familiar de presentar una nueva tumoración.
- d) El riesgo de presentarlo no presenta variación estadísticamente significativa para presentar una tumoración.
- e) El riesgo absoluto es menor que en su familiar que padece la enfermedad.

6.- El porcentaje de las masas palpables en mujeres perimenopausicas y en mujeres posmenopáusicas que son de etiología maligna es :

- a)30% b)40%
- c)50% d) 60%
- e)70%

7.- De acuerdo al Lineamiento técnico del IMSS la autoexploración de mama se debe realizar a partir de los 20 años; esto es debido a que :

- a) La mayor incidencia de cáncer de mama se presenta en mujeres entre 20 y 60años de edad.
- b) Termina el desarrollo de la mama y aumenta la presencia de tumoraciones en lamama.
- c) El cáncer de mama solo se presenta en este grupo etario.
- d) Los cambios hormonales en la mujer hasta antes de estas edades no se relacionancon la aparición de esta enfermedad.
- e) La consistencia de la mama permite su exploración a partir de esta edad.

8.- Se sabe que la sensibilidad y especificidad de la exploración de mama es :

- a)sensibilidad 45% y especificidad 90%
- b)sensibilidad 54% y especificidad 94%
- c)sensibilidad 63% y especificidad 95%
- d)sensibilidad 75% y especificidad 90%
- e)sensibilidad 88% y especificidad 95%

9- En la mujer que aún presentan menstruación se debe recomendar realizar la autoexploración de mama de forma mensual :

- a) Entre el séptimo y décimo día del inicio de la menstruación.
- b) Entre el inicio del primer día de menstruación y el quinto día.
- c) Entre el tercer y séptimo día del inicio de la menstruación
- d) Sin importar el día del ciclo menstrual.
- e) Entre el quinto y sexto día del inicio de la menstruación.

10.- Las mujeres deben de palpase la región axilar; esto es importante debido a que:

- a) El 75% del drenaje venoso llega a esta región.
- b) El 66% del drenaje linfático termina en los ganglios linfáticos axilares.
- c) El 90% del drenaje linfático termina en los ganglios linfáticos para esternales.
- d) El 80% del drenaje venoso y linfático llega a esta región.
- e) 75% del drenaje linfático termina en esta región.

11.-Las pacientes deben de realizarse la autoexploración mensualmente debido a que:

- a) Fomenta la creación de un hábito de salud en las mujeres.
- b) Permite el conocimiento del cuerpo de las mujeres.
- c) Permite detectar cambios anormales tempranos en la mama.
- d) Permite la educación de estilos de vida saludables.
- e) Es una forma de educar a las pacientes.

12.- Las mujeres deben saber que los cambios normales en la consistencia de sus mamas en el periodo premenstrual son:

- a) mamas blandas, nodulares no dolorosas.
- b) mamas endurecidas y dolorosas.
- c) mamas congestivas y no dolorosas.
- d) mamas blandas y fibrosas.
- e) mamas blandas y nodulares.

13.- La finalidad de que la mujer se coloque frente al espejo con el pecho desnudo y con los brazos a los costados es:

- a) Observar la salida de secreción espontanea del pezón.
- b) Observar la presencia de desniveles entre ambas mamas.
- c) Observar e identificar la mama más grande.
- d) Observar hundimientos, eritemas, inflamación y úlceras en la piel de la mama.
- e) Observar cambios en la consistencia de la mama.

14.- Cuando la mujer coloca sus manos sobre la cintura e inclina los hombros y los codos hacia delante, esta maniobra permite observar:

- a) La eversión de los pezones.
- b) La salida de secreción espontánea por gravedad del pezón.
- c) La presencia de retracciones de la piel.
- d) La presencia de tumoraciones en planos profundos de la mama.
- e) La presencia de contracción de los pezones.

15.-Se debe explicar a la paciente que las estructuras de la mama que principalmente se afectan en la cáncer de mama son:

- a) vasos linfáticos, venas y piel.
- b) vasos linfáticos, músculos de tórax y vasos sanguíneos.
- c) nervios, plexos nerviosos y conductos galactóforos.
- d) conductos galactóforos, plexos nerviosos y vasos linfáticos.
- e) músculos pectorales mayores y menores.

16.- Las mujeres deben saber que los cambios normales en la consistencia de la mama durante el periodo menstrual son :

- a) mamas blandas, nodulares no dolorosas.
- b) mamas endurecidas y dolorosas.
- c) mamas congestivas.
- d) mamas friables y nodulares.
- e) mamas blandas y fibrosas.

17.- La importancia de que las mujeres observen retracciones cutáneas en sus mamas es debida a que :

- a) Los cambios inflamatorios, induración y dolor permiten una estadificación más fácil.
- b) La retracción cutánea se ha asociado a tumoraciones malignas que requieren tratamiento quirúrgico.
- c) los cambios en la piel permiten pronosticar la evolución de la enfermedad
- d) La inflamación, induración, aumento de temperatura y dolor pueden ser indicativos de un tumor inflamatorio de mal pronóstico.**
- e) Los cambios en la piel indican un tratamiento agresivo.

18.- Si las pacientes observan que en una de sus mamas existe una depresión excavada en el pezón sin otro signo en su autoexploración; se le debe explicar que:

- a) es una variación anatómica normal.
- b) es un signo de malignidad,
- c) es un signo de enfermedad benigna.
- d) es un signo predisponente a cáncer de mama.

19.- En la mujer que se encuentra en la menopausia, debe saber que la consistencia de sus mamas se encuentran:

- a) firme y blanda.
- b) firme y fiable.
- c) firme y suave.
- d) firme y turgente.
- e) firmes y duras.

20.- Al colocar la paciente su brazo por detrás de la nuca permite que:

- a) Los músculos pectorales se distiendan permitiendo la contracción de la mama.
- b) Haya una distensión muscular y relajación de la mama para una mejor palpación.
- c) Los músculos pectorales se contraigan y se pueda observar la retracción cutánea.
- d) Contracción de la caja torácica y dilatación de conductillos galactóforos permitiendo la salida de secreciones y tumoraciones profundas.
- e) La contracción de los ganglios linfáticos y la palpación más fácil de tumoraciones.

21.- La finalidad de la palpación es que la mujer pueda identificar:

- a) La consistencia mamaria.
- b) Zonas dolorosas, abultamientos y deformaciones de la mama.
- c) Zonas más sensibles de la mama.
- d) Forma y consistencia de las mamas.
- e) Tamaño y forma de las mamas.

22.- Es importante que las mujeres identifiquen el tipo de alimentación que llevan; la importancia de esto estriba en:

- a) Se ha asociado a la presencia de cáncer de mama y el consumo excesivo de carbohidratos.
- b) Las dietas hiperproteicas aumentan el riesgo de la presencia de cáncer de mama
- c) Se ha encontrado asociación entre el consumo excesivo de grasa y el incremento de riesgo de cáncer de mama.
- d) Se ha asociado a la presencia de cáncer de mama y un IMC mayor de 30.
- e) Se ha demostrado una asociación entre un IMC mayor de 30 y el consumo excesivo de carbohidratos con el incremento de riesgo de cáncer.

23.- Se considera un factor protector para no padecer cáncer de mama:

- a) Menarca precoz.
- b) Menopausia precoz.
- c) Edad reproductiva de mayor duración.
- d) Embarazo del primer hijo en edad materna avanzada.
- e) Menopausia tardía.

24.- Las mujeres deben saber que el revestimiento cutáneo de la mama es:

- a) piel fina y móvil.
- b) piel engrosada y fija.
- c) piel engrosada y móvil.
- d) piel fina y fija.
- e) piel retráctil y fija.

25.- A las acciones preventivas que se deben de realizar en el cáncer de mama, la NOM de cáncer de mama las divide en:

- a) Prevención de primero, segundo y tercer nivel.
- b) Prevención de primer, segundo y tercer grado.
- c) Prevención primaria, secundaria y terciaria.
- d) Prevención de primer, segundo y tercer orden.
- e) Prevención inicial, seguimiento y reforzamiento.

26.- Si la paciente observa un desplazamiento de la mama nos permite saber que existe:

- a) Dilatación de los conductos galactóforos.
- b) Existencia de tumoración en el espacio retromamario e infiltración en la fascia profunda del músculo pectoral mayor.
- c) Existencia de trombosis y compresión de la red venosa de la mama.
- d) Existencia de infiltración tumoral en el músculo pectoral menor.
- e) Existencia de tumoración en el espacio antero mamario y metástasis a la fascia anterior del musculo pectoral menor.

27.- Las mujeres deben buscar engrosamientos en la piel de las mamas, puesto que es un signo patológico de la mama; debido a que:

- a) Hasta un 10 % de ellos pueden ser lesiones malignas.
- b) Se consideran lesiones pre-malignas de cáncer.
- c) Se considera como un factor de riesgo para el desarrollo de cáncer.
- d) Es un indicador de malignidad para cáncer de mama.
- e) El 15% de las lesiones son malignas y de mal pronóstico.

28.- Es importante que las mujeres sepan identificar que el uso los siguientes anticonceptivos hormonales ha mostrado un aumento en la asociación con el incremento de padecer cáncer de mama:

- a) Progestágenos solo.
- b) Estrógenos combinados con progestágenos.
- c) Estrógenos equinos
- d) Progestágenos equinos.
- e) Estrógenos solos.

29.- Una mujer que no ha tenido hijos debe conocer que la nuliparidad se considera un factor de :

- a) Protección.
- b) Riesgo.
- c) Prevención.
- d) Asociación de mortalidad.
- e) Prevalencia de la enfermedad.

30.- Las mujeres deben de realizar la autoexploración del cuadrante superior externo tanto de pie como acostada ya que:

- a) Es el cuadrante en donde se localiza una mayor cantidad de conductos linfáticos.
- b) El 60% de las lesiones crecen hacia ese cuadrante.
- c) El 50% de las lesiones malignas pueden ser identificadas en este sitio.
- d) Es el mayor sitio en donde se encuentra mayor retracción cutánea.
- e) Es el primer lugar de metástasis de este cáncer.

31.- Se debe de recomendar a la paciente que el tiempo de duración ideal para una adecuada autoexploración de la mama debe ser de:

- a) 3 minutos.
- b) 4 minutos.
- c) 5 minutos.
- d) 6 minutos.
- e) 7 minutos.

32.- Las pacientes deben de palpase las mamas acostadas sobre un superficie firme y colocar debajo de la espalda una almohada con la finalidad de:

- a) Proporcionar mayor comodidad a la paciente.
- b) Relajar la musculatura del tórax y permitir que la mama pueda ser más móvil.
- c) Permite la relajación de los músculos pectorales y facilita la retracción cutánea.
- d) Permite la relajación de los conductos galactóforos facilitando la palpación.
- e) Eleva la mama para poder localizar anomalías en planos profundos.

33.- Son cadenas ganglionares que se deben explorar las mujeres en la región axilar:

- a) linfonodos torácicos posteriores.
- b) linfonodos torácicos laterales.
- c) linfonodos fasciculares.
- d) linfonodos esternales anteriores
- e) linfonodos fasciculares internos.

34.- De acuerdo a la NOM de cáncer de mama; son aspectos que el personal médico debe incluir en la consejería de Cáncer de mama que se proporciona a las pacientes:

- a) Anatomía de mama, Factores de riesgo, Manifestaciones clínicas, autoexploración y exploración de mama.
- b) Comunicación de los estilos de vida, Factores de riesgo, autoexploración de mama y atención médica oportuna.
- c) Anatomía de mama, planificación familiar, manifestaciones clínicas y prevención.
- d) Prevención primaria, planificación familiar, autoexploración de mama y tratamiento oportuno.
- e) Autoexploración de mama, planificación familiar y Factores de riesgo.

35.- El personal médico debe saber que las actividades de prevención de esta enfermedad están encaminadas al conocimiento de:

- a) Las manifestaciones clínicas.
- b) Detección de cáncer.
- c) Los factores de riesgo.
- d) Estilo de vida saludable.
- e) Apoyo psicológico oportuno.

Puntuación Obtenida: _____

Grado de conocimiento: _____

¡GRACIAS POR SU PARTICIPACIÓN!