



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA
POSGRADO DE MEDICINA FAMILIAR PARA MEDICOS GENERALES DEL IMSS
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA

DETERMINAR EL CONOCIMIENTO SOBRE LOS FACTORES DE RIESGO Y LA AUTOEXPLORACIÓN MAMARIA EN PACIENTES FEMENINAS DE 20 A 59 AÑOS DE EDAD EN LA POBLACIÓN DERECHOHABIENTE DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO. 226

TESIS

QUE PARA OPTAR POR EL GRADO DE:
MEDICO ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:
RAFAEL MARTINEZ LEON

TUTOR PRINCIPAL:
HECTOR MIRANDA LOPEZ

Ciudad Universitaria, CD. MX.

Enero 2018



Universidad Nacional
Autónoma de México



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.

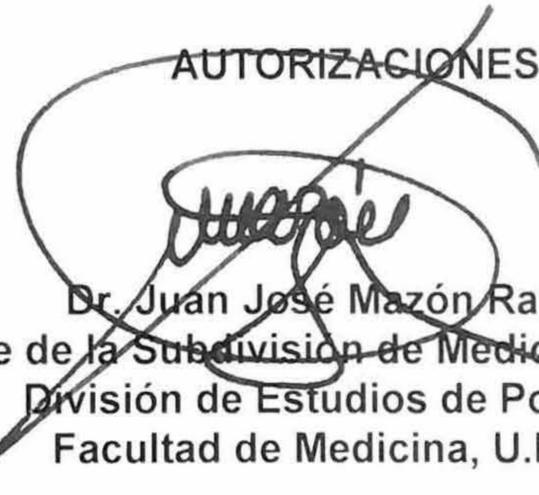
**DETERMINAR EL CONOCIMIENTO SOBRE LOS FACTORES DE RIESGO Y LA
AUTOEXPLORACIÓN MAMARIA EN PACIENTES FEMENINAS DE 20 A 59
AÑOS DE EDAD EN LA POBLACIÓN DERECHOHABIENTE DE LA UNIDAD DE
MEDICINA FAMILIAR NO. 226**

**Tesis que para obtener el Grado de
Médico Especialista en Medicina Familiar**

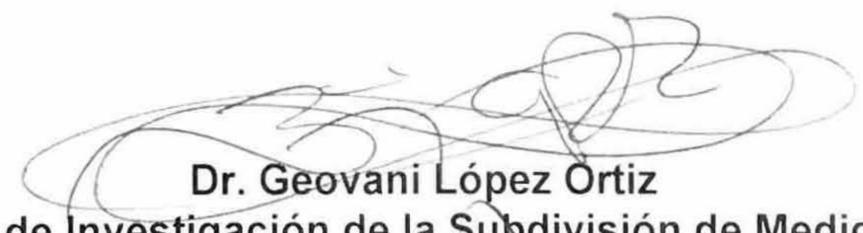
Presenta:

Rafael Martínez León

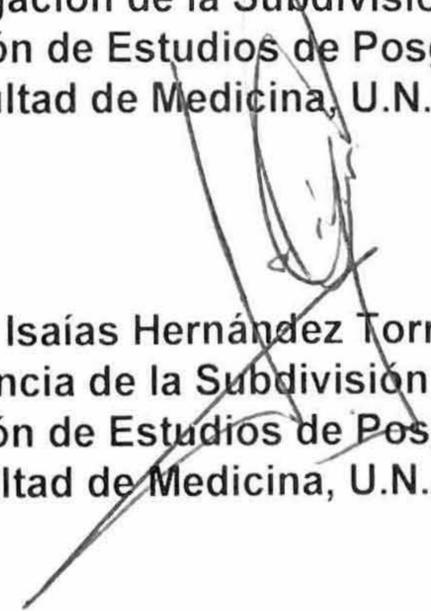
AUTORIZACIONES



**Dr. Juan José Mazón Ramírez
Jefe de la Subdivisión de Medicina Familiar
División de Estudios de Posgrado
Facultad de Medicina, U.N.A.M.**



**Dr. Geovani López Ortiz
Coordinador de Investigación de la Subdivisión de Medicina Familiar
División de Estudios de Posgrado
Facultad de Medicina, U.N.A.M.**



**Dr. Isaías Hernández Torres
Coordinador de Docencia de la Subdivisión de Medicina Familiar
División de Estudios de Posgrado
Facultad de Medicina, U.N.A.M.**

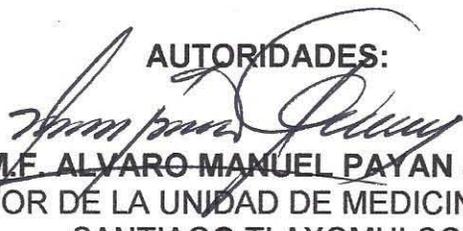
DETERMINAR EL CONOCIMIENTO SOBRE LOS FACTORES DE RIESGO Y LA AUTOEXPLORACIÓN MAMARIA EN PACIENTES FEMENINAS DE 20 A 59 AÑOS DE EDAD EN LA POBLACIÓN DERECHOHABIENTE DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO. 226

TRABAJO DE INVESTIGACION PARA OBTENER EL TITULO DE ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

M.C. RAFAEL MARTINEZ LEON
E. mail. snowball_9791@hotmail.com
Tel: 5542750502

AUTORIDADES:


E.M.F. ALVARO MANUEL PAYAN SIERRA
DIRECTOR DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR
SANTIAGO TLAXOMULCO


E.M.F. HÉCTOR MIRANDA LÓPEZ
ASESOR DE TESIS


E.M.F. ZITA MARÍA DE LOURDES REZA GARAY
PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE LA ESPECIALIDAD EN MEDICINA FAMILIAR PARA MÉDICOS GENERALES DEL IMSS
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR 249
SANTIAGO TLAXOMULCO ESTADO DE MÉXICO


E.M.F. JOSUÉ JACIEL AGUILAR REYES
COORDINADOR CLÍNICO DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN EN SALUD
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR 249
SANTIAGO TLAXOMULCO

TABLA DE CONTENIDO

RESUMEN.....	1
ABSTRACT	2
INTRODUCCIÓN.....	3
ANTECEDENTES	5
1. MARCO TEÓRICO.....	5
1.1 Mama	5
1.1.1 Anatomía de la glándula mamaria.....	5
1.1.2 Histología de la mama.....	6
1.1.3 Drenaje linfático.....	6
1.1.4 Fisiología de la glándula mamaria.....	6
1.1.4.1 Crecimiento del sistema de los conductos galactóforos: Función de los estrógenos.....	7
1.1.4.2 Desarrollo del sistema lobulillo-alveolar: Función de la progesterona	7
1.2 Cáncer	7
1.2.1 Definición.....	7
1.2.2 Cáncer de Mama.....	8
1.2.2.1 Epidemiología.....	8
1.2.2.2 Patogénesis.....	10
1.2.2.3 Histopatología	11
1.2.2.4 Datos Clínicos	11
1.2.2.5 Factores de Riesgo	11
1.2.2.6 Autoexploración de mama.....	13
1.2.2.7 Examen clínico de mama	14
1.2.2.8 Mastografía	15
1.2.2.8.1 Sistema BI-RADS.....	16
1.2.2.9 Ultrasonido de mama	18
1.2.2.10 Seguimiento	18
2. METODOLOGIA.....	19
2.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	19
2.2 JUSTIFICACIÓN	19
2.3 OBJETIVOS	20
2.3.1 Objetivo general	20
2.3.2 Objetivos específicos	20
2.4 HIPÓTESIS	21
2.5. MATERIAL Y METODOS.....	21

2.5.1.- Tipo de estudio:.....	21
2.5.2.- Población, Lugar y Tiempo:	21
2.5.3 Tipo de muestra:	21
2.5.4. Tamaño de la muestra	22
2.6. CRITERIOS DE SELECCION	22
2.6.1. Criterios de inclusión	22
2.6.2. Criterios de no inclusión	22
2.6.3. Criterios de eliminación	22
2.7. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES	23
2.8. METODOLOGÍA ESTADÍSTICA	24
2.9 RECOLECCIÓN DE DATOS.....	24
2.10 CONSIDERACIONES ÉTICAS	25
3. RESULTADOS	26
3.1 ANÁLISIS DE RESULTADOS	26
3.2 DISCUSIÓN	31
BIBLIOGRAFÍA	36
ANEXOS	38
CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO.....	39
ENCUESTA.....	40

RESUMEN

El cáncer de mama ha tenido una trayectoria ascendente en las últimas décadas, que se manifiesta con el incremento de las muertes por esta causa entre mujeres de 25 años de edad en adelante. Éste se ubica como la principal causa de mortalidad en el mundo con 7.6 millones de defunciones; de éstas, 460 000 se debieron a fallecimientos por cáncer de mama.

OBJETIVO: Determinar el nivel de conocimientos sobre los factores de riesgo y la autoexploración mamaria en pacientes femeninas de 20 a 59 años de edad de la U.M.F. N° 226

METODOLOGÍA: Se realizó un estudio transversal, observacional, prospectivo en pacientes femeninos de 20 a 59 años, de enero a diciembre de 2016, en la Unidad de Medicina Familiar No. 226, Ixtlahuaca Estado de México, del Instituto Mexicano del Seguro Social.

Se realizó un muestreo intencional o de conveniencia con un total de 283 pacientes que acudieron a la Unidad de Medicina Familiar.

RESULTADOS: El rango de edad predominante fue de 30 a 39 años (28%), seguido de 20 a 29 años de edad (27%), 40 a 49 años de edad en 25% y finalmente de 50 a 59 años de edad en 19%. El nivel de estudios de secundaria predominó en 39%, seguido de estudios no universitarios en 24%, estudios de nivel primaria en 21% y al final los estudios universitarios en 16%. En la ocupación de las pacientes, predominaron las amas de casa en 47%, ocupación dependiente en 26%, independiente en 18% y al último, estudiantes con 9%. Respecto al estado civil, predominaron las mujeres casadas en el 55%, soltera en 22%, unión libre en 12% y al final las mujeres separadas en 11%. En cuanto a los niveles de conocimiento sobre los factores de riesgo y prevención de cáncer de mama, se determinó que existe un buen nivel de conocimientos en 61% de las pacientes, regular nivel de conocimientos en 38% y mal nivel de conocimientos en 1%.

CONCLUSIONES: El mayor porcentaje de pacientes que acudieron a consulta es de 30 a 39 años de edad, con nivel de estudios secundaria, de ocupación ama de casa, estado civil casadas, y que demostraron que el nivel de conocimientos sobre los factores de riesgo y prevención de cáncer de mama que prevaleció fue un buen nivel de conocimientos. Se encontró una relación estadísticamente significativa entre el nivel de conocimientos con el nivel de escolaridad y la ocupación, por lo que es importante alcanzar un mayor nivel de escolaridad.

ABSTRACT

Breast cancer has had an upward trajectory in recent decades, which is manifested by the increase in deaths from this cause among women 25 years of age and older. This is the leading cause of mortality in the world with 7.6 million deaths; of these, 460 000 were due to deaths from breast cancer.

OBJECTIVE: To determine the level of knowledge about risk factors and breast self-examination in female patients among 20 to 59 years old of the U.M.F. No. 226

METHODS: A cross-sectional, observational, prospective study was performed in female patients aged 20 to 59 years, from January to December, 2016, in the Family Medicine Unit No. 226, Ixtlahuaca, State of Mexico, of the Mexican Social Security Institute (IMSS).

An intentional or convenience sampling was performed with a total of 283 patients who attended the Family Medicine Unit.

RESULTS: The predominant age range was 30 to 39 years (28%), followed by 20 to 29 years of age (27%), 40 to 49 years of age in 25% and finally from 50 to 59 years of age in 19%. The level of secondary education predominated in 39%, followed by non-university studies in 24%, primary studies in 21% and university studies in 16%. In the occupation of the patients, housewives predominated in 47%, dependent occupation in 26%, independent in 18% and, lastly, students with 9%. Regarding marital status, married women predominated in 55%, single in 22%, free union in 12% and in the end women separated in 11%. As for knowledge levels on risk factors and prevention of breast cancer, it was determined that there is a good level of knowledge in 61% of patients, regular level of knowledge in 38% and poor level of knowledge in 1%.

CONCLUSIONS: The highest percentage of patients attending the consultation was 30 to 39 years of age, with secondary education, housewife occupation, marital status, and who showed that the level of knowledge about risk factors and Prevention of breast cancer that prevailed was a good level of knowledge. A statistically significant relationship was found between the level of knowledge with the level of education and occupation, so it is important to reach a higher level of education.

INTRODUCCIÓN

A nivel mundial, el cáncer de mama es el cáncer más común entre las mujeres, y la causa más probable de muerte por cáncer femenino. Los países de altos ingresos han logrado el mayor progreso en la mejora de los resultados del cáncer de mama. Entre 1990 y 2014, la tasa de mortalidad por cáncer de mama se redujo en un 34% en los EE.UU. Esto es atribuible a la combinación de la mejora de la detección temprana y la eficacia de las terapias adyuvantes. Por el contrario, el cáncer de mama es un problema cada vez más creciente en los países de bajos y medianos ingresos, donde las tasas de incidencia históricamente bajas han aumentado hasta un 5% por año. Los avances observados en los países desarrollados no se han reflejado en los países de medianos y bajos ingresos, ya que las estrategias óptimas de gestión de los países ricos no pueden aplicarse en su totalidad debido a limitaciones de recursos tanto personales, infraestructura de atención sanitaria subdesarrollada, falta de productos farmacéuticos y barreras culturales. ¿Por qué es importante conocer la enfermedad?

Aproximadamente 1 de cada 8 mujeres estadounidenses (alrededor del 12%) desarrollará cáncer de mama invasivo a lo largo de su vida, por lo que en 2017, se estima que se diagnosticarán 252.710 nuevos casos de cáncer de mama invasivo en mujeres, junto con 63.410 nuevos casos de cáncer de mama no invasivo (in situ).

Las tasas de incidencia de cáncer de mama en los EE.UU. comenzaron a disminuir en el año 2000, después de aumentar durante las dos décadas anteriores. Se redujo en un 7% de 2002 a 2003 solamente. Una teoría es que esta disminución se debió en parte a la reducción del uso de la terapia de reemplazo hormonal (TRH) por las mujeres después de que los resultados de un gran estudio llamado Iniciativa de Salud de la Mujer fueron publicados en 2002. Estos resultados sugirieron una conexión entre la TRH y el aumento del riesgo de padecer cáncer de mama.

Alrededor de 40.610 mujeres en los Estados Unidos se espera que mueran en 2017 por cáncer de mama, aunque las tasas de mortalidad han estado disminuyendo desde 1989. Las mujeres menores de 50 años han experimentado mayores disminuciones. Se cree que estas disminuciones son el resultado de avances en el tratamiento, la detección temprana mediante el tamizaje y el aumento de la conciencia.

Para las mujeres en los Estados Unidos, las tasas de mortalidad por cáncer de mama son más altas que las de cualquier otro cáncer, además del cáncer de pulmón.

Además del cáncer de piel, el cáncer de mama es el cáncer más comúnmente diagnosticado entre las mujeres estadounidenses. En 2017, se estima que alrededor del 30% de los cánceres diagnosticados recientemente en mujeres serán cánceres de mama. A partir de marzo de 2017, hay más de 3,1 millones de mujeres con antecedentes de cáncer de mama en los EE.UU. Esto incluye a las mujeres que están siendo tratadas y las mujeres que han terminado el tratamiento.

El riesgo de cáncer de mama de una mujer casi se duplica si tiene un pariente de primer grado (madre, hermana, hija) que ha sido diagnosticado con cáncer de mama. Menos del 15% de las mujeres que contraen cáncer de mama tienen un miembro de la familia diagnosticado con ella.

Aproximadamente el 85% de los cánceres de mama ocurren en mujeres que no tienen antecedentes familiares de cáncer de mama. Estos ocurren debido a mutaciones genéticas que suceden como resultado del proceso de envejecimiento y la vida en general, en lugar de mutaciones heredadas. Los factores de riesgo más importantes para el cáncer de mama son el género (ser mujer) y la edad (envejecimiento).

ANTECEDENTES

1. MARCO TEÓRICO

1.1 Mama

1.1.1 Anatomía de la glándula mamaria

El tejido glandular de la mama está constituido por 15-20 lóbulos dispersos radialmente en dirección al pezón.

Cada lóbulo tiene su propio conducto excretor y está separado de los otros por tejido conjuntivo fibroso y grasa, que siguen un trayecto vertical a través de la mama, fijando la capa profunda de la aponeurosis subcutánea a la piel.

Este estroma fibroso forma bandas suspensorias que son conocidas como ligamentos de Cooper.

Los lóbulos están formados por múltiples lobulillos conectados por tejido areolar, vasos sanguíneos y conductos, y a su vez los lobulillos están constituidos por conjuntos de alveolos o ácinos que se abren a múltiples conductos galactóforos; estos pequeños conductos se unen para formar conductos mayores y, finalmente, se forman un conducto simple para cada lóbulo o conducto galactóforo principal que tiene su propia salida en el pezón ⁽¹⁾.

La porción glandular de la mama, comprende de 12-15 sistemas ductales independientes. Cada lóbulo consta de 10-100 ácinos productores de leche, que desembocan en pequeños conductos terminales.

En general, en la superficie del pezón solo se observan 6 u 8 orificios que desembocan en los sistemas ductales dominantes, que corresponden al 80% del volumen glandular de la mama. Los conductos menores terminan bajo la superficie del pezón o se abren en la areola cerca de la base del pezón.

La areola misma contiene numerosas glándulas sebáceas llamadas glándulas de Montgomery, que a menudo se ven como puntos prominentes.

Además de estructuras epiteliales, la mama posee, diversas proporciones de estroma, colágeno y grasa. La distribución y abundancia de estos componentes definen la consistencia de la mama cuando se palpa, así como sus características imagenología.

⁽²⁾

1.1.2 Histología de la mama

Los principales conductos cercanos al pezón, están recubiertos por una capa de epitelio escamosos estratificado; en cambio, los conductos pequeños están revestidos por epitelio cilíndrico; este epitelio esta constituidos por células de núcleo oval y citoplasma pálido, que se disponen en una sola hilera, aunque la situación a distintos niveles de los núcleos ofrece una imagen de pseudoestratificación. El cambio de un tipo de epitelio a otro se realiza a nivel de los senos galactóforos.

Por debajo del epitelio cilíndrico se observa otra hilera celular con núcleos elongados, considerados como mioepiteliales.

Los ácinos están tapizados de una sola capa de células con núcleo ovalado y citoplasma pálido.

1.1.3 Drenaje linfático

El drenaje linfático aferente de la mama proviene del sistema dérmico, subdérmico, interlobular y prepectoral. Cada uno de estos se puede considerar como un sistema de conductos sin válvulas que se conectan con los demás sistemas y que finalmente desembocan en 1 o 2 ganglios linfáticos axilares (ganglios centinelas). Puesto que todos estos sistemas se encuentran conectados entre sí, la mama drena como unidad y la inyección de un coloide colorante en cualquier porción de la mama y a cualquier nivel provocará la acumulación del colorante en los mismos ganglios centinelas axilares.

Los ganglios linfáticos axilares reciben la mayor parte de la linfa proveniente de la mama y por lo tanto, son los ganglios que reciben con mayor frecuencia metástasis del cáncer mamario.

Sin embargo, existen otras vías que al parecer no se conectan con otras redes y que desembocan directamente en los ganglios linfáticos mamaros internos, supraclaviculares, axilares contralaterales o abdominales.

1.1.4 Fisiología de la glándula mamaria

La prolactina y la hormona del crecimiento son importantes en el desarrollo y función de la mama, posiblemente aumentan la acción de los estrógenos y de la progesterona y regulan la acción de estas hormonas modificando la respuesta de la mama a ellas. Así mismo se supone que los esteroides suprarrenales, las hormonas tiroideas, la insulina y otras hormonas pueden influir en la función mamaria, ya sea directamente o en sinergia con otras hormonas. El tejido glandular mamario tiene receptores de estrógeno y de progesterona y está sometido a los cambios hormonales. No es de extrañar, entonces, que como consecuencia del contenido de receptores o de las variaciones de la actividad hormonal pueda, en un momento determinado, proliferar más allá de los límites que son habituales dando lugar a una patología.

Las mamas comienzan a formarse en la pubertad; este desarrollo esta estimulado por los mismos estrógenos de los ciclos sexuales mensuales femenino, que despiertan el crecimiento de la glándula mamaria además de favorecer en ella el depósito de grasas, que aumente el volumen mamario. Así mismo durante el embarazo se produce un crecimiento mucho mayor de las mamas y solo entonces el tejido glandular queda preparado y desarrollado por completo para secretar leche.

1.1.4.1 Crecimiento del sistema de los conductos galactóforos: Función de los estrógenos

Durante todo el embarazo, las enormes cantidades de estrógenos secretados por la placenta hacen que el sistema ductal de la mama crezca y se ramifique. Al mismo tiempo, el estroma glandular aumenta de volumen y grandes cantidades de grasa se depositan en él.

También son importantes para el crecimiento de los conductos otras cuatro hormonas: la hormona del crecimiento, prolactina, glucocorticoides suprarrenales y la insulina. Se sabe que todas ellas desempeñan al menos cierto papel en el metabolismo de las proteínas, lo que posiblemente explique su participación en el desarrollo de las mamas.

1.1.4.2 Desarrollo del sistema lobulillo-alveolar: Función de la progesterona

Para que se produzca el desarrollo completo de las mama y estas se conviertan en órganos secretores de leche, se necesita la presencia de la progesterona; cuando el sistema ductal se ha desarrollado, la progesterona, actuando de forma sinérgica con los estrógenos y también con las demás hormonas antes mencionadas, produce un crecimiento adicional de los lobulillos, el rebrote de los alveolos y la aparición de las características secretas de esos alveolos. Estos cambios son análogos a los efectos secretores que la progesterona ejerce sobre el endometrio sobre la segunda mitad del ciclo menstrual femenino. ⁽³⁾

1.2 Cáncer

1.2.1 Definición

El cuerpo humano se compone de tejidos, los cuales están compuestos por billones de células, cada una de las cuales se diferencia para una función específica.

Las células normales del cuerpo tienen un ciclo: crecen, se dividen y mueren de manera ordenada.

Durante los primeros años de vida de una persona, las células normales se dividen más rápidamente para facilitar el crecimiento de la persona. Una vez que se llega a la edad adulta, la mayoría de las células sólo se dividen para remplazar las células desgastadas o las que están muriendo y para reparar lesiones. ⁽⁴⁾

El cáncer se origina cuando las células en alguna parte del cuerpo comienzan a crecer de manera descontrolada. Existen muchos tipos de cáncer, pero todos comienzan debido al crecimiento sin control de células anormales.

El crecimiento de las células cancerosas es diferente al crecimiento de las células normales. En lugar de morir, las células cancerosas continúan creciendo y forman nuevas células anormales. Las células cancerosas pueden también invadir o propagarse a otros tejidos, algo que las células normales no pueden hacer.

El hecho de que crezcan sin control e invadan otros tejidos es lo que hace que una célula sea cancerosa.

Las células se transforman en células cancerosas debido a una alteración en el ADN. El ADN se encuentra en cada célula y dirige todas sus actividades. En una célula normal, cuando se altera el ADN, la célula repara el daño o muere. Por el contrario, en las células cancerosas el ADN dañado no se repara, y la célula no muere como debería. En lugar de esto, esta célula persiste en producir más células que el cuerpo no necesita. Todas estas células nuevas tendrán el mismo ADN dañado que tuvo la primera célula.

Las personas pueden heredar un ADN dañado, pero muchas veces las alteraciones del ADN son causadas por errores que ocurren durante la reproducción de una célula normal o por algún otro factor del ambiente.

En los adultos, la causa del daño al ADN puede ser algo obvio, como el fumar cigarrillos. Sin embargo, es frecuente que no se encuentre una causa clara, especialmente para muchos cánceres en niños.

En la mayoría de los casos, las células cancerosas forman un tumor. Algunos tipos de cáncer, como la leucemia, rara vez forman tumores.⁽⁵⁾

1.2.2 Cáncer de Mama

1.2.2.1 Epidemiología

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS), el cáncer más frecuente entre las mujeres es el de mama, que a nivel mundial representa 16% de todos los cánceres femeninos. Se estima que cada año se detectan 1.38 millones de casos nuevos. Este padecimiento se presenta con más frecuencia en países desarrollados, pero tiene mayor impacto en la población de países de bajos y medios ingresos como México, debido al aumento en la esperanza de vida, la urbanización y cambios en el modo de vida. Para reducir el impacto de esta enfermedad entre la población, la OMS afirma que la detección temprana es una estrategia fundamental para el diagnóstico, tratamiento y control oportuno.

La Organización Panamericana de la Salud (OPS), señala que el cáncer de mama es el más frecuente en las mujeres de América Latina y el Caribe; estima que en 2008 se diagnosticaron poco más de 320 mil mujeres con este padecimiento y calcula que para 2030 se incrementará 60 por ciento.

La población más vulnerable de padecerlo es aquella que en su información genética tiene la presencia de los genes BRCA1, BRCA2 o P53, que incrementa la probabilidad de que la persona desarrolle cáncer mamario.

El cáncer de mama se clasifica en cinco estadios (0 a IV). En el I, el tumor está en la mama, mide menos de 2 centímetros y no se ha diseminado fuera de la misma. A partir del estadio II se ubica en los ganglios linfáticos axilares (Instituto Nacional del Cáncer [INC], 2013); estos ganglios son un factor de pronóstico relevante, ya que de las lesiones en ellos, se determina la evolución y sobrevivencia de la paciente; y la presencia de metástasis se relaciona con posibles recaídas y disminución de la sobrevida. ⁽⁶⁾

En México, la autodetección es muy alta pero sólo entre el 5 y 10% de los tumores son identificados en estadio I.

La Norma Oficial Mexicana NOM-041-SSA2-2011 para la Prevención, Diagnóstico, Tratamiento, Control y Vigilancia Epidemiológica del Cáncer de Mama, indica que la población de 20 años y más debe realizarse la autoexploración; a partir de los 25 años, una exploración clínica anual por un profesional de la salud (médico o enfermera capacitados); de los 40 a 69 años una mastografía cada dos años; y en las de 70 años y más, mastografías de seguimiento en las mujeres con antecedentes de cáncer de mama o bien por indicación médica. ⁽⁷⁾

La Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT) 2012, reporta que de las mujeres de 20 años o más que asistieron en el último año a algún servicio de medicina preventiva para detección de este cáncer, a 36.3% se les realizó exploración clínica de los senos; y en las mujeres de 40 a 69 años, a 41% se les hizo una mastografía.

Durante el 2011, las entidades que realizaron el mayor número de mastografías en instituciones públicas de salud son el Distrito Federal (33.1%), Puebla (10.9%) y Baja California (5.3%) que son también las entidades que tienen las tasas más altas de mastografías realizadas entre la población femenina en riesgo (de 20 a 69 años) con 2,114.24, 1,223.91 y 1,070.70 estudios por cada 100 mil mujeres en ese grupo de edad, respectivamente.

En 2011, la incidencia más alta de neoplasias mamarias entre las mujeres de 20 años y más, se ubica en la población de 60 a 64 años de edad (61 casos nuevos por cada 100 mil mujeres), seguida de las mujeres de 50 a 59 años (51 casos por cada 100 mil) y en las de 45 a 49 años (45 casos nuevos), razón por la que la Normatividad mexicana en este sentido, establece que las mujeres a partir de los 45 años, deben realizarse una mastografía cada dos años.

De las mujeres de 20 años y más que egresan de un hospital por este tipo de cáncer, las tasas de morbilidad hospitalaria más altas se presentan en las de 60 a 69 años de edad, con 174.09 casos por cada 100; le sigue el grupo de mujeres de 50 a 59 con 158.10 y el de 70 a 79 años con 133.35 egresos. Es decir, existe un incremento en la tasa conforme aumenta la edad de la mujer hasta los 69 años para después descender. Si bien es más frecuente este tipo de cáncer entre la población de 40 años y más, resulta preocupante su presencia en mujeres de 20 a 29 años, debido a que el pronóstico general de la enfermedad es muy pobre.

La tasa de letalidad hospitalaria permite observar la agresividad de una enfermedad; en el caso de las neoplasias es comprensible que después de una cirugía, quimioterapia o radioterapia, quede debilitado el sistema inmune de los pacientes y, si además presentan comorbilidades como la diabetes, algunos de los tratamientos resulten dañinos a largo plazo, llevando al enfermo a la muerte. Para 2011 el grado de letalidad (o peligrosidad) de esta enfermedad resulta mayor conforme se incrementa la edad. A nivel nacional fallecen en un hospital cuatro de cada 100 personas con esta enfermedad; en la población de 80 años y más se ubica la tasa más alta, con 15 casos de cada 100 mujeres que padecen cáncer de, seguido por las de 70 a 79 años (seis de cada 100 mujeres enfermas) y de 60 a 69 años (cuatro casos).

El cáncer es una de las principales causas de muerte en todo el mundo; en 2008 según reportes de la OMS, este mal causó 7.6 millones de defunciones (aproximadamente 13% del total), siendo las neoplasias de pulmón, estómago, hígado, colon y mama las más frecuentes.

El cáncer de mama representa la mayor amenaza en la salud de la mujer y se conoce como la 2º causa de muerte en mujeres en edad reproductiva en México, aunque de los adenocarcinomas, es en el que se han logrado más adelantos en el diagnóstico temprano y tratamiento.

1.2.2.2 Patogénesis

No existe un factor patogénico único que sea el causante de todos los tipos de cánceres de mama. Modelos animales sugieren que el riesgo de desarrollar cáncer de mama es resultado de la interacción entre factores genéticos, mutágenos, endocrinológicos y dietéticos. Otro riesgo demostrado dentro de los modelos animales es la exposición a radiación y mutágenos químicos.

1.2.2.3 Histopatología

La mayoría de los cánceres de mama se originan en el interior del epitelio ductal, y las anomalías histológicas del epitelio de los conductos mamarios sugiere la posibilidad de evolución de muchos cánceres a través de etapas de hiperplasia (enfermedad proliferativa sin atipia), displasia (hiperplasia atípica), neoplasia no invasora (carcinoma ductal in situ o carcinoma intraductal) y neoplasia (carcinoma ductal infiltrante), de alto potencial metastásico. Cada etapa se asocia con un aumento en el riesgo de desarrollar carcinoma ductal infiltrante. Los carcinomas intraductal e invasor requieren un tratamiento local definitivo, la hiperplasia y las alteraciones displásicas requieren un seguimiento estricto. El carcinoma ductal in situ se diferencia del invasor por la falta de penetración de la membrana basal al interior del parénquima.

1.2.2.4 Datos Clínicos

Los signos de la enfermedad incluyen: una nodulación nueva o que aumenta dentro de la mama, nódulo sólido, irregular de consistencia dura, fijo a planos profundos, formación de hoyuelos sobre la piel o el cambio en el contorno de la mama, cambios en la textura de la piel o color, retracción de la piel, lesión areolar que no cicatriza a pesar de tratamiento; la piel clásica de Paget o “piel de naranja” sugiere un cáncer subyacente. Se debe realizar búsqueda intencionada de crecimiento ganglionar axilar o supraclavicular. Y la secreción por el pezón, particularmente serosanguinolento.

1.2.2.5 Factores de Riesgo

Entre los principales factores relacionados con la aparición del cáncer de mama están: la edad (a mayor edad el riesgo aumenta), el inicio temprano de la menarca o menopausia tardía, el inicio de la vida reproductiva después de los 30 años, la lactancia materna nula o de corta duración, el uso de anticonceptivos orales por más de cinco años, la obesidad y la exposición a la radiación.⁽⁸⁾

Los factores de riesgo de desarrollo del cáncer de mama se distinguen en cuatro grandes grupos: 1) biológicos, 2) iatrogénicos o ambientales, 3) de historia reproductiva, y 4) de estilos de vida. Los primeros no son modificables; los segundos escapan al control de la población, los del tercer grupo se asocian a beneficios en la salud reproductiva mayores que las posibles desventajas, y los del cuarto grupo son modificables y se enfocan a promover las conductas favorables a la salud que disminuyan el riesgo de desarrollar cáncer de mama. Es importante mencionar que en el 70% de las mujeres con cáncer de mama, no se logra identificar un factor de riesgo conocido.

Factores de riesgo biológicos:

Sexo femenino

Envejecimiento, a mayor edad mayor riesgo

Historia personal o familiar de cáncer de mama en madre, hijas o hermanas.

Antecedentes de hallazgos de hiperplasia ductal atípica, imagen radial o estrellada, así como carcinoma lobulillar in situ por biopsia.

Vida menstrual de más de 40 años (menarca antes de los 12 años y menopausia después de los 52 años),

Densidad mamaria

Ser portador conocido de los genes BRCA1 o BRCA2

Factores latrogénicos o ambientales:

Exposición a radiaciones ionizantes principalmente durante el desarrollo o crecimiento (in útero, en la adolescencia) Tratamiento con radioterapia en tórax.

Factores de riesgo relacionados con la historia reproductiva:

Nuligesta

Primer embarazo a término después de los 30 años de edad

Terapia hormonal en la peri o postmenopausia por más de cinco años. Las mujeres candidatas a recibir esta terapia deberán tener una evaluación clínica completa y ser informadas sobre el riesgo mayor de padecer cáncer de mama, así como contar con estudio mamográfico basal (previo al inicio de la terapia y un control posterior a los 6 meses de iniciada la terapia) para evaluar los cambios de la densidad mamaria.

Factores de riesgo relacionados con estilos de vida, estos son modificables y pueden disminuir el riesgo:

Alimentación rica en carbohidratos y baja en fibra.

Dieta rica en grasas tanto animales como ácidos grasos trans.

Obesidad, principalmente en la postmenopausia.

Sedentarismo.

Consumo de alcohol mayor a 15 g/día.

Tabaquismo.

Sin embargo, los factores de riesgo no lo indican todo. Si se tiene uno, o hasta varios factores de riesgo, no necesariamente significa que se padecerá la enfermedad. La mayoría de las mujeres que tienen uno o más factores de riesgo de cáncer de seno nunca padecen la enfermedad, mientras que muchas mujeres que la padecen no tienen factores de riesgo aparentes (excluyendo el ser mujer y de edad avanzada). Aun cuando una mujer con factores de riesgo padezca ese cáncer, resulta difícil saber cuánto pudieron haber contribuido estos factores. ⁽⁹⁾

1.2.2.6 Autoexploración de mama

La autoexploración se deberá recomendar en forma mensual a partir de los 20 años, tiene como objetivo sensibilizar a la mujer sobre el cáncer de mama, tener un mayor conocimiento de su propio cuerpo e identificar cambios anormales para la demanda de atención médica apropiada.

La autoexploración manual, también conocida como “práctica para conocer el cuerpo”,¹⁰ y el examen clínico podrían coadyuvar a la mastografía, especialmente en países con recursos limitados en los que la cobertura de la mastografía tiende a ser baja y restringida en cuanto a su uso para el tamizaje. Sin embargo, la evidencia sobre la efectividad de la autoexploración y del examen clínico, independiente de la mastografía, en la detección temprana del cáncer de mama sigue siendo limitada y su aplicación como estrategia integrada para lograr una mayor cobertura se cuestiona.

Es función del personal de salud enseñar la técnica de autoexploración a todas las mujeres de 20 años de edad y más que acudan a las unidades médicas.

La técnica de autoexploración debe incluir la información sobre los síntomas y signos del cáncer de mama y las recomendaciones sobre cuándo demandar atención médica.

El auto examen es una exploración que toda mujer debe realizarse de forma mensual, ya que es una de las formas más útiles para conseguir un diagnóstico precoz de lesiones en las mamas.

Si la mujer lleva a cabo exámenes mensuales, debe realizarlos de cinco a siete días después del primer día de su período menstrual, cuando las mamas están menos sensibles y con menos protuberancias. Las mujeres postmenopáusicas deben elegir un día del mes para realizarlo de manera periódica.

Pasos para su realización:

1. Con buena iluminación y frente a un espejo coloque sus manos detrás de la cabeza y eleve los codos. Observe ambos senos, su forma, tamaño, si hay masas (bulto) o depresiones (hundimientos), cambios en la textura y coloración de la piel y posición del pezón.
2. Para examinar su mama derecha, coloque su mano derecha detrás de la cabeza elevando el codo.
3. Con su mano izquierda, con la yema de los dedos, presione suavemente con movimientos circulares.
4. Continúe dando vuelta a la mama como las agujas del reloj. Palpe toda la superficie de la mama, determine la presencia de masas o dolor.
5. Examine el pezón, siempre igual posición con su dedo pulgar e índice, presiónelo suavemente, observe si hay salida de secreción o sangrado.
6. Examine la axila derecha con la yema de los dedos y movimientos circulares tratando de determinar la presencia de masas.
7. Ahora examine su mama izquierda, siguiendo los pasos anteriores. Coloque su mano izquierda detrás de la cabeza elevando el codo, siga los pasos anteriores.

8. Acuéstese y coloque una almohada o un paño grueso doblado, bajo su hombro derecho. Para examinar su mama derecha, coloque su mano derecha detrás de la cabeza elevando el codo.
9. Con la mano izquierda, con la yema de los dedos, presione de forma suave con movimientos circulares.
10. Continúe dando la vuelta a la mama. Palpe toda la superficie en busca de una masa o zona hundida.
11. Para examinar su mama izquierda, coloque su mano izquierda detrás de la cabeza elevando el codo, siga los pasos anteriores.

Es importante saber que todas las mujeres tienen algunos bultos o protuberancias. Si la persona se realiza el examen mensualmente, es importante hacerlo en el mismo momento del ciclo menstrual. En caso de mujeres menopáusicas, asociarla a algún día del mes, con tranquilidad sin prisa, haciéndolo siempre de la misma forma.

El conocimiento sobre el autoexamen de mama, no solo en la mujer, sino en la pareja y la familia, adquiere un gran valor diagnóstico con vistas a mejorar el pronóstico frente a lesiones en las mamas y la supervivencia de las mujeres.

Es importante que las mujeres se familiaricen mediante el autoexamen de mama con la anatomía de sus senos, reconozcan cambios y alteraciones que se producen en la piel, pezón, presencia de signos de inflamación y dolor, lo que posibilita acudir a consulta del médico de la familia en etapas precoces de enfermedad mamaria y de esta forma prevenir la aparición del cáncer de mama. ⁽¹⁰⁾

1.2.2.7 Examen clínico de mama

El examen clínico de las mamas debe ser realizado por médico o enfermera capacitados, en forma anual, a todas las mujeres mayores de 25 años que asisten a las unidades de salud, previa autorización de la usuaria.

El examen clínico y la cita de la próxima detección deben registrarse en la Cartilla Nacional de Salud.

La exploración clínica de mama se basa en la inspección y palpación. Las dos terceras partes de las tumoraciones encontradas en una mujer durante su vida fértil son por patología benigna, es decir, quistes, displasias, fibroadenomas y papilomas. Sin embargo, 50% de las masas palpables en mujeres perimenopáusicas y la mayor parte de las lesiones en las posmenopáusicas son malignas. Hay una mayor propensión de las lesiones malignas a aparecer en el cuadrante superior externo, de tal manera que la mitad de todas las lesiones malignas pueden ser identificadas en este sitio.

Con personal de salud debidamente capacitado es posible palpar tumores hasta de menos de 1 cm de diámetro. La sensibilidad de la exploración clínica de la mama es de aproximadamente 54% con una especificidad de 94%. El tiempo que se dedica a la exploración es importante, se ha estudiado que un total de 6 minutos (3 por mama) produce los mejores efectos.

El examen clínico de las mamas debe ser realizado anualmente a cada mujer mayor de 25 años que asista a las unidades de salud, por personal médico o de enfermería capacitado, en condiciones que garanticen el respeto a la privacidad de la mujer tales, por lo tanto, se debe realizar en presencia de un/a familiar, enfermera, auxiliar o asistente de consultorio; se utilizar bata para cubrir las mamas cuando no se estén inspeccionando o palpando.

El examen clínico de las mamas debe incluir la identificación de los factores de riesgo en la historia clínica, para determinar la edad de inicio de la mastografía, así como necesidades especiales de consejería en mujeres de alto riesgo. También de poner énfasis en las glándulas mamarias y zonas linfoportadoras (ganglios axilares y supraclaviculares).

El diagnóstico presuntivo de patología mamaria maligna se puede establecer por los siguientes signos clínicos compatibles con cáncer de mama: Nódulo sólido, irregular de consistencia dura, fijo a planos profundos; cambios cutáneos evidentes (piel de naranja, retracción de la piel, lesión areolar que no cicatriza a pesar de tratamiento); zona de sistematización en el tejido glandular, focalizado a una sola mama y región; Secreción serosanguinolenta; Crecimiento ganglionar axilar o supraclavicular.⁽¹¹⁾

1.2.2.8 Mastografía

En el país se realizan dos tipos de mastografía, una de tamizaje que permite la detección temprana de cáncer de mama a mujeres aparentemente sanas; y de diagnóstico, que se realiza como parte de la evaluación del estado de salud de la mujer cuando se sospecha o tiene síntomas clínicos de patología de cáncer mamario. La mastografía oportunista es aquella que se realiza en mujeres asintomáticas de enfermedad de la mama y que es indicada por el personal de salud cuando esta acude a los servicios de salud por motivos no relacionados con Patología mamaria.⁽¹²⁾

La mastografía es el método de detección del cáncer de mama que ha demostrado una disminución en la mortalidad por este padecimiento cuando se efectúa con calidad en el marco de un programa de detección.

La mastografía de tamizaje debe realizarse en establecimientos o unidades que cubran las especificaciones de la NOM-229-SSA1-2002, Salud ambiental. Requisitos técnicos para las instalaciones, responsabilidades sanitarias, especificaciones.

La mastografía de tamizaje se recomienda en mujeres aparentemente sanas de 40 a 69 años de edad, cada dos años. En mujeres menores de 40 años, no se recomienda la mastografía de tamizaje.

Las mujeres que se realicen una mastografía deberán ser informadas sobre los factores de riesgo y los factores protectores del cáncer de mama, así como de las ventajas y limitaciones de la detección.

En mujeres de 70 años y más se realizará como parte del seguimiento de mujeres con antecedente personal de cáncer de mama y por indicación médica.

El resultado del estudio de mastografía de tamizaje debe reportarse de acuerdo con la última clasificación de BIRADS.

Las mujeres deberán recibir el resultado de su mastografía por escrito en un lapso no mayor de 21 días hábiles posteriores a la toma. Si el resultado es anormal, en las instituciones públicas la paciente debe recibir junto con el resultado, la fecha de la cita y el lugar para la evaluación diagnóstica.⁽¹³⁾

1.2.2.8.1 Sistema BI-RADS

El American College of Radiology (ACR, siglas en inglés) creó una manera estándar para describir los hallazgos y los resultados de las mastografías. En este sistema, los resultados se organizan en categorías que van de 0 a 6. A este sistema se le conoce como BI-RADS (Breast Imaging Reporting and Data System).

Categoría 0: es necesario realizar estudios por imágenes adicionales o comparar con mamografías anteriores.

Esto significa que es posible que haya una anomalía que no sea visible o no esté definida con claridad y se necesiten exámenes adicionales, como el uso de una compresión puntual (se aplica compresión a un área menor cuando se hace la mastografía), vistas agrandadas, vistas especiales en el mastografía o ultrasonido. Esto sugiere también que se debe comparar la mastografía con exámenes anteriores para determinar si con el tiempo han ocurrido cambios en el área.

Categoría 1: hallazgo negativo.

No hay ninguna anomalía importante que reportar. Los senos lucen igual (son simétricos), no hay bultos (protuberancias), estructuras distorsionadas, o calcificaciones sospechosas. En este caso, negativo significa que no se encontró algo malo.

Categoría 2: hallazgo benigno (no canceroso).

También se trata de un resultado negativo de la mastografía (no hay signos de cáncer), pero el médico que realiza el informe prefiere describir el hallazgo como benigno, tal como calcificaciones benignas, ganglios linfáticos en el seno o fibroadenomas calcificados. Esto asegura que otras personas que vean la mastografía no interpretarán equivocadamente este hallazgo benigno como sospechoso.

Categoría 3: hallazgo posiblemente benigno, se recomienda seguimiento a corto plazo.

Los hallazgos en esta categoría tienen una muy alta posibilidad (más de 98%) de ser benignos (no cancerosos). No se espera que estos hallazgos cambien con el tiempo. Pero ya que no se ha probado que sea benigno, es útil ver si han ocurrido cambios a lo largo del tiempo en el área de interés.

Por lo general, se hace seguimiento a los 6 meses cuando se repite la evaluación con imágenes y luego regularmente, hasta que se determine que el hallazgo está estable (usualmente un mínimo de 2 años). Este enfoque evita biopsias innecesarias, pero si el área cambia a lo largo del tiempo, aún permite hacer un diagnóstico en sus inicios.

Categoría 4: anormalidad sospechosa, se debe considerar una biopsia.

Los hallazgos no parecen indicar de manera definitiva que sean cancerosos, pero pudiera ser cáncer. El radiólogo está lo suficientemente preocupado como para recomendar una biopsia. Los hallazgos en esta categoría tienen un rango amplio de niveles de sospecha. Por este motivo, algunos médicos dividen esta categoría aún más:

4A: hallazgo con una sospecha baja de que sea cáncer

4B: hallazgo con una sospecha mediana de que sea cáncer

4C: hallazgo de preocupación moderada de que sea cáncer, pero no tan alta como la Categoría 5.

Categoría 5: anormalidad que sugiere firmemente que se trata de un hallazgo maligno, se deben tomar las acciones adecuadas.

Los hallazgos tienen la apariencia de cáncer y hay una alta probabilidad (al menos 95%) de que se sea cáncer. Se recomienda firmemente la realización de una biopsia.

Categoría 6: resultados de biopsia conocidos con malignidad demostrada, se deben tomar las acciones adecuadas.

Esta categoría se utiliza únicamente para hallazgos en una mastografía que ya han demostrado ser cancerosos según una biopsia realizada con anterioridad.

Informes sobre la densidad del seno mediante el sistema BI-RADS

Los informes también incluirán una evaluación de la densidad del seno. El sistema BI-RADS clasifica la densidad del seno en 4 categorías:

Los senos están compuestos de grasa casi en su totalidad

Los senos contienen poco tejido fibroso y glandular lo cual significa que la mamografía es propensa a detectar cualquier anomalía.

Hay áreas dispersas de densidad fibroglandular

Hay algunas cuantas áreas de tejido fibroso y glandular en el seno.

El tejido de los senos es heterogéneamente denso, lo cual puede que oculte algunas masas pequeñas

El seno presenta más áreas de tejido fibroso y glandular a través de éste. Esto dificulta la visualización de pequeñas protuberancias o masas.

El tejido de los senos es extremadamente denso, lo cual reduce la sensibilidad de la mamografía.

El seno se conforma de mucho tejido fibroso y glandular. Esto puede resultar en que se pasen por alto algunos tumores cancerosos.⁽¹⁴⁾

1.2.2.9 Ultrasonido de mama

Existen otros estudios de gabinete que pueden ser auxiliares para el diagnóstico de cáncer de mama, que de ninguna manera sustituyen a la mastografía. La ultrasonografía se menciona como auxiliar del diagnóstico; debe cumplir las siguientes características:

Ultrasonido de alta resolución con transductor lineal de alta frecuencia, igual o mayor a 7.5 MHz.

Las indicaciones para la realización del estudio de ultrasonido mamario son las siguientes:

- Mujer menor de 35 años con sintomatología mamaria
- Mama densa
- Caracterización de un nódulo
- Densidad asimétrica
- Implantes mamarios
- Mastitis o abscesos
- Embarazo con sintomatología mamaria
- Guía de procedimientos intervencionistas
- Tumor quístico o sólido.

El estudio de ultrasonido no se debe indicar en:

- Prueba de detección del cáncer mamario
- Mama grasa
- Micro calcificaciones.

En las lesiones no palpables, las biopsias pueden obtenerse mediante guía con imagen ya sea por ultrasonido o mamografía. ⁽¹⁵⁾

1.2.2.10 Seguimiento

Las pacientes con resultados anormales a la detección por exploración clínica o mastografía, deberán recibir evaluación diagnóstica y seguimiento oportunos y adecuados, por lo que las instituciones de salud deberán organizar unidades o servicios especializados de cáncer de mama para el diagnóstico de patología mamaria con las características establecidas en la sección de control y gestión de calidad de la presente norma.

Para la adecuada referencia de mujeres con sintomatología mamaria sospechosa de cáncer, las unidades médicas de los tres niveles de atención deberán establecer y difundir con el personal médico, mecanismos ágiles de referencia.

Las pacientes con BI-RADS 4 y 5, deben referirse a un servicio especializado de patología mamaria para evaluación diagnóstica, en un tiempo que no exceda 10 días hábiles.

Las pacientes con BI-RADS 0, 3, deben referirse a un servicio especializado de patología mamaria para evaluación complementaria, en un tiempo que no exceda 15 días hábiles.

El objetivo principal en el seguimiento de pacientes que han finalizado su terapia adyuvante o durante la misma, es diagnosticar en forma temprana la enfermedad recurrente con la finalidad de instituir oportunamente un tratamiento adecuado. ⁽¹⁶⁾

2. METODOLOGIA

2.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La situación actual del cáncer de mama en México sugiere que la mortalidad por esta neoplasia mantendrá su tendencia al incremento como ha sucedido en las últimas décadas, a menos que se logre aumentar la proporción de mujeres diagnosticadas en etapas tempranas. Para lo cual se requiere focalizar e intensificar las tres acciones básicas de detección, la enseñanza de la autoexploración mamaria y el conocimiento de los factores de riesgo; la exploración clínica anual y la toma de mastografía, en el caso particular de este estudio se hará referencia específica al conocimiento de los factores de riesgo y exploración clínica de las mamas. Desde esta visión, corresponde de manera personal a cada mujer tomar acciones de protección contra el cáncer de mama, adoptando estilos de vida sanos que permitan por un lado valorar los factores de riesgo y por otro, favorecer la práctica de acciones de detección temprana, para esto es necesario que las mujeres reconozcan la gran ventaja que representa el conocimiento y estrecho contacto con su propio cuerpo, lo cual permita notar cambios que pudiesen ser indicativos de alguna alteración y acudir a consulta médica de manera oportuna. El autocuidado cobra primordial relevancia cuando se trata de patologías que, si son detectadas y atendidas de manera temprana y oportuna, son curables. Son pocas las mujeres que descubren a tiempo y por sí mismas una lesión mamaria, de éstas solo 2 de cada 10 tumoraciones son malignas. Fomentar el autocuidado de la salud es urgente, en este sentido, una tarea de gran trascendencia es la información, la orientación y la consejería.

2.2 JUSTIFICACIÓN

La situación actual del cáncer de mama en México sugiere que la mortalidad por esta neoplasia mantendrá su tendencia al incremento como ha sucedido en las últimas décadas, a menos que se logre aumentar la proporción de mujeres diagnosticadas en etapas tempranas. Para lo cual se requiere focalizar e intensificar las tres acciones básicas de detección, la enseñanza de la autoexploración mamaria y el conocimiento de los factores de riesgo; la exploración clínica anual y la toma de mastografía.

Al analizar las tasas de mortalidad en las mujeres mexicanas de 25 años de edad en adelante a lo largo de 30 años, se distinguen diferencias estatales y por grupos de edad. Aun cuando el perfil de esta causa de muerte se ha asociado con un mayor desarrollo regional. Queda de manifiesto el reto que México enfrenta, y la necesidad de conjuntar esfuerzos e implementar programas para educar a la población hacia el autocuidado de la salud, así como promover estilos de vida saludables, además de mejorar la infraestructura diagnóstica para lograr una detección a tiempo y garantizar un tratamiento adecuado. ⁽¹⁷⁾

Este estudio se efectuó para valorar el conocimiento de los factores de riesgo y de la autoexploración mamaria en pacientes femeninos de 20 a 59 años en la población derechohabiente de la U.M.F. No. 226. Mostrando que el autoexamen de mama es un método simple y de bajo costo.

Es importante determinar si se está teniendo el impacto esperado en este grupo de mujeres ya que hasta el momento no ha repercutido en el diagnóstico oportuno, debido a diversas causas, entre las que destaca el conocimiento de la técnica. Si bien, no es un procedimiento que reduzca la mortalidad, sin embargo, su conocimiento puede llevar a un diagnóstico temprano. De igual manera es importante conocer los factores de riesgo que llevan a esta patología para coadyuvar en la prevención del cáncer de mama.

2.3 OBJETIVOS

2.3.1 Objetivo general

- Determinar cuál es el Conocimiento de la Autoexploración Mamaria y de los factores de riesgo del cáncer de mama en Pacientes Femeninas de 20 a 59 Años de Edad en la Población Derechohabiente de la U.M.F. No. 226

2.3.2 Objetivos específicos

- Determinar la edad de los pacientes
- Determinar el nivel de escolaridad
- Determinar la ocupación de las pacientes
- Determinar el estado civil de las pacientes
- Determinar si existe relación entre el conocimiento de la autoexploración y los factores de riesgo con el nivel de escolaridad.
- Determinar si existe relación entre el conocimiento de la autoexploración y los factores de riesgo con la edad.
- Determinar si existe relación entre el conocimiento de la autoexploración y los factores de riesgo con el estado civil.
- Determinar si existe relación entre el conocimiento de la autoexploración y los factores de riesgo con la ocupación.

2.4 HIPÓTESIS

El nivel de conocimientos de los factores de riesgo y de la autoexploración de mama en el grupo de edad estudiado es bajo.

2.5. MATERIAL Y METODOS

2.5.1.- Tipo de estudio:

- Se realizó un estudio transversal, observacional, prospectivo.

2.5.2.- Población, Lugar y Tiempo:

- Pacientes Femeninos de 20 a 59 Años Derechohabientes Adscritas a la U.M.F. No. 226 en Ixtlahuaca, Estado de México. De Enero a Diciembre de 2016.

2.5.3 Tipo de muestra:

- Se calculó en base al censo de la población del género femenino de 20 a 59 años de la U.M.F. No 226 que fue de 20,589 pacientes.

2.5.4. Tamaño de la muestra

El método utilizado para el muestreo es el probabilístico simple.

Para la obtención de la muestra se tomará como referencia la variable dependiente, considerando la población de mujeres de 20 a 59 años de edad de Unidad de Medicina Familiar 226, de acuerdo a los registros del turno matutino y vespertino con un total de 20,589 pacientes, un error de muestreo del 5% y un nivel de confianza del 95% obteniendo una muestra de 378 pacientes de acuerdo a la siguiente fórmula.

$$n = \frac{Z_{\alpha}^2 \cdot p \cdot q \cdot N}{(N-1) e^2 + Z_{\alpha}^2 \cdot p \cdot q}$$

Dónde:

Z_{α}^2 : Nivel de confianza requerido: 95%= 1.96

p: Proporción esperada 5%=0.05

q= 1-p = 1- 0.05= 0.95

N: Población total: 20,589.

e^2 : Error de muestreo: 5%

Población total a estudiar: 283

2.6. CRITERIOS DE SELECCION

2.6.1. Criterios de inclusión

- Mujeres de 20 a 59 años de edad, que sean derechohabientes de la UMF 226.
- Mujeres que acepten participar en el estudio.
- Mujeres que sepan leer y escribir.

2.6.2. Criterios de no inclusión

- Mujeres que hayan padecido o padezcan Cáncer de mama.
- Mujeres con alguna discapacidad que no les permita responder a la encuesta.
- Mujeres del rango de edad que estén embarazadas.

2.6.3. Criterios de eliminación

- Pacientes que no deseen participar.

2.7. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	ESCALA DE MEDICIÓN	UNIDAD DE MEDIDA	TIPO DE VARIABLE		
Edad	Cantidad de años que un ser ha vivido desde su nacimiento	Estratificación por edad	Intervalo	20 años en adelante	Cuantitativa		
Género	Conjunto de características fenotípicas y biológicas las cuales distinguen a las personas en hombres y mujeres	Clasificar de acuerdo al género de las personas	Nominal	Masculino Femenino	Cualitativa		
Conocimiento	Conjunto de datos e ideas que se conocen acerca de algo, especialmente de una materia o ciencia	Encuesta	Ordinal	Bajo Medio Alto	Cualitativa		
Autoexamen de mama	Conocimientos acerca del procedimiento a seguir en la técnica de autoexamen de mamas	Encuesta	Nominal	Correcto (SI) Incorrecto (NO)	Cualitativa		
Que mujeres deben realizarse el autoexamen de mama	La edad que se recomienda iniciar el autoexamen de mama es a los 20 años, porque en esa época de la vida el cáncer empieza a tener estadísticas significativas	Encuesta	Nominal	SI NO NO SABE	Cualitativa		
Conocimiento sobre el momento adecuado para la realización del examen mamario	Se debe realizar de 7 a 10 días después de la menstruación, momento en el cual el tamaño de la mama es mínimo y su nodularidad cíclica es menor. Las mujeres menopáusicas elegirán un día determinado y fijo por mes.	Encuesta	Nominal	SI NO NO SABE	Cualitativa		
Periodicidad para realizar el autoexamen de mama	Se debe realizar sistemáticamente una vez por mes con el objetivo de familiarizarse con sus senos y poder notar cambios que pudiesen presentarse entre un mes y otro y de preferencia hacerlo en los días intermedios del ciclo menstrual.	Encuesta	Nominal	SI NO NO SABE	Cuantitativa		
Porqué es necesario el autoexamen de mama	El auto examen de mama detecta el 35% de los cánceres de mama y se estima que reduce la mortalidad por cáncer de mama en aproximadamente un 25%.	Encuesta	Nominal	SI NO NO SABE	Cuantitativa		
Conocimiento sobre factores de riesgo para cáncer de mama	Herencia	Conocimientos de las circunstancias o situaciones que aumentan las probabilidades de una persona de padecer cáncer de mama.	Información que tienen la población de estudio sobre factores de riesgo del cáncer de mama obtenidas a través de una encuesta.	Nominal	Correcto	1 pto. por ítem.	Cuantitativa
	Hábitos Nocivos Sedentarismo Paridad Menarquia Raza Uso de Hormonas Grupo Etnico				Incorrecto		

2.8. METODOLOGÍA ESTADÍSTICA

2.8.1 Estadística descriptiva:

Se utilizó estadística descriptiva para los datos cuantitativos. Se obtuvo medidas de tendencia central, dispersión, de normalidad, para los datos cualitativos frecuencias absolutas y relativas (porcentajes).

2.8.2 Estadística Inferencial

El análisis inferencial para contrastar la relación entre la variable dependiente y las variables dependientes, por medio de análisis de regresión lineal.

2.9 RECOLECCIÓN DE DATOS

Se encuestó bajo consentimiento informado a las mujeres derechohabientes de la UMF 226 que cumplieron con los criterios de inclusión. Se abordaron en las diferentes salas de espera de la UMF 226.

El cuestionario se aplicó en el consultorio y los datos se vaciaron en una sábana previamente diseñada y se analizaran con el paquete estadístico SPSS versión 22.

2.10 CONSIDERACIONES ÉTICAS

Para realizar el presente estudio de investigación, se respaldó con la carta de consentimiento informado firmado por el paciente, previa información de los objetivos, tipo de estudio, tiempo y espacio de realización, así como los instrumentos de investigación a aplicar, con base en lo estipulado en la Ley General de Salud y aplicando la normatividad vigente en materia de investigación por el IMSS.

Se trata de un estudio observacional, donde no se realiza ningún tipo de intervención sobre la integridad física, psicológica y/o moral de los participantes, considerando:

- La Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial.

Recomendaciones para guiar a los investigadores en materia de Investigación Biomédica en seres humanos. Adaptada por la 18a Asamblea Mundial Medica Mundial, Helsinki, Finlandia, Junio de 1964 y enmendada por la 29 Asamblea Medica mundial, Venecia, Italia, Octubre de 1983 y la 41 Asamblea Medica Mundial, Hong Kong, Septiembre de 1989 y ajustada en 2004 Japón.

- Declaración de Ginebra.

La Declaración de Ginebra de la Asociación Médica Mundial señala el deber del médico con las palabras “Velar solícitamente y ante todo por la salud de mi paciente” y en el

- Código Internacional de Ética Médica.

La cual declara que: “El médico debe actuar solamente en interés del paciente al proporcionar atención medica que pueda tener el efecto de debilitar la fortaleza mental y física de aquel”.

El presente estudio se apegó a la declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial que ha promulgado como una propuesta de principios éticos que sirvan para orientar a los médicos y a otras personas que realizan investigación médica en seres humanos.

De acuerdo al reglamento de la ley general de salud en materia de investigación para la salud, vigente en nuestro país, el presente estudio se clasifica como categoría I, con base en el título segundo, artículo 17, que lo clasifica como una investigación sin riesgo debido a que los individuos participantes en el estudio, solo aportan datos a través de encuestas, lo que no provoca daños físicos ni mentales.

3. RESULTADOS

3.1 ANÁLISIS DE RESULTADOS

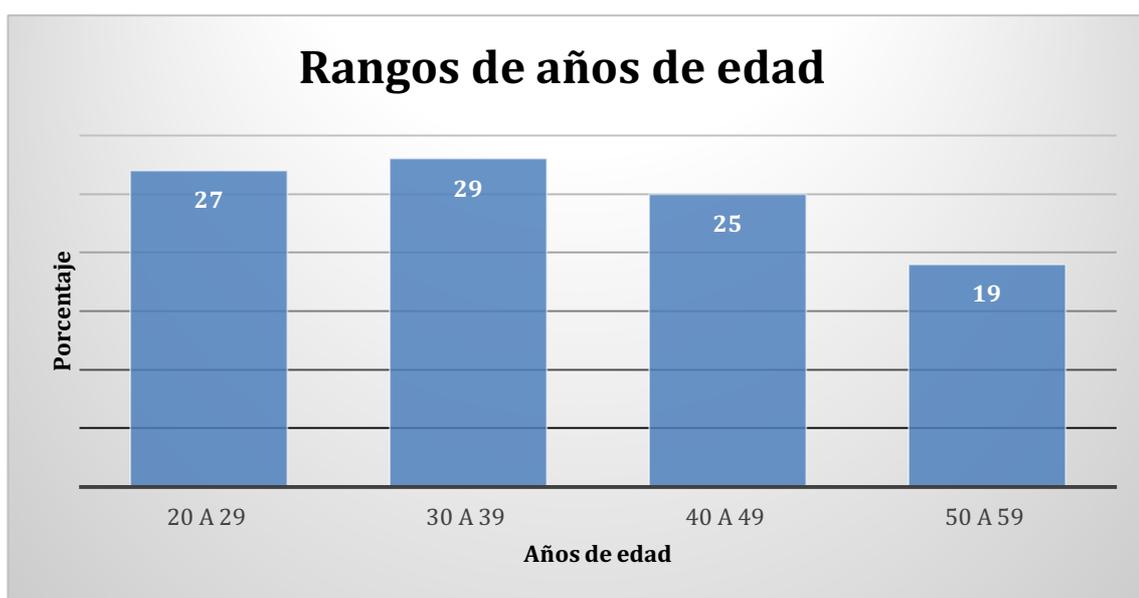
VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS

Se realizó un estudio descriptivo, observacional, transversal y descriptivo, en el Hospital General de Zona 220, que incluyó un total de 283 pacientes mujeres, los cuales cumplieron con todos los criterios de inclusión y exclusión.

Las características de los sujetos de estudio son los siguientes: el promedio de edad fue de 38 ± 12 años de edad, con un rango de 20 a 59 años de edad.

Predominó el rango de edad de 30 a 39 años (28%), seguido de 20 a 29 años de edad (27%), 40 a 49 años de edad en 25% y finalmente de 50 a 59 años de edad en 19% (Tabla 1; gráfica 1).

Rangos de edad	Pacientes	Porcentaje %
20 a 29 años de edad	78	27
30 a 39 años de edad	80	29
40 a 49 años de edad	71	25
50 a 59 años de edad	54	19
TOTAL	283	100



Gráfica 1.- Porcentaje de rangos de edad de las pacientes estudiadas.

En cuanto al nivel de estudios, se aprecia que el nivel de estudios de secundaria predominó en 39%, seguido de estudios no universitarios en 24%, estudios de nivel primaria en 21% y al final los estudios universitarios en 16% (Tabla 2, gráfica 2).

GRADO DE ESCOLARIDAD	Pacientes	Porcentaje %
Primaria	58	21
Secundaria	111	39
No universitario	68	24
Universitario	46	16
TOTAL	283	100



Gráfica 2.- Nivel de estudios de las pacientes estudiadas.

En la ocupación de las pacientes, predominaron las amas de casa en 47%, ocupación dependiente en 26%, independiente en 18% y al último, estudiantes con 9% (Tabla 3, gráfica 3).

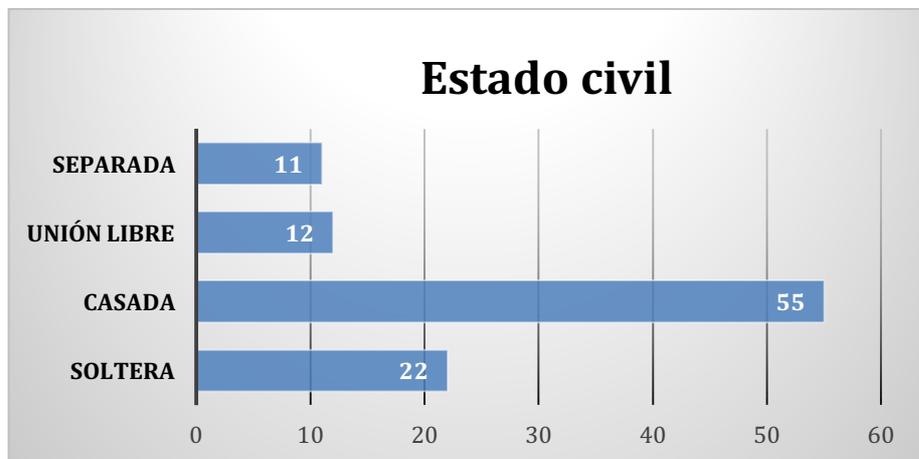
	Pacientes	Porcentaje %
Ama de casa	134	47
Estudiante	25	9
Independiente	52	18
Dependiente	72	26
TOTAL	283	100



Gráfica 3.- Ocupación de las pacientes estudiadas.

Respecto al estado civil, predominaron las mujeres casadas en el 55%, soltera en 22%, unión libre en 12% y al final las mujeres separadas en 11% (Tabla 4).

	Pacientes	Porcentaje %
Soltera	61	22
Casada	156	55
Unión libre	35	12
Separada	31	11
TOTAL	283	100



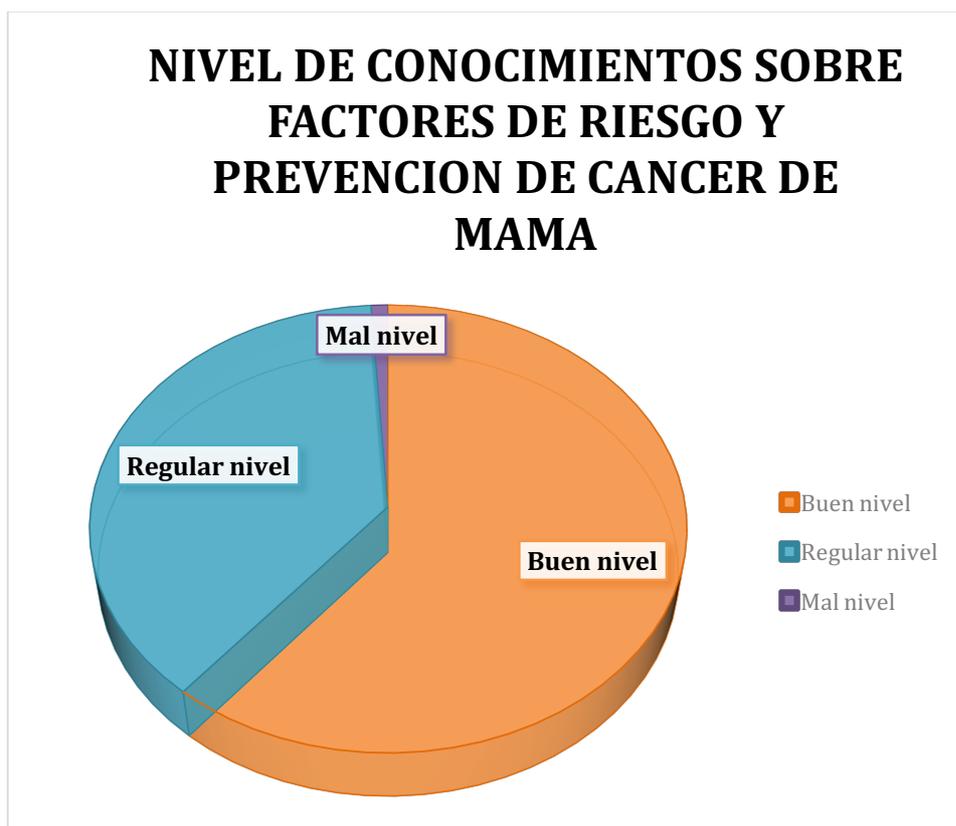
Gráfica 4.- Estado civil de las pacientes estudiadas.

NIVELES DE CONOCIMIENTOS SOBRE LOS FACTORES DE RIESGO Y PREVENCIÓN DE CÁNCER DE MAMA

En cuanto a los niveles de conocimiento sobre los factores de riesgo y prevención de cáncer de mama, se determinó que existe un buen nivel de conocimientos en 61% de las pacientes, regular nivel de conocimientos en 38% y mal nivel de conocimientos en 1% como se aprecia en la tabla y gráfica 5.

Tabla 5. Nivel de conocimiento sobre los factores de riesgo y prevención de cáncer de mama

	Pacientes	Porcentaje %
Buen nivel	172	61
Regular nivel	109	38
Mal nivel	2	1
TOTAL	283	100



Gráfica 5.- Nivel de conocimientos sobre factores de riesgo y prevención de cáncer de mama en las pacientes estudiadas.

Se determinó que el rango de edad que presentó mayor nivel de conocimientos fue de 30 a 39 años de edad en 20%, seguido del grupo de edad de 40 a 49 años de edad en 17%; las pacientes que presentaron mal nivel de conocimientos pertenecen al rango de edad de 40 a 49 años de edad en 1%.

En cuanto al nivel de conocimientos respecto a la escolaridad, las pacientes con estudios de secundaria en 21% presentaron buen nivel de conocimientos, seguido de estudios no universitarios en 19%, seguido de estudios universitarios 12% y educación primaria en 9%. Las pacientes que presentaron bajo nivel de conocimientos fue en quienes solo tienen estudios de primaria en 1%.

Respecto a la ocupación, las pacientes amas de casa que presentaron mejor nivel de conocimientos fue en amas de casa en 23%, seguido de ocupaciones dependientes en 19%, independientes en 12% y finalmente estudiantes en 6%. Las pacientes que presentaron el más bajo nivel de conocimientos también fue en amas de casa en 1%.

En cuanto al estado civil, las pacientes casadas presentaron mejor nivel de conocimientos en 29%, seguido de solteras en 15%, unión libre 9% y separadas en 8%. Las pacientes que tuvieron peor nivel de conocimientos también fue en casadas en 2%.

Se realizó un análisis de regresión lineal donde se encontró que es estadísticamente significativo entre el nivel de conocimientos y el nivel de escolaridad (sig 0.000) y ocupación (sig. 0.016).

3.2 DISCUSIÓN

El presente trabajo tuvo como objetivo determinar el nivel de conocimientos sobre los factores de riesgo y la autoexploración mamaria en pacientes femeninas de 20 a 59 años de edad de la U.M.F. N° 226.

En 2017, se estima que 1.688.780 personas en los Estados Unidos serán diagnosticadas con cáncer y 600.920 morirán de cáncer. Las estimaciones de las muertes prematuras que podrían haberse evitado mediante el tamizaje varían de 3% a 35%, dependiendo de una gran variedad de situaciones. Más allá del potencial para evitar la muerte, el cribado puede reducir la morbilidad del cáncer, ya que el tratamiento para los cánceres de etapa temprana es a menudo menos agresivo que el de los cánceres de estadio más avanzado.

Se sabe que algunas personas tienen alto riesgo de cáncer, como las que tienen antecedentes personales de cáncer o una fuerte historia familiar de cáncer; cada vez más, como mutaciones genéticas y polimorfismos se encuentran asociados con cánceres específicos, los individuos de alto riesgo serán identificados a través de pruebas genéticas. El tipo, la periodicidad y el inicio del cribado en las poblaciones de alto riesgo para la mayoría de los cánceres reflejan el juicio de los profesionales en lugar de la evidencia de los estudios realizados científicamente. El juicio del médico es necesario en tales circunstancias para determinar la aplicación más adecuada de los métodos de detección disponibles. La prudencia sugiere una mayor vigilancia en las poblaciones de mayor riesgo. Como mínimo, esto significa que la persona de alto riesgo es identificada, es aconsejada adecuadamente y regularmente se somete a los procedimientos de cribado que han demostrado ser de beneficio para la población en general.

La detección busca el cáncer antes de que una persona tenga algún síntoma. Esto puede ayudar a encontrar el cáncer en una etapa temprana. Cuando el tejido anormal o el cáncer se encuentra temprano, puede ser más fácil de tratar. En el momento en que aparecen los síntomas, el cáncer puede haber comenzado a propagarse.

Por lo tanto, es importante que las pacientes tengan conocimientos suficientes acerca de la patología mamaria y su detección, sin embargo, son múltiples los factores que intervienen para que una paciente este bien informada como es la edad, el grado de escolaridad, el estado civil, etc.

La importancia de este estudio radica en analizar a las pacientes que acudieron a la Unidad de Medicina Familiar durante un determinado periodo de tiempo, ya que es un lugar donde se realizan tanto diagnósticos de enfermedades y su tratamiento por parte del médico, sin embargo; existe personal de salud que se encarga, además del médico, en la prevención de diversas patologías que son de impacto en nuestro país. Tanto médicos, enfermeras, trabajadoras sociales, se encargan de dar sesiones a los pacientes de manera general o particular en consultorio. Por lo tanto, es importante destacar que cada paciente que entra a una unidad, sale de ella con conocimientos acerca de alguna patología que corresponde a su grupo etario.

En nuestro estudio, de las pacientes que acudieron a nuestra Unidad y que respondieron la encuesta, la edad predominante fue de 30 a 39 años de edad en 29%, lo cual representa la edad que acude con mayor frecuencia a recibir atención médica, seguida de pacientes más jóvenes de 20 a 29 años de edad (27%), sin embargo, las pacientes de mayor edad (50-59 años de edad) son las que menos acuden.

El grado de escolaridad es un factor importante cuando se busca atención médica y se interpreta la información. En países en vías de desarrollo como México, lo mínimo indispensable tener estudios básicos como primaria (21%) y secundaria (39%), que fueron quienes están informadas de manera adecuada. En segundo lugar las pacientes con estudios no universitarios tipo técnicos (24%) y las mujeres con estudios universitarios (16%), son las que probablemente tienen mejores ingresos económicos, pero no es frecuente que acudan a recibir servicios de salud institucionales, sino privados, sin embargo son las personas que pueden tener mayor nivel de conocimientos sobre enfermedades y su tratamiento, además del interés de buscar formas de prevenir diversas patologías sobre todo las principales que afectan al género femenino.

La ocupación predominantemente encuestada fue amas de casa en 47%, lo que demuestra que a pesar de estar dedicada a las labores del hogar y llevar la carga de los hijos, se interesan por su salud. Es un alto porcentaje, ya que las mujeres que tienen una ocupación dependiente y las independientes son las que siguen en frecuencia. Las mujeres estudiantes son las que menos acuden a servicios de salud, probablemente por presentar menos edad, cuidar la familia y tener menos tiempo por tener que trasladarse a sus centros educativos.

El estado civil en los hogares mexicanos tiene mucha importancia, ya que las mujeres casadas (55%) son las que más acudieron a atención médica, a pesar de que en muchos hogares el machismo aun es una condición que limita que la mujer visite a un médico, sobre todo el esposo, pero aun así fue el grupo que más se interesó en su salud, ya que, en las áreas de medicina preventiva de las unidades de medicina familiar, es donde más se hace énfasis en la prevención. Las pacientes solteras ya sea por soltería o viudez, son quienes siguen en frecuencia, y las separadas fue el grupo que menos acudió.

En base al análisis de los resultados del nivel de conocimientos sobre los factores de riesgo y prevención de cáncer de mama, el 61% de las pacientes presentó un buen nivel de conocimientos, lo que representa que más de la mitad de las pacientes ha participado de una manera u otra en informarse acerca de la patología que nos interesa, afortunadamente, el 38% que representa más de una tercera parte tiene un nivel regular de conocimientos. Y solo el 1% de las pacientes demostró tener un nulo conocimiento, lo que la coloca en riesgo de no prevenir y desarrollar cáncer de mama si reúne los factores predisponentes necesarios.

La edad es un factor importante, las pacientes de 30 a 39 años de edad presentaron mejor nivel de conocimiento y fue disminuyendo respecto al incremento de la edad, sin embargo, el 1% de bajos conocimientos fue presentado en pacientes con edad de 40 a 49 años de edad, lo cual demuestra que en los últimos años si hubo impacto por los programas gubernamentales. Contrariamente a lo que se pudiera pensar, las pacientes con estudios universitarios presentaron el tercer lugar (12%) respecto al buen nivel de conocimiento, el primer lugar fue ocupado por mujeres con estudios de secundaria (21%) seguido de estudios no universitarios (19%), posiblemente porque fue menos la cantidad de pacientes con estudios universitarios que se estudiaron.

Además, las amas de casa presentaron mejor nivel de conocimientos (23%), sin embargo, el 1% presentó el peor nivel de conocimientos. Esto refleja que las pacientes amas de casa pueden disponer de mayor tiempo para acudir a unidades de Medicina Familiar donde se realizan detecciones y se otorga información y sesiones, posteriormente fue seguido de personas que trabajan.

En cuanto al estado civil, las pacientes casadas fueron las mejor informadas, seguido de solteras, unión libre y separadas, lo que refleja el interés de las mujeres casadas respecto a la salud, ahora vemos que las mujeres solteras se interesan más en estos temas de salud, ya que muchas de ellas ejercen su sexualidad y buscan la mejor forma de mantenerse saludables.

Por lo tanto, la relación entre el nivel de conocimientos con el nivel escolaridad y la ocupación es estadísticamente significativo, lo cual nos demuestra que es importante educar a nuestra población.

Nuestro estudio demuestra la importancia de las estrategias actuales de impacto sobre la mujer en lo que respecta a la prevención de un cáncer que es la primera causa de muerte de la mujer en nuestro país, sin embargo; sabemos que necesitamos ampliar este tipo de estudios sobre un mayor número de población femenina.

Por lo tanto, es necesario implementar nuevas estrategias que mejoren el impacto y llamen la atención de las mujeres, ya sea en medios masivos de comunicación donde se emitan spots de manera permanente sobre cómo prevenir enfermedades por medio de carteles y trípticos informativos, y reforzar las estrategias prevenimss implementadas actualmente, con capacitación continua al personal de salud e involucrarlos directamente en programas dirigidos al derechohabiente.

3.3. CONCLUSIONES

El mayor porcentaje de pacientes femeninos que acudieron a consulta es de 30 a 39 años de edad (29%).

Encontramos que el grado de escolaridad predominante fue de nivel secundaria en 39%.

La ocupación ama de casa con mayor frecuencia fue de 47%.

El estado civil casado alcanzó más de la mitad del porcentaje de las pacientes en 55%.

El nivel de conocimientos obtenido sobre los factores de riesgo y prevención de cáncer de mama que prevaleció fue un buen nivel de conocimientos en 61% de las pacientes.

Se encontró una relación estadísticamente significativa entre el nivel de conocimientos con el nivel de escolaridad y la ocupación, por lo que es importante implementar estrategias gubernamentales que incrementen el nivel de escolaridad de la población.

BIBLIOGRAFÍA

- 1.- González M, J, González B, J, González B, E. Ginecología. Enfermedades de la mama. España: Elsevier Masson; 2003. Capítulo 31. Pag. 649-650
- 2.- Schorge, J, et al. Williams Ginecología. Mastopatías. México: McGrawHill; 2008. Capítulo 12. Pag. 269-270
- 3.- Guyton, A, Hall, J. Tratado de Fisiología Médica. Embarazo y lactancia. 11º Ed. España: Elsevier Saunders; 2006. Capítulo 82. Pag. 1038-1039
- 4.- Beutler, E, William J. Hematología de Williams. Madrid: Marban; 2008
- 5.- Stanley, R. Patología estructural y funcional. 7º Ed. España: Elsevier; 2009
- 6.- Estadísticas a propósito del día internacional contra el cáncer de mama. Instituto Nacional de Estadística y Geografía [en línea]. 2013. [fecha de acceso 17 de septiembre 2016]. URL disponible en: <http://www.inegi.org.mx/inegi/contenidos/espanol/prensa/Contenidos/estadisticas/2013/mama0.pdf>
- 7.- Norma Oficial Mexicana NOM-041-SSA2-2011. Para la prevención, diagnóstico, tratamiento, control y vigilancia epidemiológica del cáncer de mama. 7.3 Detección. DOF. Secretaría de Salud. [en línea]. 2011. [fecha de acceso 17 de septiembre 2016] URL disponible en: http://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5194157&fecha=09/06/2011
- 8.- Radvin P. Cáncer mamario. Oncología Clínica. México: Manual Moderno; 1997. Pag. 175-83
- 9.- Prevención y detección temprana del cáncer de seno. Smith RA, Saslow D, Sawyer KA, et al. American Cancer Society guidelines for breast cancer screening: Update 2014. CA Cancer J Clin. 2003;53:141-169. Accessed at <http://www.cancer.org/Cancer/BreastCancer/DetailedGuide/index> [fecha de acceso 17 de septiembre 2016]
- 10.- López-Carrillo L, Torres-Sánchez L, Blanco-Muñoz J, Hernández-Ramírez RU, Knaul FM. Utilización correcta de las técnicas de detección de cáncer de mama en mujeres mexicanas. Salud Publica Mex 2014;56:538-546
- 11.- Gálvez E, M. Relación entre el conocimiento del autoexamen de mama y la prevención del cáncer de mama. MEDICIEGO 2013;19(2)

- 12.- Curso Virtual. "Detección temprana y manejo integral del Cáncer de Mama" [en línea]. México: Instituto Nacional de Salud Pública y el Instituto Mexicano del Seguro Social; 2014. [fecha de acceso 19 de septiembre del 2016]. URL disponible en: <http://tie.inspvirtual.mx/portales/camaimss/>
- 13.- Norma Oficial Mexicana NOM-229-SSA1-2002. Salud ambiental. Requisitos técnicos para las instalaciones, responsabilidades sanitarias, especificaciones técnicas para los equipos y protección radiológica en establecimientos de diagnóstico médico con rayos X
- 14.- Mamogramas y otros estudios de imagenología de los senos. [base de datos en línea]. EUA: American Cancer Society; 2014. [fecha de acceso 19 de septiembre 2016]. URL disponible en: www.cancer.org
- 15.- Guía de Práctica Clínica Diagnóstico y Tratamiento del Cáncer de Mama en Segundo y Tercer nivel de Atención, México; Secretaría de Salud, 2009
- 16.- Consenso. Tercera revisión del Consenso Nacional sobre Diagnóstico y Tratamiento del Cáncer Mamario (Tercera de tres partes). Ginecol Obstet Mex 2010;78(3):199-212
- 17.- 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 Publica Mex 2011;53:385-393
- 18.- Jara-Rojas A, Peña-Romero S. Tesis "Nivel de conocimientos sobre factores de riesgo y prevención del cáncer de mama en usuarias de 19 a 49 años del Centro de Salud San Sebastián; enero –febrero 2011"
- 19.- Secretaría de Salud, Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva, Programa Cáncer de la Mujer, Manual de Exploración Clínica de las Mamas, D.F. SS-CNEGySR, 2007.
20. - Agudelo B, M. Sociodemographic determinants of access to breast cancer screening in Mexico: A review of national surveys. Salud Colectiva (Buenos Aires). 2013; 9 (1): 79-80

ANEXOS

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL				
DETERMINAR EL CONOCIMIENTO SOBRE LOS FACTORES DE RIESGO Y LA AUTOEXPLORACION MAMARIA EN PACIENTES FEMENINAS DE 20 A 59 AÑOS DE EDAD EN LA POBLACION DERECHOHABIENTE DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO. 226				
NOMBRE INVESTIGADOR: M. C. RAFAEL MARTINEZ LEON				
PROGRAMADO		ACTIVIDAD A DESARROLLAR	REAL	
2016-2017			2016-2017	
1ER. SEMESTRE	2DO. SEMESTRE		1ER. SEMESTRE	2DO. SEMESTRE
		Planteamiento del problema		
		Revisión y análisis de bibliografía		
		Selección Director de Tesis		
		Justificación		
		Formulación de objetivos		
		Material y métodos		
		Resumen del proyecto		
		Presentación del protocolo al CLIS		
		Elaboración de correcciones sugeridas por CLIS		
		Presentación de correcciones al CLIS		
		Recolección de datos		
		Codificación de los datos		
		Análisis estadístico de los datos		
		Elaboración de cuadros y graficas de los datos		
		Redacción de resultados		
		Redacción de Discusión conclusiones		
		Informe Final al CLI		
		Difusión de los resultados		
		Redacción del escrito científico		
		Publicación de los resultados		
ELABORO:		M.C. RAFAEL MARTINEZ LEON		

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN
Y POLITICAS DE SALUD
COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD
CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN

Nombre del estudio: DETERMINAR EL CONOCIMIENTO SOBRE LOS FACTORES DE RIESGO Y LA AUTOEXPLORACION MAMARIA EN PACIENTES FEMENINAS DE 20 A 59 AÑOS DE EDAD EN LA POBLACION DERECHOHABIENTE DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO. 226

Patrocinador externo (si aplica): _____

Lugar y fecha: Ixtlahuaca de Rayón, Estado de México. Unidad de Medicina Familiar 249.

Número de registro: _____

Justificación y objetivo del estudio: Determinar Cual es el Conocimiento de la Autoexploración Mamaria en Pacientes Femeninas de 20 a 59 Años de Edad en la Población Derechohabiente de la U.M.F. No. 226

Procedimientos: _____

Posibles riesgos y molestias: NINGUNO

Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio: Valorar Cual es el Conocimiento de la Autoexploración Mamaria en Pacientes Femeninas de 20 a 59 Años de Edad

Información sobre resultados y alternativas de tratamiento: NO APLICA

Participación o retiro: DECISIÓN DEL PACIENTE

Privacidad y confidencialidad: COMPLETAMENTE

En caso de colección de material biológico (si aplica):

<input type="checkbox"/>	No autoriza que se tome la muestra.
<input type="checkbox"/>	Si autorizo que se tome la muestra solo para este estudio.
<input type="checkbox"/>	Si autorizo que se tome la muestra para este estudio y estudios futuros.

Disponibilidad de tratamiento médico en derechohabientes (si aplica): NO APLICA. ES OBSERVACIONAL

Beneficios al término del estudio: _____

En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con el estudio podrá dirigirse a:

Investigador Responsable: RAFAEL MARTINEZ LEON

Colaboradores: _____

En caso de dudas o aclaraciones sobre sus derechos como participante podrá dirigirse a: Ixtlahuaca De Rayón, Estado de México.
Teléfono 01 (712) 2 83 00 36 correo electrónico: snowball_9791@hotmail.com

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

Este formato constituye una guía que deberá completarse de acuerdo con las características propias de cada protocolo de investigación, sin omitir información relevante del estudio

Clave: 2810-009-013

ENCUESTA

La presente encuesta pretende valorar cual es el nivel de conocimiento de factores de riesgo y autoexamen mamario, en las mujeres derechohabientes de la UMF 226. Su participación será voluntaria y su información será utilizada solamente para fines de investigación. Muchas gracias por su colaboración.

NIVEL DE CONOCIMIENTOS SOBRE FACTORES DE RIESGO Y AUTOEXPLORACION DE CÁNCER DE MAMA EN USUARIAS DE 20 A 59 AÑOS DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR N° 226; Enero - Diciembre 2016

Buenos días (tardes):

La presente encuesta tiene por finalidad académica recabar información acerca de los conocimientos sobre la prevención del cáncer de mama. Agradecemos anticipadamente la veracidad de sus respuestas, las cuales serán confidenciales y anónimas. Muchas gracias por su colaboración.

INSTRUCCIONES:

Lea atentamente las preguntas que a continuación se le formulan y responda con sinceridad.

DATOS PERSONALES

1. Edad: ()

2. Grado de estudios:

- a) Primaria
- b) Secundaria
- c) Superior No universitario
- d) Superior Universitario

3. Ocupación:

- a) Ama de Casa
- b) Estudiante
- c) Trabajadora independiente
- d) Trabajadora dependiente

4. Estado civil:

- a) Soltera
- b) Casada
- c) Unión libre
- d) Separada

CONOCIMIENTOS SOBRE FACTORES DE RIESGO Y PREVENCIÓN DE CÁNCER DE MAMA

5. ¿Qué conoce sobre el cáncer de mama? Responda al enunciado correcto Si y al incorrecto No según crea Ud. conveniente marcando con un (X) luego de cada enunciado.

ENUNCIADO	SI	NO
El cáncer de mama es la presencia de tumores malignos en la mama		
El cáncer de mama afecta solo a mujeres		
Una mujer gestante puede sufrir de cáncer de mama		
Los tumores malignos de mama puede invadir otros órganos		
Los tumores benignos son característicos de cáncer de mama		
El cáncer de mama es curable si se detecta tempranamente		

6. ¿Cuáles son los signos y síntomas que Usted conoce acerca del cáncer de mama? Coloque un aspa (X) en los recuadros según crea Ud. conveniente:

ENUNCIADO	SI	NO
Piel hundida de la mama o pezón		
Diferencias de tamaño y forma de ambas mamas		
Enrojecimiento y endurecimiento de la mama		
Mamas y pezón con heridas		
Secreción de sangre o pus por el pezón		
Presencia de tumores (bultos) en la mama, axila y/o alrededor del cuello		

7. ¿Cuál de las siguientes situaciones aumenta el riesgo de cáncer de mama? Responda con un aspa (X) al enunciado correcto Si y al incorrecto No según crea Ud. conveniente:

ENUNCIADO	SI	NO
Tener familiares por parte de madre que han sufrido cáncer de mama		
Beber alcohol y/o fumar de forma habitual		
Ser obesas y realizar poca actividad física		
Tener muchos hijos		
Presentar la primera menstruación antes de los 12 años de edad		
Ser mujer menor de 30 años		
Ser de raza blanca		
Usar hormonas frecuentemente		

8. Con respecto a las técnicas de detección del cáncer de mama coloque un aspa (X) en los recuadros según crea Ud. conveniente:

ENUNCIADO	SI	NO
El autoexamen de mamas es el examen realizado por la misma mujer		
La ecografía es útil para el estudio de las mamas en mujeres menores de 35 años		
El autoexamen de mamas se realiza mensualmente a partir de la aparición de la primera menstruación		
La mamografía debe realizarse anualmente en toda mujer mayor de 40 años		
El autoexamen de mamas puede realizarse en cualquier momento que la mujer lo desee		
La mujer mayor de 30 años, debe acudir al ginecólogo para su examen de mamas de manera anual		
La tomografía es un método para detectar el cáncer de mama		
Las mujeres que usan hormonas deben realizarse mamografía		

9. ¿Conoce cómo se realiza el autoexamen de mamas? Existen ciertos pasos a seguir. De acuerdo a estos coloque un aspa en los recuadros según corresponda:

ENUNCIADO	SI	NO
Observar frente al espejo las características de la mama y el pezón		
Las mamas se pueden observar con los brazos caídos, manos en la cintura o detrás de la cabeza		
Palpar las mamas con las yemas de sus dedos en forma circular, para buscar la presencia de bultos		
Examinar y palpar las mamas por encima de la ropa interior		
Colocar un brazo detrás de la nuca y con el otro revisar la mama opuesta, axila y luego el cuello		
Presionar el pezón para comprobar si sale alguna secreción		

MUCHAS GRACIAS