

UNIVERSIDAD MESOAMERICANA
FACULTAD DE MEDICINA
LICENCIATURA EN MEDICINA Y CIRUGÍA



AUTOEXAMEN DE MAMA

NIVEL DE CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRÁCTICAS SOBRE EL AUTOEXAMEN DE MAMA EN PACIENTES MUJERES DE 20 A 35 AÑOS QUE ACUDEN A CONSULTA EXTERNA DE GINECOLOGIA DEL CENTRO DE SALUD "DR. J. GUILLERMO SANTAMARINA", COATEPEQUE, QUETZALTENANGO EN EL PERIODO DE MARZO A ABRIL DEL 2021.

KARLA ROXANA SEPÚLVEDA MALDONADO

200616005

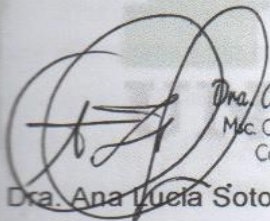
SE479

UNIVERSIDAD
MESOAMERICANA

UNIVERSIDAD MESOAMERICANA RESUMEN
FACULTAD DE MEDICINA
LICENCIATURA EN MEDICINA Y CIRUGÍA

AUTOEXAMEN DE MAMA

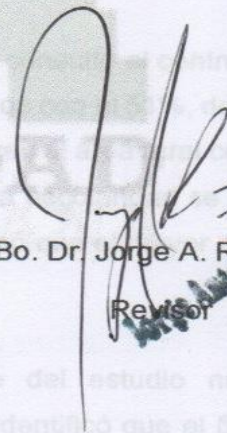
NIVEL DE CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRÁCTICAS SOBRE EL AUTOEXAMEN DE MAMA EN PACIENTES MUJERES DE 20 A 35 AÑOS QUE ACUDEN A CONSULTA EXTERNA DE GINECOLOGIA DEL CENTRO DE SALUD "DR. J. GUILLERMO SANTAMARINA", COATEPEQUE, QUETZALTENANGO EN EL PERIODO DE MARZO A ABRIL DEL 2021.



Dra. Ana Lucía Soto Fuentes
Méd. Ginecología y Obstetricia
Colegiado No. 17,013

Vo. Bo. Dra. Ana Lucía Soto

Asesora



Vo. Bo. Dr. Jorge A. Ramos

Revisor

Dr. Jorge A. Ramos Sepúlveda
PEDIATRA
Col. No. 11 497

KARLA ROXANA SEPÚLVEDA MALDONADO

200616005

Quetzaltenango, mayo 2022

RESUMEN

Autoexamen de mama

Introducción: El autoexamen de mama, es una técnica de detección del cáncer mamario basada en la observación y palpación que hace la mujer en sus propias mamas, el cual se fundamenta Enel hecho de que en un alto porcentaje son las mujeres quienes detectan los nódulos que indican una alteración mamaria; teniendo como propósito detectar el mayor número de mujeres con afecciones mamarias en estadios iniciales, lo que permite tratamientos menos invasivos, eleva los índices de supervivencia y mejora la calidad de vida de la mujer afectada.

Objetivo General: Determinar el nivel de conocimientos, actitudes y prácticas sobre el autoexamen de mama en pacientes mujeres de 20 a 35 años de edad, en el servicio de consulta externa de Centro de Salud “Dr. J. Guillermo Santamarina” en el periodo de marzo a abril del 2021.

Metodología: Se realizó un estudio prospectivo, descriptivo, cuantitativo de corte transversal tipo CAP en 379 mujeres.

Resultado: Se identificó que el mayor número de mujeres que consulto al centro de salud incluidas en el estudio esta entre el rango de edad de 28 a 31 años con el 51%, desconocen sobre el autoexamen de mama y la mayor procedencia pertenecen al área rural con el 64%. Al igual se determinó que el 81.79% son de unión libre y que la escolaridad se encuentra en el nivel básico con 61.48%, y la profesión u oficio se identificó que el mayor número de casos de ocupación; ama de casa con el 73%.

Conclusiones: La mayoría de mujeres que fueron parte del estudio no poseen conocimientos sobre el autoexamen de mama puesto que se identificó que el 52.77% de las pacientes encuestadas tienen un conocimiento malo y únicamente el 3.27% es bueno. No tienen buenas actitudes en relación sobre el autoexamen de mama puesto que el 69.66% presenta una actitud negativa. Las mujeres no practican el autoexamen de mama representado por un 94.5% y la minoría que lo práctica lo realiza de manera inadecuada ya sea por la falta de conocimiento o la información para realizarlo.

AUTORIDADES UNIVERSIDAD MESOAMERICANA

CONSEJO DIRECTIVO

Mgtr. Félix Javier Serrano Ursúa	Rector
Mgtr. Ana Cristina Estrada Quintero	Vicerrectora
Mgtr. Ileana Carolina Aguilar Morales	Tesorero
Mgtr. Blanca Nelly Galindo de Schoenbeck	Secretaria
Mgtr. Juan Gabriel Romero López	Vocal I
Mgtr. José Raúl Vielman Deyet	Vocal II
Mgtr. Luis Roberto Villalobos Quesada	Vocal III

CONSEJO SUPERVISOR

Mgtr. Félix Javier Serrano Ursúa	Rector
Mgtr. José Raúl Vielman Deyet	Director General
Mgtr. Miriam Verónica Maldonado Reyes	Directora Académica
Mgtr. Ileana Carolina Aguilar Morales	Directora Financiera
Mgtr. Carlos Mauricio García Arango	Decano Facultad de Arquitectura
Mgtr. Juan Estuardo Deyet	Director del Departamento de Redes y Programas
Mgtr. Alejandra de Ovalle	Consejo Supervisor

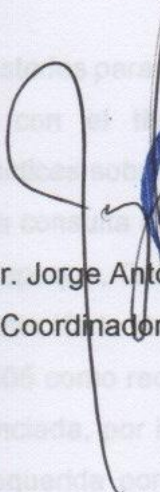

AUTORIDADES DE LA FACULTAD DE MEDICINA

Mgtr. Juan Carlos Moir Rodas	-Decano Facultad de Medicina
Mgtr. Jorge Antonio Ramos Zepeda	Coordinador Área Hospitalaria



El trabajo de investigación con el título: "AUTOEXAMEN DE MAMA", Nivel de conocimientos, actitudes y prácticas sobre el autoexamen de mama en pacientes mujeres de 20 a 35 años que acuden a consulta externa de ginecología del centro de salud "Dr. J. Guillermo Santamarina", Coatepeque, Quetzaltenango en el periodo de marzo a abril del 2021, presentado por la estudiante Karla Roxana Sepúlveda Maldonado que se identifica con el camé número 200616005, fue aprobado por el Comité de tesis de la Facultad de Medicina de la Universidad Mesoamericana, como requisito previo para obtener el Título de Médica y Cirujana, en el grado de Licenciada.

Quetzaltenango, mayo 2022

Vo.Bo.



Dr. Jorge Antonio Ramos Zepeda
Coordinador Área Hospitalaria

Vo. Bo.



Dr. Juan Carlos Mori Redas
Decano
Facultad de Medicina

Dr. Ana Lucía Soto Fuentes
Méd. Ginecología y Obstetricia
Cargada No. 17214

Méd. Ginecología y Obstetricia *Dr. Ana Lucía Soto Fuentes*
Asesora del Trabajo de Investigación

Quetzaltenango, mayo 2022

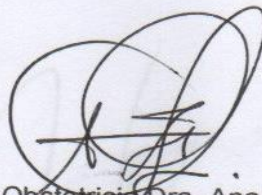
Dr. Juan Carlos Moir Rodas, Decano.
Dr. Jorge Antonio Ramos Zepeda, Coordinador Hospitalario
Facultad de Medicina
Universidad Mesoamericana
Ciudad.

Respetables doctores:

De manera atenta me dirijo a ustedes para hacer de su conocimiento que asesoré el trabajo de investigación designado con el título "AUTOEXAMEN DE MAMA", Nivel de conocimientos, actitudes y prácticas sobre el autoexamen de mama en pacientes mujeres de 20 a 35 años que acuden a consulta externa de ginecología del centro de salud "Dr. J. Guillermo Santamarina", Coatepeque, Quetzaltenango en el periodo de marzo a abril del 2021, realizado por la estudiante Karla Roxana Sepúlveda Maldonado quien se identifica con el carné número 200616005 como requisito previo para obtener el Título de Médica y Cirujana, en el grado de Licenciada, por lo que considero que el mismo reúne la calidad científica, teórica y técnica requerida por la Universidad Mesoamericana, y me permito emitir DICTAMEN FAVORABLE para que se le pueda dar el trámite correspondiente.

Sin otro particular

Atentamente



Dra. Ana Lucía Soto Fuentes
Msc. Ginecología y Obstetricia
Colegiado No. 17,013

Msc. Ginecología y Obstetricia Dra. Ana Lucía Soto Fuentes
Asesora del Trabajo de Investigación

Mgtr. Jorge Antonio Ramos Zepeda
Revisor del Trabajo de Investigación

Quetzaltenango, mayo 2022

Dr. Juan Carlos Moir Rodas, Decano.
Dr. Jorge Antonio Ramos Zepeda, Coordinador Hospitalario
Facultad de Medicina
Universidad Mesoamericana
Ciudad.

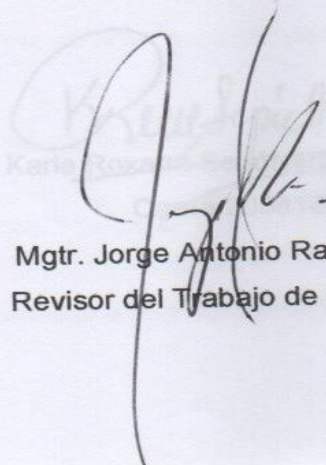
Respetables doctores:

De manera atenta me dirijo a ustedes para hacer de su conocimiento que revisé el trabajo de investigación designado con el título "AUTOEXAMEN DE MAMA", Nivel de conocimientos, actitudes y prácticas sobre el autoexamen de mama en pacientes mujeres de 20 a 35 años que acuden a consulta externa de ginecología del centro de salud "Dr. J. Guillermo Santamarina", Coatepeque, Quetzaltenango en el periodo de marzo a abril del 2021, realizado por la estudiante Karla Roxana Sepúlveda Maldonado quien se identifica con el carné número 200616005 como requisito previo para obtener el Título de Médica y Cirujana, en el grado de Licenciada, por lo que considero que el mismo reúne la calidad científica, teórica y técnica requerida por la Universidad Mesoamericana, y me permito emitir DICTAMEN FAVORABLE para que se le pueda dar el trámite correspondiente.

Sin otro particular

Sin otro particular

Atentamente


Mgtr. Jorge Antonio Ramos Zepeda
Revisor del Trabajo de Investigación

Jorge Antonio Ramos Zepeda
PEDIATRA
Céd. No. 11.497

DEDICATORIA

Quetzaltenango, mayo 2022

Dr. Juan Carlos Moir Rodas, Decano.

Dr. Jorge Antonio Ramos Zepeda, Coordinador Hospitalario

Facultad de Medicina

Universidad Mesoamericana

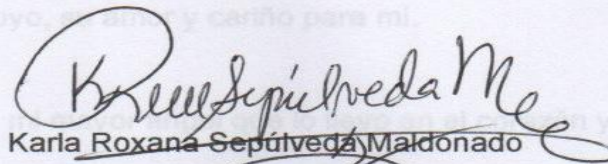
Ciudad.

Respetables doctores:

YO, Karla Roxana Sepúlveda Maldonado estudiante de la Facultad de Medicina de la Universidad Mesoamericana, me identifico con el carné número 200616005, de manera expresa y voluntaria manifiesto que soy la autora del trabajo de investigación denominado "AUTOEXAMEN DE MAMA", Nivel de conocimientos, actitudes y prácticas sobre el autoexamen de mama en pacientes mujeres de 20 a 35 años que acuden a consulta externa de ginecología del centro de salud "Dr. J. Guillermo Santamarina", Coatepeque, Quetzaltenango en el periodo de marzo a abril del 2021, el cual presento como requisito previo para obtener el Título de Médica y Cirujana, en el grado de Licenciada. En consecuencia, con lo anterior, asumo totalmente la responsabilidad por el contenido del mismo, sometiéndome a las leyes, normas y disposiciones vigentes.

Sin otro particular

Atentamente


Karla Roxana Sepúlveda Maldonado
Carné 200616005

INDICE

RESUMEN.....	i
AUTORIDADES DE LA UNIVERDAD MESOAMERICANA.....	ii
Carta a decano.....	iii
Carta de asesor.....	iv
Carta del revisor.....	v
Carta de autorización.....	vi
I. INTRODUCCIÓN.....	1
II. JUSTIFICACIÓN.....	2
III. MARCO TEÓRICO.....	4
A. Definiciones	4
B. Fisiología.....	7
C. Embriología.....	9
D. Histología.....	11
E. Patologías de la glándula mamaria	12
F. Condiciones inflamatorias y reactivas	13
G. Tratamiento.....	33
IV. OBJETIVOS	¡Error! Marcador no definido.
B. Objetivo general	¡Error! Marcador no definido.
C. Objetivos específicos:	¡Error! Marcador no definido.
V. HIPÓTESIS.....	¡Error! Marcador no definido.
A. Hi	¡Error! Marcador no definido.
B. Hn	¡Error! Marcador no definido.
VI. MÉTODOS, MATERIALES Y TÉCNICAS A EMPLEAR.....	49
A. Tipo de estudio.....	49
B. Universo.....	49
C. Población	49
D. Muestra	49
E. Criterios de inclusión y exclusión.....	49
i. Criterios de Inclusión:	49
ii. Criterios de Exclusión:	49
F. Variables	50
b. Proceso de investigación	54
c. Aspectos éticos	55
VII. RESULTADOS	56
VIII. ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS.....	76

A.	Conocimientos sobre Autoexamen de mama	76
B.	Actitudes sobre autoexamen de mama	78
C.	Práctica sobre autoexamen de mama	79
D.	Datos generales.....	80
IX.	CONCLUSIONES	81
X.	RECOMENDACIONES.....	83
XI.	BIBLIOGRAFIA.....	85



I. INTRODUCCIÓN

Actualmente el cáncer de mama es un problema de salud pública por su morbilidad y mortalidad, y se ha convertido en el segundo tipo de neoplasia más común en el mundo y el más frecuente entre las mujeres donde los países en vías de desarrollo son los que muestran mayor vulnerabilidad por lo que ha surgido la necesidad de métodos eficaces para la detección temprana, diagnóstico, estadiaje y evaluación respuesta al tratamiento.

El autoexamen de mama es una técnica de detección del cáncer mamario basada en la observación y palpación que hace la mujer en sus propias mamas, el cual se fundamenta en el hecho de que en un alto porcentaje son las mujeres quienes detectan los nódulos que indican una alteración mamaria; teniendo como propósito detectar el mayor número de mujeres con afecciones mamarias en estadios iniciales, lo que permite tratamientos menos invasivos, eleva los índices de supervivencia y mejora la calidad de vida de la mujer afectada. Otra de sus ventajas es que aparte de ser un método eficaz, sencillo e inocuo, no tiene un costo adicional; el cual debe realizarse periódicamente.

Se considera importante trabajar en la prevención del cáncer de mama ya que la mayoría de mujeres son diagnosticadas en fases avanzadas; se decidió realizar el estudio en el Centro de Salud Dr. J. Guillermo Santamarina de Coatepeque, Quetzaltenango a donde asisten gran número de mujeres del municipio y áreas vecinas, para conocer el nivel de conocimientos, actitudes y prácticas sobre el autoexamen de mama. Por ello se ejecutó esta tesis para ver la situación de la cultura de la prevención de esta enfermedad en usuarias del establecimiento y así mismo poder ejecutar una alterativa para apoyo en la difusión de la información sobre la utilidad del método de autoexploración, como beneficio confiable, seguro y económico.



II. JUSTIFICACIÓN

La aparición del cáncer de mama y su evolución va afectando el estado de salud de la mujer, comprometiendo incluso su vida. Si se toma en cuenta las medidas de autocuidado puede ser detenida a tiempo o en sus inicios, lo que favorecería la mejora de la calidad de vida; he aquí la importancia del autoexamen de mamas, ya que permitirá que la misma mujer se autoexplore, conozca su cuerpo y detecte cambios anormales.

Esta investigación se basa en el grado de conocimiento, actitudes y prácticas del autoexamen de mama, de este modo se puede generar cambios a nivel de salud pública que permitan mejorar cifras de incidencia, prevalencia y mortalidad por cáncer de mama. Tras la necesidad de buscar estrategias que brinden mejorar la calidad de vida para las personas, la medicina ha tomado como medida estratégica para detección temprana de alteraciones en la glándula mamaria la realización de autoexamen de mama ya que actualmente el cáncer de mama es una de las patologías de mayor incidencia de mortalidad femenina en todo el mundo, siendo en términos epidemiológicos, la neoplasia maligna que más se diagnostica es por esto que es de suma importancia dar a conocer a través de los sistemas de salud la información necesaria a la población sobre los síntomas y signos del cáncer de mama, así como los factores de riesgo y sobre todo los métodos de prevención que debe realizar toda mujer por su propio bienestar.

La práctica del autoexamen de mama es un procedimiento para detectar precozmente el cáncer de mama en estadios iniciales a fin de prevenir su aparición mediante la palpación e inspección de algún cambio en sus mamas, protuberancia o irregularidad, por ende, el pronóstico y supervivencia será mejor en estadios iniciales, ya que este tipo de examen no tiene ningún costo económico así como la facilidad de realizarlo y permite tratamientos menos invasivos y mejora la calidad de vida de la mujer afectada.

Teóricamente, el autoexamen de mama debe ser enseñado, concientizado y evaluado a todas las mujeres que acuden a consulta médica sin importar que el motivo de consulta no esté relacionado con una sintomatología de la glándula mamaria, ya que la importancia del autocuidado de mamas pone en riesgo la salud de las mujeres al no considerar esta exploración como una medida rutinaria y preventiva.



Al no realizarse una detección temprana se aumenta el riesgo de desarrollar las etapas más avanzadas del cáncer de mama, el cual se define como el tumor maligno más frecuente en mujeres en todo el mundo. En años recientes se observó un incremento paulatino en su frecuencia, sobre todo en países en vías de desarrollo, entre los cuales se incluye a Guatemala.

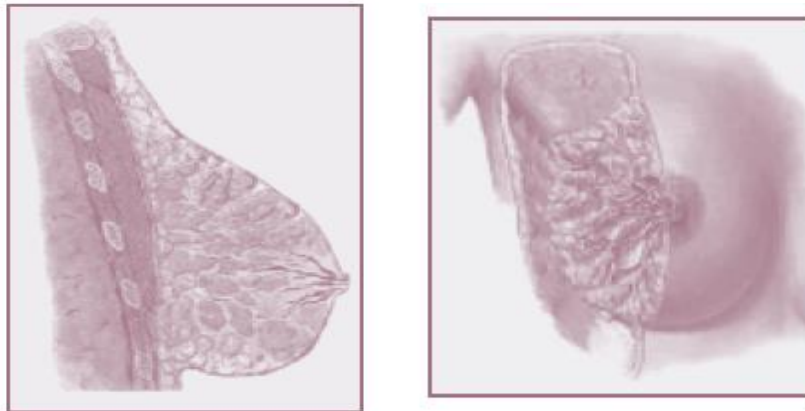
III. MARCO TEÓRICO

A. Definiciones

1. Mama
 - a) Anatomía:

La mama en reposo consta de entre seis y diez sistemas principales de conductos, cada uno de los cuales está dividido en lobulillos; las unidades funcionales del parénquima mamario.

Cada sistema ductal drena a través de una vía excretora independiente o seno lactífero. Las sucesivas ramificaciones de los conductos galactóforos en dirección distal terminan en los conductos terminales. Antes de la pubertad, el complejo sistema de conductos ramificados termina en fondos ciegos, pero al comienzo de la menarca, prolifera distalmente, formando unos treinta conductillos o ácinos revestidos de epitelio. Cada conducto terminal y su conductillo componen las unidades lobulillares ductales terminales Según (Gimenez, 2017)



Fuente: (Gimenez, 2017)

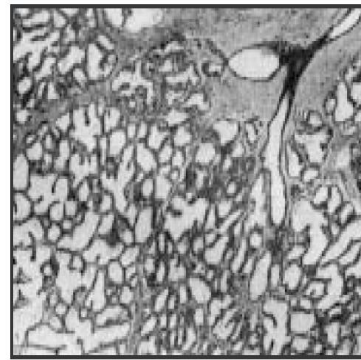
La areola, el pezón y las desembocaduras de los conductos galactóforos principales están revestidos de epitelio escamoso estratificado. El revestimiento de los conductos mamarios principales se convierte en un epitelio columnar pseudoestratificado y después en un epitelio cuboidal de dos capas. Por debajo del epitelio de revestimiento, más prominente,

puede verse una capa baja de células aplanadas (células mioepiteliales). Las células mioepiteliales contienen miofilamentos orientados paralelamente al eje largo del conducto. Siguiendo exactamente el contorno de los conductos y conductillos existe una membrana basal. Los lobulillos están incluidos en un estroma laxo, delicado, mixomatoso que contiene linfocitos dispersos (tejido conectivo intralobulillar), y cada uno de los lobulillos está incluido en un estroma interlobulillar más denso, colágeno y fibroso según (Gimenez, 2017)

Mujer adolescente

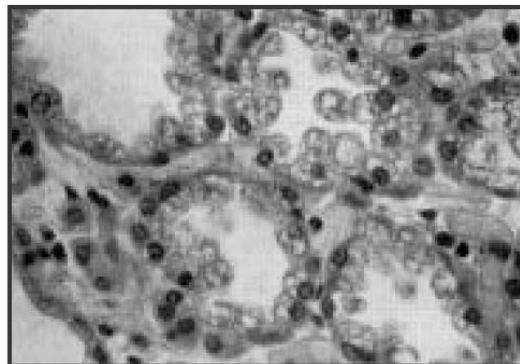


Mujer en lactancia



Fuente: (Gimenez, 2017)

Mujer en la post-menopausia



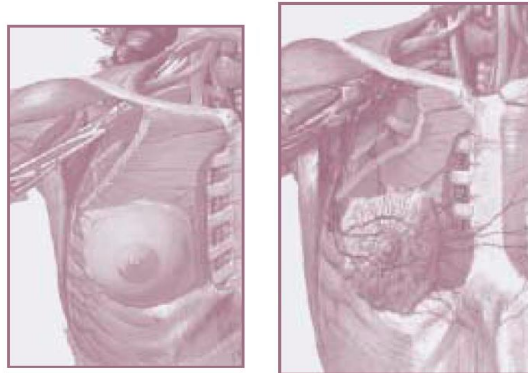
Fuente: (Gimenez, 2017)

(1) Relaciones anatómicas

La mama ocupa la región mamaria, situada en la parte lateral y superior de la pared anterior del tórax.

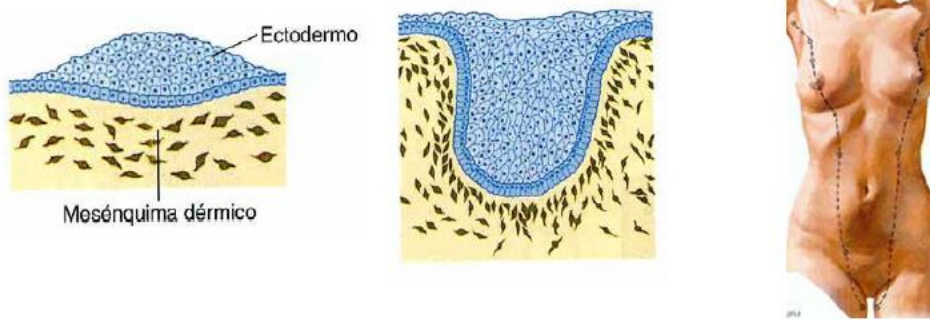
Se consideran en ella una cara posterior, una cara anterior y una circunferencia. La cara posterior, más o menos plana está en relación con el pectoral mayor, y el gran dentado por la fascia superficial y de tejido de consistencia variable. La cara anterior, convexa en toda su extensión y en la parte media presenta la areola y el pezón.

La mama se irriga por arterias procedentes de la mamaria interna, de las torácicas y de las intercostales. Las venas que nacen de las redes capilares forman también una red subcutánea que, al nivel de la areola, se disponen en forma circular y origina el círculo venoso de Haller. Los linfáticos tienen su origen en redes cutáneas, redes glandulares y en los linfáticos de los conductos galactóforos. Los nervios de la glándula mamaria proceden de los cinco intercostales correspondientes, del supraclavicular y del plexo cervical superficial. Se distribuyen por la piel y los músculos areolares, así como por los vasos sanguíneos y por la misma glándula.



Fuente: (Gimenez, 2017)

En la 5^a-6^a semana de gestación se forman las crestas mamarias.



Fuente: (Gimenez, 2017)

En neonatos (ambos sexos) la mama está formada por ductos epiteliales rodeados de tejido conectivo. En las niñas hay una segunda fase de desarrollo de la mama en la pubertad (8-13a).



Fuente: (Gimenez, 2017)

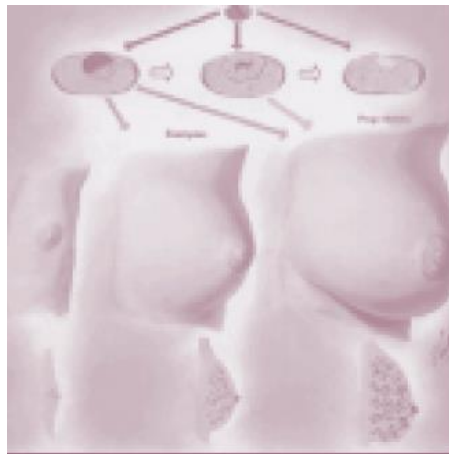
b) Mama adolescente

Durante la pubertad los ductos se alargan y ramifican y los alveolos terminales aumentan en número, dando lugar a la diferenciación lobulillar y al desarrollo de la unidad ducto lobulillar terminal.

B. Fisiología

1. Cambios durante el ciclo menstrual

En cada ciclo la mama se afecta al igual que el endometrio. Después de la menstruación el aumento progresivo de los estrógenos, las células ductales y ductulares comienzan a proliferar y continúan desarrollándose durante todo el ciclo menstrual. Durante la fase secretora del ciclo menstrual, bajo la influencia de la progesterona, aumenta la proliferación de la estructura de los conductos terminales y existe vacuolización y aumento de la actividad mitótica de las células epiteliales basales según (Mora & Ruelas , 2012)



Fuente: (Mora & Ruelas , 2012)

Las células del estroma proliferan y, además existe edema del estroma. Este efecto combinado del estrógeno y de la progesterona sobre los elementos intralobulillares de la mama es la causa de la sensación de tumefacción que se experimentan las mujeres en la fase premenstrual del ciclo. Cuando ocurre la menstruación, la caída de los niveles del estrógeno y progesterona va seguida de descamación de las células epiteliales, atrofia del tejido conectivo intralobulillar, desaparición del edema del estroma, y de una disminución generalizada del tamaño de los conductos y de los brotes glandulares según (Mora & Ruelas , 2012)



2. Embarazo y Lactancia

Solo al comienzo del embarazo la mama completa su maduración y su actividad funcional.

De cada brote glandular, surgen numerosas glándulas secretoras verdaderas formando como racimos de uvas; como consecuencia, existe una reversión de la relación estroma-glándula habitual, de forma que, al final de la gestación, la mama está casi totalmente compuesta por glándulas separadas por una cantidad relativamente escasa de estroma. Las glándulas secretoras están revestidas de células cuboidales, y en el tercer trimestre se encuentran en el interior de las células vacuolas secretoras de material lipídico e inmediatamente después del nacimiento comienza la secreción de leche. Después de la lactación, las glándulas regresan y se atrofian de nuevo, los conductos se achican y el tamaño total de la mama disminuye según (Mora & Ruelas , 2012).

3. Cambios durante el climaterio

Durante esta etapa la mama sufre de manera progresiva, muchas veces asintomática, la carencia de la actividad hormonal.

Los lobulillos pueden llegar a desaparecer en mujeres muy ancianas, dejando solo conductos para formar un patrón similar a la del hombre.

C. Embriología

Durante el desarrollo intrauterino la primera manifestación de las glándulas mamarias se presenta en forma de un engrosamiento a manera de banda en la epidermis, la línea mamaria o pliegue mamario.

En el embrión de siete semanas, esta línea se extiende a ambos lados del cuerpo, desde la base de la extremidad superior hasta la región de la extremidad inferior. Aun cuando la parte principal de la línea mamaria desaparece poco después de formarse, persiste un pequeño segmento en la región torácica y se introduce en la mesénquima subyacente. En este sitio forma 16 a 24 brotes, los cuales a su vez



con miofilamentos que se disponen como una malla sobre la membrana basal y las células epiteliales luminales que se superponen a las células mioepiteliales según (Fernandez & Ugalde , 2012)

Se postula que una célula madre comprometida en el conducto terminal puede dar lugar a las células tanto luminales como mioepiteliales.

Los tejidos mamarios están unidos a la piel que los recubre y al tejido subcutáneo mediante bandas fibrosas o aponeuróticas llamadas ligamentos de Cooper, que sostienen a la mama en posición erecta sobre la pared torácica.5 Esta se extiende justo por debajo de la segunda costilla por la parte inferior hasta la sexta o séptima costilla. La protuberancia de la mama está situada entre el borde esternal externo y el pliegue axilar anterior. El espacio retromamario separa la mama de la fascia profunda del músculo pectoral mayor y proporciona cierto grado de movimiento sobre las estructuras subyacentes según (Fernandez & Ugalde , 2012)

La mama es una glándula sudorípara modificada según Gago:

- Durante la 4ª semana de vida embrionaria aparecen 8-10 pares nódulos, en las líneas mamarias, desde la axila a la parte superior del muslo.
- Hacia la 10ª semana. Persiste solo un par de los nódulos.
- La formación del pezón tiene lugar al final del periodo fetal.
- La epidermis se deprime y forma una fóvea mamaria por encima de la convergencia de los conductos lactíferos.
- Después del nacimiento, aparece una discreta elevación debido a la proliferación del tejido conjuntivo circundante de la areola.

D. Histología

La unidad morfo-funcional de la mama es una glándula simple, constituida por una estructura ramificada compleja que se puede dividir en dos grandes partes según Gago:

- Unidad lobulillar ductal terminal (TDLU)



- Un sistema de grandes conductos.

La mama desarrollada según (Fernandez & Ugalde , 2012):

- La TDLU está formada por el lobulillo y el conducto terminal y representa la porción secretora de la glándula.
- Los conductos intralobulillares terminales acaban en los ductulos o acini; y están conectados con un conducto subsegmentario.
- El conducto subsegmentario se continúan con los conductos segmentarios y los conductos colectores.
- Una dilatación fusiforme localizada debajo del pezón entre el conducto colector y segmentario se conoce con el nombre de seno lactífero.
- El sistema ductal y lobulillar se encuentra revestido por dos hileras de células.
- La capa interna, es simple y cuando hablamos del epitelio mamario nos referimos a ella, tiene funciones de secreción y absorción.
- La segunda capa o externa se denomina de células mioepiteliales.
- La TDLU tiene una arquitectura característica y se encuentra rodeada por un conectivo intralobulillar o perilobulillar mixoide y sin fibras elásticas.
- El estroma conectivo que se encuentra entre los lobulillos se denomina interlobulillar, es más denso e hipocelular y, a partir de los 18 años, se transforma progresivamente en tejido adiposo.

E. Patologías de la glándula mamaria

1. Aplasia e hipoplasia

Esta entidad frecuentemente asociada a sobredesarrollo del lado contralateral. Puede aparecer en forma adquirida atribuible a radiación por un tumor intratorácico o en la pared de éste en la pubertad. La hipoplasia debe distinguirse de la amastia uní o bilateral. La amastia es probablemente la manifestación de una displasia congénita ectodérmica. La hipoplasia también se asocia a otras anomalías por



ejemplo del riñón. En ocasiones también se asocia a displasia del pezón lo que da por resultado en un rudimentario, invertido o una dupla de pezones.

2. Macrosmática

Puede ser el resultado de un crecimiento de una lesión intrínseca ya sea un carcinoma o en los jóvenes de un fibroadenoma juvenil o múltiples fibroadenomas; esto sucede generalmente en una sola de las mamas en contraste con lo que ocurre en el embarazo o en algunas adolescentes (virginal) que en ambos casos se podría considerar fisiológico.

3. Macrosmática de la pubertad

Mientras que el desarrollo de la mama lleva varios años, en ocasiones crece rápidamente y en forma masiva provocando el achatamiento de los pezones; esto no cede espontáneamente y requiere cirugía.

Microscópicamente el rasgo característico es la abundancia de tejido conectivo separando los conductos mamarios, este tejido puede ser hialinizado o escasamente ordenado al igual que el tejido adiposo. El epitelio ductal puede ser hiperplásico, aunque esto frecuentemente es solo focal. Los lóbulos son pobremente desarrollados y en ocasiones no evidentes resultando en una simulación microscópica de ginecomastia.

4. Macromastia del embarazo

Es extremadamente raro, generalmente se asocia a mamas que anteriormente ya habían tenido algún rasgo de crecimiento rápido, pudiendo llegar a ser macroscópicamente eritematosa, edematosa, dolorosa y la piel puede llegar a ulcerarse. La involución en el postparto en ocasiones no es suficiente por lo que requerirá cirugía. Microscópicamente los hallazgos son menos dramáticos que los hallazgos clínicos. El crecimiento lobular atribuible al embarazo está presente como el tejido conectivo abundante periductal, y éste puede estar hialinizado, desordenado y edematoso.



F. Condiciones inflamatorias y reactivas

a) Necrosis grasa

Reviste importancia dado que puede simular un carcinoma por clínica y por mastografía. Puede ser secundaria a un trauma, pero más comúnmente se debe a una intervención quirúrgica o a radioterapia.

La lesión contiene histiocitos con citoplasma espumoso, y ocasionalmente células gigantes multinucleadas. Está presente un infiltrado de células inflamatorias crónico incluyendo linfocitos, células plasmáticas y eosinófilos. Como el proceso evoluciona la lesión llega a rodearse por una fibrosis densa que progresara a encapsular el área anormal

b) Necrosis hemorrágica con coagulopatía

Esta lesión puede ocurrir en forma súbita posterior a la administración de derivados de la warfarina. Generalmente a pocos días de iniciado el tratamiento las pacientes presentan dolor y edema de la mama seguido por hemorragia dentro de la piel y necrosis en el tejido subyacente. Esto generalmente sucede a pacientes con deficiencia de proteína C.

c) Lesiones asociadas con aumento de mama

Los agentes más utilizados son el shellac, putty glazier, spun, glass, resina epoxica, beeswax y shredded silk. La cera de parafina usada para este propósito ha dado como resultado oleogranulomas. El líquido dimetilpolisiloxano al cual se ha añadido ácidos grasos o vegetales ha inducido fibrosis y formación de granulomas resultando en masas duras dolorosas en la mama, por lo que la inyección de silicón ha venido en desuso. Microscópicamente se observan formas redondas, dobles refractantes en espacios rodeados por histiocitos. Frecuentemente pigmentos granulares y cristales son lo que se ven fagocitados y refractantes. Cuando se usan bolsas de contenido de líquido o gel de silicón, alrededor se forma una envoltura fibrosa llamada cápsula.



Los implantes de poliuretano pueden sufrir fibrosis en el tejido adyacente, el material de los cristales dobles refractantes con células gigantes multinucleadas de tipo cuerpo extraño tienen una forma triangular en contraste con la forma redonda u ovalada de la apariencia del silicón

d) Lesiones inflamatorias en el embarazo y la lactancia

Ocurre en un 5 % de todas las mujeres y se presenta más frecuentemente entre la segunda y tercera semana de lactación. Generalmente por la acumulación de leche facilita el crecimiento de bacterias como el estafilococo. En muchas ocasiones esto provoca un absceso que generalmente cede con la administración de antibióticos. La fibrosis y la reacción inflamatoria asociada a un absceso crónico resultan en distorsión de los conductos adyacentes y puede producir una masa que puede simular una neoplasia.

(1) Malformaciones según Alcaraz 2015:

Las malformaciones pueden residir a niveles diversos: conductos galactóforos, esfínteres, pezón, etc. Estas malformaciones pueden ser causa de presentación de mamitis en el ordeño, aunque esto no está totalmente demostrado. Pueden presentarse las siguientes:

(a) Politelia: es el aumento del número de pezones, que pueden localizarse en diversos sitios. También se denomina pezones supernumerarios. Puede ir o no acompañada de polimastia.

(b) Polimastia: es el aumento del número de glándulas mamarias, y habrá por tanto politelia.

(c) Atelia: debidas a la presentación de glándula mamaria sin el correspondiente pezón, origina fístulas, que pueden dar lugar a salida incontrolada de leche.

(d) Ginecomastia: es la hipertrofia de la glándula mamaria en los machos. Puede ser debida a un aumento de estrógenos, así se da en casos de hiperestrogenismo. Ya sea este por alteración hepática que no inactiva a los estrógenos o por aumento de estos (tumores, edad avanzada).



(2) Alteraciones circulatorias

(a) Hiperemia: activa, que se presenta en los procesos inflamatorios.

(b) Edema: se suele presentar fisiológicamente inmediatamente antes y después del parto, y dura de 8 a 28 días; pero si el edema aparece antes o dura más de 28 días, se puede ocasionar un endurecimiento fibroso de la ubre, que provoca que ésta no quede vacía totalmente. Este edema, en casos crónicos, puede ocasionar una induración completa de la ubre, que puede ser totalmente irreversible. Este endurecimiento afecta al tejido interlobulillar y tejido subcutáneo. Estas ubres aumentan mucho de peso (casos de hasta 8 Kg.), por lo que los animales las arrastran al andar, y son propensas a las mamitis.

(c) Hemorragias: pueden ser petequiales, en inflamaciones, o más copiosas en procesos traumáticos, que son difíciles de tratar. También se pueden presentar

(d) Hematomas que, si son muy superficiales, pueden llegar a provocar necrosis de piel con su posterior desprendimiento.

(e) Trombosis y embolia: son frecuentes y provocan un infarto isquémico, en la ubre y pueden ocasionar que se presenten secuestros.

(3) Inflamaciones

Los trastornos más importantes de la glándula mamaria son los inflamatorios en los animales de producción, y los tumores en los de compañía. Los trastornos inflamatorios pueden tener un origen traumático, los menos, y un origen infeccioso, los más. Las vías de infección pueden ser hematogena (tuberculosis y brucelosis), linfógena o percutánea y galactógena o intracanalicular, que es la más frecuente.

Los factores predisponentes son numerosos, condiciones de manejo y alimentación, anomalías de la mama, pezones y conductos galactóforos, ordeños incompletos o



insuficientes, máquinas ordeñadoras mal utilizadas, etc. La defensa de la glándula mamaria corre a cargo principalmente de los neutrófilos y, en menor medida, de células mononucleares, IgG e IgA. Por ello, incluso en las mamitis subclínicas, están enormemente aumentados los neutrófilos y su número, por encima de los 250.000/ml, es utilizado para el diagnóstico de mamitis (test California).

La clasificación de las mamitis ha sido muy variada, unas veces atendiendo a la etiología, y otras a las lesiones anatomopatológicas y signos clínicos. De todas formas, no hay dos iguales. Por ello es preferible elegir una poco complicada que, siguiendo el libro de Dahme y Weiss, puede ser la siguiente:

(a) Mamitis agudas:

- Mamitis catarral-purulenta.
- Mamitis necrótica-hemorrágica.
- Mamitis necrótica-gangrenosa.

(b) Mamitis crónicas:

- Mamitis catarral-purulenta.
- Mamitis purulenta-apostematosa.
- Mamitis intersticial no purulenta.

(c) Mamitis especiales o granulomatosas.

(4) Anomalías según Ramírez:

El concepto de A.N.D.I. (anomalías del normal desarrollo e involución de la mama) incluye un amplio espectro de alteraciones mamarias fruto de la coexistencia de manifestaciones de desarrollo, cambios cíclicos e involución de la misma, que pueden conducir a los más variados cuadros histológicos y clínicos, sin solución de continuidad según (Ramírez, 2014)



Una serie de aspectos de distinta significación han recomendado una clasificación más fisiopatológica basada en la realidad funcional de la mama, que a una clasificación en base a criterios histológicos estáticos. Estos aspectos son:

(a) Problemas de nomenclatura:

Cada autor en el pasado ha tratado de introducir su nomenclatura para estos procesos, lo cual conduce a la serie de cuestiones y problemas que se siguen.

Un mismo término como p.ej. fibroadenosis tiene diferente significado para un patólogo, un clínico, un radiólogo e incluso desde el punto de vista predictivo de su evolución.

(b) Frontera entre normalidad y anormalidad:

Los órganos diana endocrinos pueden presentar los más diversos aspectos en un espectro continuo bajo diferentes estímulos hormonales.

Cabe definir cuáles de estos cambios pueden considerarse dentro de un margen de normalidad, o, dicho de otra manera, qué constituye enfermedad. Así pues, ante un espectro continuo de alteraciones consideraremos:

- Normal: Lo altamente frecuente en la población y que condiciona escasas o nulas molestias.
- Desorden o alteración benignos: Menos frecuente y que condiciona síntomas moderados o severos.
- Enfermedad benigna: Proceso infrecuente y/o severo.

(c) Disociación entre síntomas clínicos y cambios histológicos:



Antiguamente se trataba de correlacionar el hallazgo histológico con la realidad clínica. La experiencia clínica demuestra una serie de hechos:

- Alteraciones que antiguamente caracterizaban p.ej. a la llamada mastopatía fibroquística pueden observarse en mamas completamente asintomáticas.
- Ante un área nodular o dolorosa biopsiada la realidad histopatológica no difiere de la de otras áreas de alrededor no problemáticas.
- Mamas sintomáticas pueden no manifestar alteraciones histológicas de ningún tipo.
- Si fuera posible biopsiar una misma zona de la mama en dos períodos diferentes de la vida de una mujer, obtendríamos aspectos histológicos diferentes, dado que la mama es un órgano en cambio constante bajo influencias de crecimiento, cambios cíclicos e involución.

(d) Predicción del potencial de malignización:

Los problemas anteriores conducen a unos malos definición y entendimiento de los procesos y hace imposible la extrapolación de resultados de distintos autores.

(e) Clasificación de las A.N.D.I.:

Incluye este apartado:

- Desarrollo:
 - o Hipertrofia de la adolescencia.
 - o Fibroadenoma.
- Cambios cíclicos:
 - o Mastalgia.
 - o Nodularidad.
- Involución:
- Formación de quistes.
- Adenosis esclerosante.

En cada uno de los casos cabe considerar, como planteábamos previamente, unos casos en que puede considerarse normal, desorden y enfermedad benignos.



(5) Tumores benignos de la mama:

(a) Tumores epiteliales:

- Adenoma papilar de pezón (papilomatosis florida del pezón):

Poco frecuente, afecta a mujeres de edad avanzada. Su tamaño oscila entre un grano de mostaza y un guisante. Tiene un crecimiento cerebroide, generalmente unilateral pudiendo ser retroareolar o situarse en la base del pezón produciendo el enrojecimiento, induración o incluso ulceración del mismo. Cabe hacer el diagnóstico diferencial por exéresis completa y biopsia con la enfermedad de Paget, siendo a la vez su tratamiento, pues se trata de un proceso benigno en este caso. Pueden recidivar por exéresis incompleta.

- Adenoma de mama (adenoma purum):

Tumor solitario, blando, de 3-4 cm, de aspecto amarillo-grisáceo, liso, lobulado por tractos fibrosos, del que sale un líquido lechoso a la sección. Es típico de mujeres jóvenes, entre 20-30 años. Su diagnóstico y tratamiento es la exéresis y biopsia.

- Adenomioteilioma:

Tumores extraordinariamente raros a expensas de la proliferación mioepitelial, con un componente tubular y acinar asociado.

- Papiloma intracanalicular (Adenoma papilar):

Como tumor solitario se localiza en los grandes ductos, generalmente retroareolares, alcanzando hasta 2-3 cm. Posee un tronco ricamente vascularizado, cubierto por al menos dos capas de células epiteliales, con frecuentes fenómenos de metaplasia y proliferación mioepitelial.

(b) Tumores fibroepiteliales:



- Lipoma:

Relativamente raros, con una frecuencia máxima entre los 40- 50 años, pueden alcanzar 5-10 cm, rodeándose de una pseudocápsula. Cursan con tumefacción y discreta sensibilidad.

- Hamartoma (Adenolipoma, fibroadenolipoma, mastoma):

Se trata de tumores mixtos, generalmente con componentes lipomatosos y fibroadenomatosos. Se dan en todas las edades y son fácilmente delimitables y extirpables. Una forma especial es el tumor mamario condrolipomatoso benigno, que presenta islotes de metaplasia cartilaginosa.

- Cistosarcoma phyllodes (tumores filoides, mixoma intracanalicular, enfermedad de Brodie, mioma intracanalicular gigante o fibroadenoma celular):

Descrito por J. Müller (1938), se trata a menudo de un tumor de gran tamaño, de tipo fibroadenomatoso, con hendiduras (que simulan quistes) que dividen el tumor en masas foliáceas con excrecencias irregulares, que, evolucionando a brotes, llega a deformar e incluso a ulcerar la mama, con proliferaciones que atraviesan la piel. Puede fijarse a la fascia pectoral.

Aparece en edad más avanzada que los fibroadenomas (de 10 a 20 años más tarde por término medio), aunque con una distribución muy amplia. Presentan una proliferación de células de aspecto fibroblástico, con una sustancia fundamental mixoide.

En un porcentaje reducido (de un 5% a 1/3) pueden presentar un comportamiento maligno, dando metástasis por vía hemática (muy excepcionalmente linfática). No obstante, ni su aspecto clínico, ni sus características histológicas (grado de proliferación, atipias celulares, índice de mitosis y tipo de crecimiento) sirven para asegurar fehacientemente su comportamiento biológico.

Por todo ello el tratamiento fundamental es el quirúrgico y va desde la tumorectomía amplia hasta la mastectomía simple (no está indicada la linfadenectomía axilar) en tumores muy grandes, recidivantes y en pacientes poco susceptibles de ser



controladas. Sus metástasis responden parcialmente a la radioterapia y quimioterapia con tiotepa. No responde a la hormonoterapia.

(6) Otros tumores mamarios benignos:

- Mioblastoma (tumor de células granulares; neuroma granular de Feyrter):

Tumores sólidos, solitarios, que remedan los carcinomas escirros. Están constituidos por células granulares con intensa actividad de fosfatasa ácida.

- Leiomioma:

Tumores de musculatura lisa, que pueden aparecer situados en la areola o excepcionalmente en profundidad.

- Tumores de los nervios:

- Neurofibroma: Ocasionalmente en areola y casi siempre en el marco de una neurofibromatosis de Von Recklinghausen.
- Neuroma.
- Schwannoma.
- Histiocitoma: A partir del tejido de sostén o como tumores desmoides en la fascia pectoral.
- Tumores vasculares:
 - Hemangioma: Los voluminosos son raros. Generalmente son microscópicos a nivel de los tejidos de revestimiento o sostén.
 - Linfagioma.

e) Signos y síntomas mamarios según (Viniegra, 2014)

Todo síntoma mamario requiere una valoración y seguimiento. Entre los síntomas más importantes se debe considerar: tumoración mamaria o axilar que es la manifestación y causa de consulta más frecuente—, secreción por el pezón, retracción del pezón o de la piel, otros cambios en la piel como la “piel de naranja”, cambios recientes en el tamaño o forma de la mama, dolor mamario. En el caso de síntomas generales no explicados (dolores osteomusculares, disnea, malestar



general), el cáncer de mama debe ser uno de los aspectos a tener en cuenta en el diagnóstico diferencial.

La presencia de adenopatías, sobre todo axilares y, menos frecuentemente, supraclaviculares, debe hacer sospechar un proceso mamario. Las metástasis a distancia con sus manifestaciones correspondientes se producen sobre todo en hueso, pulmón, pleura, hígado o sistema nervioso central. Las manifestaciones paraneoplásicas no suelen ser frecuentes en el cáncer de mama.

(1) Tumor

Es el principal signo presente en los cánceres. Su ubicación más frecuente es en los cuadrantes súpero-externos (CSE). Consignar el comportamiento del tumor a la movilización:

- Móvil.
 - Móvil con la glándula.
 - Dificultad para moverlo.
 - Adhesión a planos profundos o superficiales (piel).
- Bordes:
 - Netos. Difusos.
- Consistencia:
 - Dura.
 - Firme, elástica.
 - Renitente.

La relación tamaño de la palpación mayor que el tamaño de la lesión mamográfica es un signo presuntivo de malignidad. La medición del T para TNM11 puede ser clínica y/o imagenológica.

- Retracción: Este signo puede darse con distinto valor en piel, pezón, glándula y plano muscular.

La retracción de piel se manifiesta como aplanamiento, deformación de contornos y umbilicación, y es un fuerte indicador de malignidad. Puede ser espontánea o provocada por los cambios de posición, las maniobras de elevación de brazos, la contracción de pectorales y las maniobras digitales (hacer redundar la piel para evidenciar la umbilicación que puede, a veces, ser muy sutil).

La presencia de retracción de piel NO implica invasión de piel, por lo que no modifica el T ni el estadio, pero sí puede requerir la realización de estudios complementarios para descartarla (punch de piel)



Fuente: (Viniega, 2014)

La retracción de pezón acompaña a otras patologías centrales benignas. En el cáncer de mama es un signo muy tardío.



Fuente: (Viniega, 2014)

La retracción de la glándula es la responsable de la pérdida de simetría en forma y volumen. El compromiso de la aponeurosis del pectoral mayor se evidencia con las maniobras de contracción de este músculo, o cuando el tumor se encuentra fijo a planos profundos y puede ser corroborado en las imágenes mamográficas.

- Derrame por pezón

Es infrecuente. Tiene valor si es HEMÁTICO, UNILATERAL y UNÍPORO.



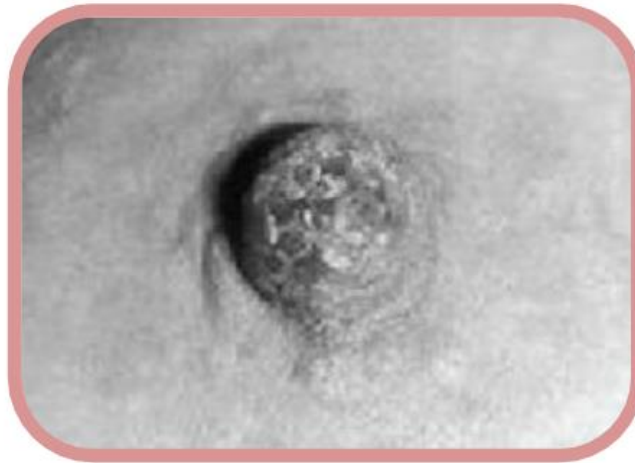
Fuente: (Viniega, 2014)

Debe explorarse con la presión unidigital en forma radiada sobre la areola, para determinar selectivamente el o los conductos responsables del derrame.

- Lesión del pezón

Debe investigarse toda erosión del extremo del pezón para descartar enfermedad de Paget que, en etapas avanzadas, compromete la areola en forma de placa superficial. La enfermedad de Paget de la mama es una neoplasia que representa menos del 1% de los carcinomas mamarios. Clínicamente, se manifiesta como una erupción eczematosa del complejo telo-areolar. Está a menudo –aunque no invariablemente– asociada al carcinoma ductal subyacente in situ (CDIS), que puede también tener un componente de infiltración.

Los eczemas afectan inicialmente a la areola y luego al pezón. El avance de la enfermedad de Paget es centrífugo; el del eczema, centrípeto. Las costras del pezón deben removerse fácilmente. Si dejan superficie desepitelizada o sangrante se debe presumir el diagnóstico de Paget.



Fuente: (Viniega, 2014)

Para el diagnóstico, hacer citología por impronta del pezón sobre portaobjeto; y para confirmación, realizar biopsia en cuña de la lesión, luego de descartar por clínica e imágenes otras lesiones mamarias subyacentes.

- Dolor

Es un signo tardío y sólo presente en el 5% de las pacientes como síntoma inicial. Nunca es cíclico premenstrual. Igualmente, el síntoma no debe minimizarse ni ser interpretado como relevante (a favor o en contra) en la evaluación de la sospecha clínica de una lesión.

- Signos axilares

Las adenopatías metastásicas son inicialmente móviles y de difícil diferenciación de las lipomatosas o inflamatorias. Cuando el tumor supera la cápsula del ganglio e invade estructuras vecinas, puede palpase un conglomerado ganglionar.

- Signos supraclaviculares

Las fosas supraclaviculares no presentan normalmente adenopatías palpables. El solo hecho de palpar un ganglio en esta localización debe ser considerado patológico.

- Signos en ganglios de la cadena mamaria interna

Las metástasis en esta localización son clínicamente evidenciables en forma tardía. Se reconocen como una infiltración difusa de los tejidos blandos paraesternales, con sobrelevación y eritema de la piel que ocupa más de un espacio intercostal.

- Signos tardíos

Conjunto de signos y síntomas que expresan el clásico aspecto de la lesión localmente avanzada, que se presentará en diferente grado según la progresión de la enfermedad.

- Retracción fija del pezón.
- Edema de piel.
- Infiltración de piel.
- Ulceración.
- Nódulos satélites.
- Piel de naranja: secundaria al bloqueo de los capilares dérmicos y subdérmicos por células tumorales, lo que genera edema alrededor de los poros pilosos y sebáceos. Su presencia implica invasión de piel.



Fuente: (Viniega, 2014)

f) Autoexamen de mama conocimiento y actitud según

En general la práctica del autoexamen del seno no es tan amplia aún como se desearía, su práctica aunque sí se realiza, es incompleta y con una frecuencia no adecuada, a pesar del conocimiento de éste, y existen muchos factores por los cuales no lo realizan, sin embargo su práctica si ha venido incrementando con el



paso del tiempo por el interés de las mismas pacientes, por el mejoramiento de la promoción de éste con el objetivo de disminuir las muertes por cáncer del seno, el cual es posible detectarlo a tiempo y tratarlo para una mejor expectativa de vida de las mujeres según (Ponciano, 2017).

g) Definición del autoexamen de mamas según Mendoza:

El autoexamen de mamas (AEM) es un procedimiento que está al alcance de todas las mujeres por no tener costo alguno, consiste en la revisión que hace la propia mujer a sus mamas, a través de la inspección y palpación en busca de cualquier cambio o anomalía presente. También se debe examinar las axilas, ya que el tejido mamario se extiende hasta esta área.

h) Inicio, momento y frecuencia del autoexamen de mamas:

Toda mujer debe realizarse el autoexamen de mamas desde de la menarquía una vez al mes y 7 días después del primer día de su menstruación, debido a que es un período en el cual sus senos están menos sensibles y es menor el edema de las mamas y las mujeres post menopáusicas lo deben realizar un día fijo al mes.

El realizar el autoexamen de mamas una vez al mes ayuda a familiarizarse con la forma, tamaño, sensibilidad y la textura que deberían tener, además permite realizar un seguimiento a cualquier cambio que pudiera surgir en las mamas.

i) Posiciones para el autoexamen de mamas, se considera 2 posiciones:

- De pie:

Frente a un espejo se coloca los brazos caídos hacia el cuerpo y luego también las manos en la cadera para inspeccionar u observa la apariencia de las mamas. Así mismo, se coloca el brazo izquierdo en un ángulo aproximado de 90 grados con la mano por detrás de la cabeza para palpar la mama y axila izquierda con la mano derecha, luego viceversa.

- Acostada:



Colocar una almohada en hombro derecho, la mano derecha bajo la cabeza y con la mano izquierda palpar la mama derecha, luego viceversa. Esta posición es la más recomendada porque cuando se está acostada el tejido del seno se extiende uniformemente sobre la pared torácica, haciendo que el tejido esté lo más delgado posible para poder palpar con mucha más facilidad.

j) Técnica del autoexamen de mama:

La técnica del autoexamen de mamas comprende etapas, métodos y pasos adecuados, los cuales se muestran a continuación:

- Etapas del autoexamen de mamas

Se divide en de 2 etapas, las cuales son:

(1) Inspección:

Es la observación de las mamas, frente al espejo y en un lugar con buena iluminación, en donde se debe estar completamente descubierta desde la cintura hacia arriba. Se comienza describiendo la apariencia: tamaño, presencia de nódulo (bulto), hoyuelo (hundimiento), ulceración y cambios de color para cada mama y comparativamente entre ambas.

(2) Palpación:

Se palpa toda la mama, ayuda a valorar en la mama la textura y presencia de bultos (consistencia, movilidad, límites y sensibilidad) y por último debe realizarse presión sobre la mama hacia el pezón para detectar secreciones anormales.

Se debe palpar con la yema de los dedos y utilizando las puntas de los dedos juntas se comprime suavemente, efectuando 3 métodos posibles, estos son

- Circular:

Es la más recomendada y comienza en la parte superior de la mama por debajo de la clavícula, realizando una espiral (circulo concéntrico) terminando en el pezón.

- Tajada:



Se compara la mama con una torta cortada en tajadas, de modo que se comienza en la parte superior de la mama por debajo de la clavícula hacia el pezón

- Tiras verticales:

Comienza en la parte superior de la mama por debajo de la clavícula, de arriba a abajo.

k) Pasos del autoexamen de mamas:

La Norma Técnico Oncológica para la Prevención, Detección y Diagnóstico Temprano del Cáncer de Mama a Nivel Nacional (Perú-2008), señala lo siguiente:

- Póngase frente al espejo, con los brazos caídos a lo largo del cuerpo. Fíjese en la piel de las mamas por si aparecen zonas salientes (nódulos) u hoyuelos, o cambios en el tamaño o aspecto de las mamas. Observe si pezones están normales, comprobar que no estén invertidos, retraídos o fijados hacia el interior.
- Luego ponga las manos en sus caderas, observando lo mismo.
- Después ponga los brazos extendidos hacia arriba, para realizar una vez más, la misma observación.
- Posteriormente, estando las mamas secas después del baño, ponga su mano izquierda detrás de la cabeza y examine la mama izquierda con la mano derecha del siguiente modo: Imaginando que su mama es una esfera de reloj ponga su mano derecha a las 12 en punto (arriba). Deje su mano relajada y presione con las yemas de los dedos (todos juntos) haciendo lentamente un movimiento circular, intentando palpar posibles nódulos.
- Realice la misma operación en la posición de la 1 del reloj, luego de las 2 y así, todo el horario.
- Cuando termine el horario, vuelva a poner los dedos y la mano en la misma actitud, pero ahora alrededor del pezón y con movimientos circulares, desde las 12 horas y en el sentido de las agujas del reloj vaya haciendo círculos concéntricos.



- Haga círculos cada vez más pequeños para llegar hasta el pezón (formando espiral). Fíjese en la posible existencia de nódulos y en una posible exudación de líquido por el pezón.
- Para terminar, realice una pequeña palpación del área cercana a la axila, puede haber tejido mamario.
- Al terminar esta exploración, debe realizar la misma operación en su otra mama, utilizando su mano contraria y siguiendo los mismos pasos.
- Es conveniente realizar esta misma operación estando acostada, colocando una almohada en el hombro derecho para explorar con la mano izquierda su mama derecha, y luego repitiendo la misma operación con la mama izquierda.

l) Probables hallazgos durante el autoexamen de mamas según Quispe:

Son los cambios descubiertos en cómo se ve y siente la mama que se presentan en algunas ocasiones, pueden ser:

- Tamaño grande de la mama; debido al ciclo menstrual, embarazo, lactancia, aumento de peso o enfermedad en la mama.
- Bulto en una zona de la mama; debido al ciclo menstrual o por enfermedades en la mama.
- Bulto en la axila; debido a algún proceso infeccioso, o enfermedad en la mama.
- Dolor en la mama; generalmente debido al ciclo menstrual, infección o enfermedad en las mamas.
- Enrojecimiento de la mama; debido a infección o enfermedad en la mama.
- Secreciones por el pezón; si es leche es debido a lactancia o alteraciones hormonales, pero si es de tipo serohemática o sanguínea se debería por una infección, lesión o enfermedad peligrosa en la mama.

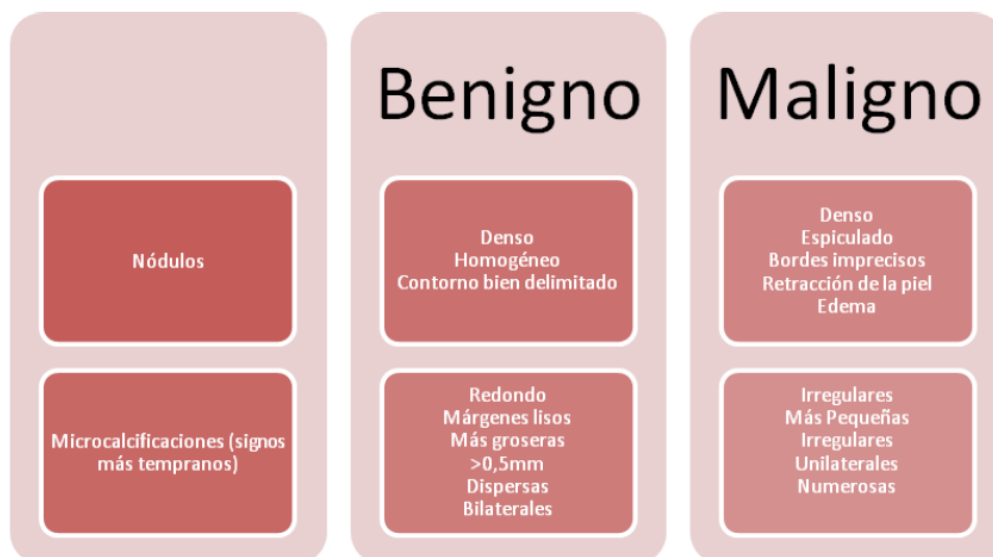
Si hay presencia de algún hallazgo mencionado no indica certeramente que algo está mal o que todo está bien; si bien generalmente son enfermedades mamarias benignas no se debe descartar la posibilidad del cáncer de mama. Por ello, ante cualquier hallazgo descubierto que no es considerado normal, es importante

consultar con un médico lo antes posible para una evaluación, un diagnóstico y una orientación sobre las acciones a tomar según (Gutierrez, 2017).

m) Diagnóstico de la patología mamaria:

La mamografía supuso un avance fundamental en el diagnóstico de la patología mamaria, ya que el pronóstico mejora cuanto antes se diagnostique la patología. Con la exploración para palparlo debe tener un tamaño de más o menos 1 cm, pero con la mamografía vemos los canceres cuando aún son milimétricos, es decir unos diez años antes, diagnóstico precoz, esto supone un mejor pronóstico. El cáncer insitu se puede curar el invasor no, por lo que esto es un adelanto muy grande.

La ventaja al diagnosticarlo aquí es que hemos pasado de un 2 % de carcinomas insitu a un 30%, por lo que el porcentaje de curaciones es mucho mayor. Si el cáncer es invasor también hemos conseguido controlar la historia natural de ese tumor, aunque no sea curable hemos conseguido aumentar la supervivencia. Algunos de los criterios para determinar si los descubrimientos de la mamografía son benignos o malignos son



Fuente: (Patología mamaria , 2013)



n) Exámenes complementarios según Viniega:

Los métodos para la evaluación de una anomalía en la mama incluyen, además del examen clínico, el examen por método de imágenes y la toma de muestra de la lesión para un examen histológico y/o citológico.

Estos procedimientos comprenden el “triple diagnóstico” y aportan en conjunto la mayor certeza diagnóstica.

- Mamografía.
- Otros: ecografía de mama, RMN de mama.
- Citología: BAAF (biopsia por aspiración con aguja fina). Aguja 25 gauge, en presencia del citólogo.
- Diagnóstico definitivo: histopatológico (indicación: lesiones BIRADS 4 y 5).
 - Biopsia percutánea con aguja gruesa (core) guiada por US: en nódulos sólidos, palpables y no palpables, sospechosos.
 - Biopsia percutánea con aguja gruesa: en tumores grandes o localmente avanzados.
 - Biopsia estereotáxica: en microcalcificaciones y otras lesiones mamográficas sospechosas, como distorsiones del parénquima o asimetrías de densidad sin traducción ecográfica.
 - Biopsia radio-quirúrgica (BRQ): en lesiones sospechosas no palpables, cuando no se dispone de biopsia core ni de estereotáxica con fines diagnósticos y terapéuticos. Terapéutica: para lesiones con alta tasa de subestimación por biopsia (ej.: hiperplasia lobulillar atípica, CDIS).
 - Biopsia de piel (punch): sospecha de carcinoma inflamatorio o compromiso cutáneo.
 - Biopsia de pezón: en casos sospechosos de cáncer de Paget.
 - Biopsia incisional: tumores localmente avanzados y que no se disponga de punción percutánea.
 - Biopsia de localizaciones secundarias: en casos de cáncer metastásico.



La valoración triple: exploración física, la mamografía y la biopsia de la lesión, proporciona una tasa extremadamente segura a la hora de predecir si una lesión es benigna o maligna. En lesiones con resultados contradictorios, discordantes o equívocos, la biopsia escisional en quirófano es la prueba diagnóstica definitiva.

Las mujeres que durante la exploración clínica inicial se encuentren sin cambios sugestivos de patología serán citadas para exploración física con periodicidad ANUAL. Si se encuentra dentro del grupo etario que amerite inicio del tamizaje (50-70 años), se sensibilizará sobre la importancia de realizar la mamografía en forma periódica y se enviará a la realización del estudio.

o) Triage para pacientes con síntomas mamarios

Las pacientes sintomáticas deben ser referidas a centros que cuenten con personal entrenado en patología mamaria (Tabla 1).

Tabla 1: Triage de referencia de mujeres con síntomas mamarios¹³

Referencia prioritaria	La paciente debe ser evaluada en un plazo no mayor a 2 semanas.	<p>Mujer de cualquier edad con signos o síntomas sugestivos de cáncer:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Tumor mamario y/o axilar sospechoso. ▪ Retracción, distorsión o ulceración de la piel o complejo areola-pezón. ▪ Derrame hemático o sero-hemático por pezón. ▪ Mastitis no puerperal con tumor sólido subyacente o recidivante. ▪ Mamografías y ecografías informadas como BIRADS 4 y 5.
Referencia temprana	La paciente debe ser evaluada en un plazo no mayor de 6 semanas.	<p>Mujer de cualquier edad que presente:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Nodularidad asimétrica persistente luego de la menstruación. ▪ Derrame por pezón unilateral persistente. ▪ Quiste recurrente o recidivado. ▪ Dolor mamario focalizado persistente, no relacionado con el ciclo menstrual. ▪ Tumor de características clínicas benignas en mujeres de bajo riesgo. ▪ Mamografías de tamizaje informadas como BIRADS 0 y 3.
Referencia de rutina	La paciente debería ser evaluada en un plazo no mayor a 12 semanas.	<p>Mujer de cualquier edad que presente:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Dolor mamario bilateral persistente que interfiere con su actividad habitual y no responde a medidas básicas. ▪ Anomalías o asimetrías del desarrollo. ▪ Quistes simples asintomáticos. ▪ Derrame bilateral multiporo persistente, previamente descartar galactorrea. ▪ Cualquier mujer sin síntomas de sospecha de cáncer de mama pero que el médico considera conveniente una segunda opinión.

Fuente: (Viniega, 2014)



G. Tratamiento

- Biopsia: Es el único método definitivo de diagnóstico según Fernández:

De menos invasiva a más, se pueden hacer exploraciones citológicas (PAF), histológicas (BAG) o quirúrgicas. Cuanto más invasiva la biopsia, más exactos serán los resultados que obtengamos. La punción con aguja fina nos sirve para hacer un estudio citológico de la tumoración y permite diferenciar entre masas sólidas y quísticas. Es inocua, duele poco, no hay hematomas, pero la desventaja es que el porcentaje de falsos negativos es muy alto (al tener un pequeño tamaño la muestra obtenida). Por ejemplo, se usa con un fibroadenoma que es fácil de diagnosticar con palpación e imagen para quedarnos tranquilos de que es benigno, si tenemos dudas sobre malignidad no debemos de hacer esta prueba.

La punción con aguja gruesa se realiza mediante la localización de la microcalcificación utilizando coordenadas. Una vez determinadas las coordenadas, el radiólogo activa los dispositivos automáticos que llevan a cabo esta punción. Permite obtener muestras más amplias de tejido que la punción con aguja fina. Sin embargo, tiene varios inconvenientes llevar a cabo la biopsia de esta manera ya que es un procedimiento muy doloroso, con bastante riesgo de hematoma y con un riesgo *teórico* de diseminación. Es una técnica de elección cuando se maneja estereoataxia, la maquina es la que extrae el cilindro y tras la radiografía veremos que hemos quitado la calcificación.

Riesgo de diseminación cancerosa es raro, pero la indicación va a quedar un poco limitada a las calcificaciones sospechosas de malignidad.

La cirugía como método de biopsia es muy invasivo, pero también muy exacto. Al abrir la zona afectada, es más fácil diagnosticar porque se obtiene más materia e incluso en casos en los que la anomalía es pequeña y resecable, se puede extraer completa. Debemos de hacer estudios inmunoquímicos, hormonales no solo saber si es tumoral por lo que para esto necesitamos un trozo de tejido mayor.



1. Cáncer de mama:

a) Epidemiología:

En México, el cáncer de mama ocupa en la actualidad el primer lugar en incidencia de las neoplasias malignas en las mujeres, representa 11.34% de todos los casos de cáncer, hay un incremento global de aproximadamente 1.5% anual, sin embargo, en los países de economía emergente este incremento es alrededor de 5%. El grupo de edad más afectado se encuentra entre los 40 y los 59 años de edad (1). La mortalidad por cáncer mamario se ha incrementado en 10.9% relativo en los últimos años (de 13.06 en 1990 a 14.49 en el año 2000 según (Oncoguia, 2018)

El cáncer de mama continúa siendo la neoplasia más frecuente de la mujer y se diagnostica 1.2 millones de casos por año causando 500,000 muertes por año. En Europa y Estados Unidos la mortalidad asociada al cáncer de mama ha disminuido en 20-30% en un periodo de cerca de 20 años a partir de los años ochenta. Existen varias razones para esta disminución incluyendo un incremento en la detección de las neoplasias mamarias en estadio temprano por el uso creciente de la mastografía y el establecimiento de sistemas de detección estandarizados. En México se reportó una tendencia ascendente y estabilización de la mortalidad similar a otros países (incidencia calculada de 38.4 por 100,000 mujeres y mortalidad estandarizada de 12.2 muertes por 100,000 mujeres) por cáncer de mama de 1981-2001. Estos cambios posiblemente fueron secundarios a factores ambientales, sociales y médicos.

En 2006 produjo más muertes que el cáncer cervical y es la segunda causa de muerte en las mujeres de 30- 54 años afectando todos los grupos socioeconómicos. Tanto la edad y el sexo femenino son los mayores factores de riesgo para cáncer de mama. La relación entre hombres y mujeres es aproximadamente de 100 según (Oncoguia, 2018).

La incidencia se incrementa con la edad, duplicándose aproximadamente cada 10 años hasta la menopausia, a partir de la cual el ritmo de crecimiento disminuye.



En México el grupo de edad más afectado es el de 40-49 años, esto contrasta con lo observado en Estados Unidos y Europa donde la mayor incidencia es en mujeres posmenopáusicas. El riesgo de cáncer de mama se modula por factores que afectan el ambiente hormonal. La exposición acumulativa durante la vida determina el nivel de riesgo ambiental. La menarquía temprana y menopausia tardía se asocian con incremento del riesgo relativo (aproximadamente 1.2), la terapia de reemplazo hormonal incrementa el riesgo relativo en un 35% después de 10 años de uso.

La multiparidad es un factor de riesgo bien conocido para cáncer de mama, también el embarazo a término después de los 30 años, la obesidad y el antecedente de hiperplasia atípica. La actividad física moderadamente vigorosa puede reducir el riesgo de cáncer de mama casi en 20%. Sin embargo, sólo un cuarto de los casos esporádicos de cáncer de mama tiene un factor de riesgo identificable.

Cuando se afectan varios parientes en primer grado la agrupación es probablemente hereditaria, las mutaciones genéticas BRCA1 y BRCA 2 cuentan por alrededor de tres cuartos de los casos de cáncer de mama hereditario. Aunque se debe considerar que en el 85% de los casos de cáncer mamario no hay evidencia de historia familiar, cuando ésta se presenta el riesgo es 2-3 veces mayor que en la población sin antecedentes familiares. Además en nuestro país se ha documentado la relación entre la historia familiar de cáncer de mama, gástrico o pancreático con el apareamiento de neoplasia mamaria y como factor protector la lactación a la edad de 25 años o menos (Hucochea, 2016)

b) Definición según (Hucochea, 2016):

El cáncer de mama es un problema de salud pública por su frecuencia y mortalidad, por lo que ha surgido la necesidad de métodos eficaces para la detección temprana, diagnóstico, estadiaje y evaluación de respuesta al tratamiento, en donde los estudios de imagen representan un papel esencial.



Desde la primera mastografía reportada en 1930 por Warren, diferentes técnicas han sido propuestas y estudiadas en la evaluación del cáncer de mama. Esta revisión describe los principales aspectos del cáncer de mama y los métodos de imagen utilizados destacando el rol que representan en los diferentes aspectos de la evaluación integral de la patología mamaria maligna.

c) Conocimiento sobre cáncer de mama:

En los últimos años, las enfermedades crónicas no transmisibles pasaron a tener creciente importancia en la salud de la población mundial. Entre estas enfermedades destaca el cáncer de mama que presenta relevante magnitud, dada la morbi-mortalidad, especialmente, en el sexo femenino. Según Caleffi e Dias, aproximadamente una de cada 10 mujeres desarrollará esta enfermedad durante su vida.

Este tipo de cáncer tiene la segunda mayor incidencia en todo el mundo y en Brasil es el más frecuente en el país, a excepción del cáncer de piel del tipo no melanoma, en incidencia y mortalidad en el sexo femenino, con crecimiento progresivo de esta última en los últimos años. Presenta curva ascendente a partir de los 25 años de edad y en la mayoría de los casos se concentra entre 45 y 50 años. En el país, se estima en 2010, una incidencia de 49,27 casos a cada 100 mil mujeres. Para el Nordeste y Bahía, se apuntan tasas de 30,11/100.000 e 37,29/100.000 mujeres, respectivamente, acompañando el mismo perfil de incidencia nacional. En Brasil, desgraciadamente, aún prevalece el diagnóstico tardío de la enfermedad según (Najera, 2013).

La prevención primaria del cáncer todavía se considera limitada, pues no hay evidencias que establezcan relación clara entre la enfermedad y sus agentes causadores. Frente a las limitaciones de la prevención primaria, la prevención secundaria, con el diagnóstico en estadios iniciales, muestra mayor efectividad. Las tres principales estrategias para detección precoz del cáncer de mama son: el autoexamen de las mamas (AEM), el examen clínico anual de las mamas y el examen mamográfico, considerados complementarios, toda vez que aisladamente ninguno de ellos es capaz de identificar las mujeres portadoras del cáncer de mama.



Muchos estudios han demostrado deficiencias en la realización de esa práctica, así como inconsistencia de aprendizaje, no realización y práctica incorrecta. Ante esto, se objetiva con este estudio realizar una evaluación del conocimiento y práctica que las usuarias de una Unidad de Salud de la Familia (USF), en un municipio del Sudoeste de Bahía, tienen sobre el AEM, a fin de poderse ayudar con este para la formulación de estrategias que favorezcan prácticas más preventivas y de mayor cuidado con la salud por parte de estas mujeres en relación al cáncer de mama según (Najera, 2013).

d) Homeostasis y mantenimiento de tejidos según (Guzman, 2012):

La división celular es un proceso regulado que responde a las necesidades específicas del organismo. En individuos jóvenes la multiplicación celular predomina sobre la muerte celular, en el adulto estos procesos se encuentran en equilibrio. En un organismo, siempre debe existir un balance entre proliferación y muerte celular, ya que la alteración de la muerte (aumento o disminución) conocida como apoptosis conducirá a manifestar ciertas patologías. Así, un exceso de apoptosis se ve en enfermedades como sida, enfermedades neurodegenerativas, enfermedades hematológicas, daño tisular, síndrome mielodisplásico, lesiones isquémicas y enfermedades del hígado por toxinas, mientras que una disminución se ve en cáncer, enfermedades autoinmunes, enfermedades inflamatorias e infecciones víricas.

Enfermedades asociadas a apoptosis.



Inhibición de la apoptosis	Exceso de apoptosis
Cáncer Enfermedades autoinmunes Enfermedades inflamatorias Infecciones víricas	SIDA Enfermedades neurodegenerativas Enfermedades hematológicas Daño tisular Síndrome Mielodisplásicos Lesiones isquémicas Enfermedades de hígado inducidas por toxinas

Fuente: (Guzman, 2012)

e) Cáncer:

En ocasiones, los controles que regulan la multiplicación celular no funcionan adecuadamente y una célula comienza a dividirse sin control alguno]. Esta tendencia a crecer sin responder a regulación alguna da lugar a una neoplasia, y cuando el ADN de la célula está dañado ocurre una neoplasia maligna de estirpe epitelial, con cambios que caracterizan a un tipo específico de carcinoma.

(1) El cáncer de mama:

El cáncer es considerado un desorden multifactorial causado tanto por factores genéticos como no genéticos, se cree que es debido al acúmulo de daños genéticos que dan lugar a la activación de proto-oncogenes y la inactivación de los genes supresores de tumores, conduciendo a la proliferación celular incontrolada, así como un descontrol de la apoptosis o muerte celular programada.

(2) Predisposición al cáncer de mama:

Actualmente se conocen varios genes que predisponen al cáncer de mama, dos de estos genes son BRCA1 y BRCA2 (cáncer de seno 1 y 2, en inglés breast cancer 1 and 2), descritos como genes de cáncer de mama y ovario hereditarios. Ambos genes son supresores tumorales que comúnmente tienen la función de controlar el crecimiento y la muerte celular. Las proteínas BRCA1 y BRCA2 participan en la



reparación del ADN y la recombinación homóloga, y probablemente en otros procesos celulares. El BRCA1 es un gen localizado en el cromosoma 17, involucrado en la regulación

Del ciclo celular, reparación del ADN dañado, mantenimiento de la estabilidad genómica y regulación de la transcripción. Las mutaciones de BRCA-1 están asociadas a la aparición de cáncer de mama en mujeres entre 40 y 50 años y también con el riesgo de padecer otros tumores como el de ovario. El gen que codifica la proteína BRCA-2 se aisló en el cromosoma 13. BRCA-2 está asociado a la aparición de cáncer a edades más avanzadas, entre 60 y 70 años, y en la población en general predispone a padecer cáncer de mama masculino, de ovario, vejiga, próstata y páncreas. Otros factores de riesgo para cáncer de mama son: historia familiar de cáncer de mama, ovario o endometrio, antecedentes personales de cáncer de mama, edad avanzada, el exceso de exposición a la radiación ionizante, el consumo de alcohol, así como el inicio temprano de la menstruación, nuliparidad o el primer parto retrasado, lactancia de corta duración, la menopausia tardía, obesidad posmenopáusica, extendido uso de anticonceptivos orales, y el reemplazo de estrógeno prolongados.

(3) Tipos de cáncer de mama:

El cáncer presenta diferentes tipos según el tipo de modificaciones que adquiera el tejido mamario. De acuerdo a la Clasificación de la Organización Mundial de la Salud (OMS) existen dos tipos principales de cáncer de mama: el carcinoma ductal (el más frecuente) el cual comienza en los ductos que llevan leche desde la mama hasta el pezón y el carcinoma lobulillar que comienza en los lobulillos que producen la leche materna.

Las características típicas del cáncer de mama cuando se diagnostican se debe a la combinación de los tipos *in situ* e invasivo: Carcinoma *in situ*: denominado así al tumor que no ha atravesado las uniones entre los tejidos. Carcinoma ductal *in situ*: es el cáncer más común, no invasivo, se localiza en los conductos. Carcinoma



lobulillar *in situ*: es poco frecuente, con hiperplasia atípica se origina en los lobulillos de la mama, se considera como un marcador de riesgo.

Carcinoma invasivo (infiltrante): modificaciones genéticas altas, el tumor invade tejidos subyacentes vertiendo células a la sangre o linfa generando metástasis a través del cuerpo, haciéndose letales si afectan órganos vitales. Carcinoma ductal invasivo o infiltrante: es el cáncer más común, tiene comienzo en un canal o conducto lácteo, penetra la pared del conducto e invade el tejido del seno, realizando metástasis. Carcinoma lobulillar invasivo o infiltrante: éste se origina en los lobulillos de la glándula mamaria, propagándose a través de la pared de los lobulillos, también produce metástasis.

La OMS clasifica los tipos de cáncer de la siguiente manera: Tumores Epiteliales: se caracterizan por la invasión de tejido adyacentes con tendencia a metástasis en sitios distantes, en su mayoría son adenocarcinomas y se cree que derivan del epitelio parenquimal mamario particularmente de las células que se encuentran en los lóbulos. Lesiones mioepiteliales: son derivadas o conformadas de una población pura y dominante de células mioepiteliales, que incluyen a un carcinoma cístico adenoide, pleomorfoadenoma, mioepiteliosis, y adenosis mioepitelial, adenomioepitelioma y mioepitelioma maligno. Tumores mesenquimales: los tumores mesenquimales malignos o benignos son morfológicamente similares, se producen en tejidos suaves predominantemente en glándula mamaria. Tumores Fibroepiteliales: es un grupo heterogéneo de lesiones genuinamente bifásicas de los componentes epiteliales, con componentes del mesénquima que son responsables de la apariencia voluminosa. Tumores de pezón: es una proliferación compacta de pequeños túbulos alineados tanto por células epiteliales como mioepiteliales con o sin proliferación de los componentes epiteliales alrededor de los ductos colectores del pezón. Linfomas malignos y Tumores metastásicos: puede presentarse con un tumor primario o secundario y raramente ambos, no existe un criterio para diferenciarlos entre estos dos tipos.

f) Factores de riesgo según (Rivas, 2016):



En cerca del 40% de los cánceres mamarios las causas no han podido ser determinadas. Un 60% de los canceres se ha atribuido a factores tales como la edad, antecedentes familiares, historia clínica y factores reproductivos.

Algo que parece cierto es que el estrógeno desempeña una función importante en la aparición de este cáncer al inducir el crecimiento de las células mamarias, lo que aumenta el potencial de errores genéticos y por lo tanto la aparición del cáncer. Los principales factores de riesgo relacionados con una mayor incidencia del cáncer de mama son:

(1) Edad:

A mayor edad mayor riesgo de presentar cáncer de mama.

(2) Herencia:

Es bien sabido que el hecho de tener antecedentes familiares de cáncer de mama es uno de los factores de riesgo más significativos para la aparición de cáncer mamario. El riesgo aumenta en presencia de antecedentes familiares de cáncer de mama, en hermanas, madre y tías maternas, en especial si ha sido en la premenopausia y bilateral. Cuanto más joven haya sido el familiar cuando contrajo el cáncer mayor es el riesgo. Cuanto más joven sea la mujer con antecedentes familiares de cáncer mamario, mayor será la probabilidad de contraer la enfermedad.

(3) Antecedente de cáncer mamario:

Los antecedentes personales de cáncer mamario confieren un riesgo entre dos y cinco veces mayor de contraer un segundo tumor primario en la mama contralateral. En total 5% de las mujeres con cáncer mamario contraerán una neoplasia maligna en la mama contralateral. Las mujeres en riesgo más alto son las que tienen antecedentes familiares de cáncer mamario, cáncer mamario inicial antes de los 40 años e histología lobular del primer tumor.

(4) Factores Hormonales y Reproductivos:



Relacionados con una mayor exposición a la actividad estrogénica en tiempo e intensidad. La mayor actividad estrogénica favorece la proliferación del epitelio menos diferenciado.

- La menarquia precoz (anterior a los 12 años), cuanto más año menstrúe una mujer, más tiempo estará expuesta al estrógeno, y por consiguiente mayor será el riesgo de que contraiga cáncer mamario. Esto es más frecuente de observar en países con mejores condiciones de vida y alimentarias, tiene un riesgo relativo de 1.8 con respecto a la menarquia a los 13 años o más.
- La menopausia tardía (mayores de 55 años) tiene un riesgo relativo igual a 2 con respecto a mujeres con menopausia a los 45 años o antes.
- La nuliparidad aumenta el riesgo de cáncer de mama después de los 50 años.
- La paridad después de los 35 años aumenta cinco veces el riesgo de cáncer de mama con respecto a las mujeres que tuvieron su primer hijo antes de los 20 años. El efecto protector de un embarazo de término antes de los 20 años se explica por diferenciación del epitelio que disminuye precozmente el riesgo de oncogénesis.

Al contrario, un primer embarazo después de los 35 años, puede estimular el crecimiento del epitelio atípico preexistente.

La administración exógena de estrógenos, de amplio uso especialmente en la mujer posmenopáusica, está reconocida como un factor de riesgo por algunos estudios científicos. Otros, sin embargo, no han demostrado ninguna relación. Lo recomendable ante esta situación contradictoria es administrar estrógenos previo descarte de una lesión neoplásica y mantener una vigilancia estrecha mediante exámenes físicos periódicos. El uso de estrógenos está contraindicado en caso de cáncer mamario.

(5) Antecedentes de enfermedad benigna de la mama:



La condición fibroquística y tumores benignos no representan per se una lesión precancerosa. Existen sí, lesiones histológicas específicas que aumentan el riesgo:

Cuadro 1. Riesgos Relativos por tipo de Tipo de Lesión Histológica

TIPO DE LESION HISTOLÓGICA	RIESGO RELATIVO
Enfermedad no proliferativa	0.9-1.6
Hiperplasia sin atipia	1.6-2.2
Hiperplasia atípica ductal y/o lobulillar	2.5-5.3
Carcinoma in situ ductal y/o lobulillar	5.9-12.0

Fuente: (Viniega, 2014)

(6) Dieta:

La dieta rica en grasa aumenta el riesgo de cáncer de mama probablemente por estímulo de la actividad estrogénica. La vitamina C ha sido relacionada en forma inversa con el riesgo de cáncer de mama.

(7) Consumo de alcohol:

Tiene riesgo relativo de 1.5. Cuando los niveles de consumo son elevados, el riesgo relativo aumenta a 2.5.

(8) Factores socioeconómicos y ambientales:

Hay correlación positiva entre cáncer de mama y clase socioeconómica media-alta, y es mayor en áreas urbanas. Las mujeres de países de baja incidencia alcanzan las tasas de los países que han emigrado. Las tasas de incidencia mayores la presentan los países industrializados, y las tasas más bajas están en Asia, Centro América y África.

g) Examen físico según Rivas:

Exploración física general: Deberá ser realizado siguiendo una pauta previamente definida:



- Inspección estática: Con la mujer sentada frente al examinador para visualizar diferencias entre ambas mamas, retracciones, ulceraciones, enrojecimiento, edema, etc.
- Inspección dinámica: Solicitando a la mujer que levante ambos brazos por encima de la cabeza lo que hará más evidente posibles alteraciones mamarias e indicara la zona de la mama que merece mayor atención. A continuación pedirle que ponga sus manos a la cintura y presione fuertemente para contraer los músculos pectorales.
- Examen de ambas axilas: Con la mujer sentada con el antebrazo en flexión sostenido por la mano del examinador y frente a este para determinar la presencia, cantidad y tipo de adenopatías.
- Examen de ambas fosas supraclaviculares: se examinará con la mujer sentada. Facilita la palpación, el descenso del mentón, para relajar la musculatura del cuello.
- Palpación mamaria: Para esta maniobra, es conveniente que la mujer se encuentre en decúbito dorsal con ambos brazos detrás de la cabeza. Deberá palpase la totalidad de la mama en forma suave, precisa y ordenada con las yemas de los dedos de la mano, desde el lado contralateral a la mama examinada.
- El examen puede extenderse hacia la clavícula, zona media esternal y principalmente hacia la axila.
- Búsqueda de secreción del pezón: el examen de la areola y el pezón debe realizarse en forma sistemática con inspección y palpación. Si hay secreción por el pezón se determinará si es espontáneo o provocado, el tipo de secreción (en especial si es seroso o sangre) si es unilateral, multiorificial o uniorificial.

Para detectar hallazgos que nos puedan hacer pensar en enfermedad diseminada u otra enfermedad asociada, con énfasis en las glándulas mamarias y zonas linfoportadoras (ganglios axilares y supraclaviculares), debiendo recoger los siguientes apartados:

(1) Inspección:

- asimetría mamaria
- retracción del pezón y/o de piel
- ulceraciones y fijaciones de la piel
- coloración de la piel



(2) Palpación:

- masa tumoral
- tamaño en cm.
- Localización
- Forma
- Consistencia
- fijación a piel o parrilla costal
- cambios en la piel
- cambios de coloración
- edema (piel de naranja)
- aumento de calor
- ulceraciones

h) Exploración física según la OMS:

(1) Exploración de las mamas: (documentar las anomalías con información de lateralidad, situación respecto al pezón y ubicación en la carátula del reloj, con el explorador de frente a la paciente).

- Inspecciona (en posición vertical y en decúbito supino): cambios del contorno, asimetría, signos de infección, ulceración, cambios de la piel, ulceración del pezón, cicatrices, color (eritema)
- Palpación: revisión por franjas verticales, con la palma de tres dedos y grados variables de presión en movimientos circulares (círculos de 1 a 2 cm), al menos 3 minutos por mama, de la clavícula al pliegue inframamario, y de la línea media esternal a la línea media axilar. En decúbito supino y luego en posición vertical con el brazo ipsilateral en la frente. Documentar tamaño, forma, consistencia, movilidad y textura.
- Secreción por el pezón: espontaneidad, color, ductos afectados.
- Adenopatía: evaluación de los ganglios linfáticos de la axila y las fosas supraclavicular e infraclavicular.
- No hay datos probatorios de que mejoren la detección del cáncer.

i) Tratamiento según (Codes, 2015):



Existen varios métodos mediante los cuales es posible tratar el cáncer de mama: cirugía, radioterapia, quimioterapia, terapia hormonal y terapia biológica, pero será un equipo multidisciplinar, compuesto por oncólogos, cirujanos, expertos en patología mamaria (senólogos), ginecólogos y radioterapeutas, el que decida el tratamiento más adecuado en cada caso concreto, dependiendo del estadio, las características del tumor, el estado de salud de la paciente, etc.

(1) Cirugía

El tratamiento quirúrgico consiste en la extirpación del tejido canceroso, con los márgenes necesarios, pero dependiendo del grado de afectación y de la valoración del equipo multidisciplinar, la intervención quirúrgica varía:

(2) Tumorectomía

Tratamiento de tipo conservador que consiste en la extracción del tumor, con un margen suficiente de tejido sano; o bien segmentectomía, que es la extirpación de un segmento más amplio de la glándula.

Este tratamiento siempre se complementa con el vaciamiento axilar y la radioterapia, y sólo se hace cuando las características de la extirpación permitan conservar un seno de volumen y forma adecuados, y se den unas condiciones que aseguren la curación al máximo. Actualmente, está muy generalizada la práctica conocida como biopsia selectiva del ganglio centinela que consiste en la extracción de un solo ganglio, específicamente seleccionado, que se utiliza para realizar el análisis y seguimiento de los tejidos afectados. Si no hay indicios de células cancerígenas, no es necesaria la extirpación del resto de los ganglios de la axila.

(3) Mastectomía

Hoy en día, la práctica más generalizada es la llamada mastectomía radical modificada, que permite conservar los músculos pectorales, con el fin de facilitar una posterior reconstrucción estética.



(4) Radioterapia

Mediante esta técnica se persigue destruir las posibles células cancerosas en el área en la que se administra. Es obligada tras un tratamiento quirúrgico de tipo conservador; a veces se emplea como complemento de la mastectomía.

(a) Hay dos formas de aplicar la radioterapia:

- Externa.

Es el método más habitual, se acostumbra a administrar en breves sesiones diarias y la paciente no tiene en ningún momento contacto directo del cuerpo con la máquina a través de la cual recibe el tratamiento. Existen distintas fuentes de radiación: cobaltoterapia, acelerador de electrones, etc., que se aplican según indicación del especialista.

- Interna.

También se conoce con el nombre de braquiterapia, y consiste en colocar sustancias radiactivas cerca o dentro del tumor (o de las zonas donde se sospecha que pueda haber células tumorales). Dichas sustancias se retiran al cabo de unos días. Como tratamiento, la radioterapia interna tiene la ventaja de ser muy localizada y de prolongarse poco en el tiempo. Antes de empezar con las sesiones de radioterapia se ha de llevar a cabo una comprobación, denominada “simulación”, que consiste en definir las partes del cuerpo que se van a irradiar.

(5) Quimioterapia

El tratamiento consiste en la administración de medicamentos, generalmente por vía intravenosa, con la intención de eliminar complementando a los tratamientos locales de cirugía y radioterapia– las células cancerosas que pueda haber por todo el cuerpo.

En la actualidad, hay tratamientos de quimioterapia que pueden ser administrados por vía oral. La quimioterapia es una técnica que utiliza varios medicamentos en forma secuencial. Cada una de estas secuencias se conoce como ciclo de tratamiento.

H. Prevención:



(1) Prevención primaria:

La prevención primaria del cáncer de mama se debe realizar mediante la información, orientación y educación a toda la población femenina sobre los factores de riesgo y la promoción de conductas favorables a la salud. Las actividades de prevención están encaminadas al reconocimiento de los siguientes factores de riesgo:

- Mujer mayor de 40 años
- Historia personal o familiar de cáncer de mama y ovario.
- Nuligesta.
- Primer embarazo a término después de los 35 años de edad,
- Antecedentes de patología mamaria premaligna (proceso proliferativo, hiperplasia atípica).
- Vida menstrual de más de 40 años (menarquia antes de los 12 años y menopausia después de los 55 años).
- Obesidad en la postmenopausia.

Se debe orientar a las mujeres sobre su responsabilidad en el autocuidado de su salud y la importancia de valorar y disminuir los factores de riesgo cuando sea posible y promover estilos de vida sanos.

La promoción se debe realizar por el sector público y sociedad civil, a través de los medios de comunicación grupal e interpersonal.

(2) Prevención secundaria:

La prevención secundaria del cáncer de la mama se debe efectuar mediante la autoexploración, el examen clínico y la mamografía. Una vez detectada la lesión a través de estos procedimientos, se procede al diagnóstico confirmatorio y al tratamiento adecuado de manera oportuna y con calidad de acuerdo con los criterios que marca la presente guía.



La autoexploración (AEM) se deberá recomendar en forma mensual a partir de la menarquia; entre el 7o. y 10o. día de iniciado el sangrado en la mujer menstruante y en la posmenopáusica se debe realizar en un día fijo elegible por ella.

Es función del prestador de servicios de salud enseñar la técnica de autoexploración a todas las mujeres que acudan al centro de atención de salud. Además, debe organizar actividades extramuros para la difusión de la misma de acuerdo con los lineamientos de cada Institución. El examen clínico de las mamas (ECM) debe ser realizado por médico o paramédico capacitados, cada año a toda mujer que asiste al centro de atención de salud, previa autorización de la usuaria.

Al detectar patología mamaria por clínica, se debe referir a la paciente a consulta ginecológica en un segundo nivel de atención médica quien indicará estudio de imágenes necesarias.

Todas las pacientes que sean sospechosas de tener patología maligna, deben ser canalizadas al siguiente nivel de atención médica en forma oportuna. La vigilancia de pacientes, con antecedentes personales de patología mamaria maligna, debe ser establecida en los tres niveles de atención médica.

(3) Prevención terciaria:

La prevención terciaria del cáncer de mama se debe realizar en los casos necesarios mediante la rehabilitación reconstructiva, estética y psicológica de las usuarias que reciben tratamiento quirúrgico, quimioterapia, radioterapia u hormonoterapia, según lo ameriten. Se debe orientar sobre la existencia de grupos de apoyo para mujeres con cáncer de mama según (Rivas, 2016).



IV. OBJETIVOS

A. Objetivo general

Determinar el nivel de conocimientos, actitudes y prácticas sobre el autoexamen de mama en pacientes mujeres de 20 a 35 años de edad, en el servicio de consulta externa de Centro de Salud “Dr. J. Guillermo Santamarina en el periodo de marzo a abril del 2021.

B. Objetivos específicos:

1. Determinar el nivel de conocimientos de pacientes mujeres de 20 a 35 años que acuden a consulta externa de Centro de Salud “Dr. J. Guillermo Santamarina”.
2. Describir la actitud que presentan de pacientes mujeres de 20 a 35 años que acuden a consulta externa de Centro de Salud “Dr. J. Guillermo Santamarina”.
3. Describir las prácticas que tiene las mujeres de 20 a 35 años que acuden a consulta externa de Centro de Salud “Dr. J. Guillermo Santamarina”.
4. Identificar las características epidemiológicas de las mujeres sujetos de estudio.



V. HIPÓTESIS

A. Hi

Las mujeres de 20 a 35 años de edad que acuden a consulta externa de Centro de Salud “Dr. J. Guillermo Santamarina” tienen un nivel de conocimiento bajo sobre el autoexamen de mama, la actitud inadecuada se relaciona con la baja práctica del autoexamen de mama.

B. Hn

Las mujeres de 20 a 35 años de edad que acuden a consulta externa de Centro de Salud “Dr. J. Guillermo Santamarina” tienen un nivel de conocimiento alto sobre el autoexamen de mama, la actitud adecuada se relaciona con la buena práctica del autoexamen de mama.



VI. MÉTODOS, MATERIALES Y TÉCNICAS A EMPLEAR

A. Tipo de estudio

- Estudio Prospectivo, Descriptivo, cuantitativo de corte transversal tipo CAP

B. Universo

- Todas las mujeres que asisten a la consulta externa de Centro de Salud “Dr. J. Guillermo Santamarina”.

C. Población

- Mujeres entre 20 a 35 años de edad que asisten a Consulta Externa de Centro de Salud “Dr. J. Guillermo Santamarina” en el periodo de marzo a abril del 2021.

D. Muestra

- Se toma una muestra probabilística de 379 personas con un intervalo de confianza de 95%, con un error alfa de 0.04%, se utilizará Epiinfo versión 7.2.4.0 programa establecida por el CDC.

E. Criterios de inclusión y exclusión

1. Criterios de Inclusión:

- Mujeres entre el rango de edades de 20 a 35 años.
- Mujeres que asisten a Consulta Externa al servicio de Ginecología y Obstetricia.
- Mujeres que acepten realizarles la encuesta.

2. Criterios de Exclusión:

- Mujeres menores de 20 años.
- Mujeres mayores de 35 años.
- Mujeres con antecedentes de patología mamaria.
- Mujeres de otros servicios.
- Mujeres que no acepten realizarles la encuesta.



F. Variables

Variables Independientes:

Mujeres que asisten a Consulta Externa de Centro de Salud Dr. J. Guillermo Santamarina.

Variables Dependientes:

1. Autoexamen de mama
 - Conocimiento
 - Actitudes
 - Práctica
2. Características Epidemiológicas
 - Edad
 - Ocupación
 - Escolaridad
 - Estado civil



Variable	Sub-variable	Definición Conceptual	Tipo de Variable	Escala de Medición	Instrumento de Medición	Indicadores
Características Personales	Edad	Es el tiempo transcurrido a partir del nacimiento de un ser vivo hasta el momento de referencia.	Cuantitativa	Continua	Boleta de recolección de datos	20 – 23 24 – 27 28 – 31 32 – 35
	Procedencia	Es el origen de algo o el principio de donde nace o deriva.	Cualitativa	Nominal	Boleta de recolección de datos	Urbano Rural
	Ocupación	Empleo, oficio o actividad desempeñada por una persona, que significa el ejercicio de funciones en un contexto de trabajo determinado.	Cualitativa	Nominal	Boleta de recolección de datos.	Ama de casa Oficios Domésticos Estudiante Profesional
	Estado Civil	Condición que caracteriza a una persona en lo que respecta a sus vínculos personales con individuos de otro sexo.	Cualitativa	Nominal	Boleta de recolección de datos.	Soltera Casada Unión libre Divorciada Viuda
	Escolaridad	Cada una de las etapas que forman la educación de un individuo.	Cualitativa	Ordinal	Boleta de recolección de datos.	Primaria Básico Diversificado Universitario Analfabeta
Autoexamen de mama	Conocimiento	Información o saber que una persona posee y que es necesaria para llevar a cabo una actividad	Cuantitativa	Bueno Regular Malo	Boleta de recolección de datos.	Si No No se



Variable	Sub-variable	Definición Conceptual	Tipo de Variable	Escala de Medición	Instrumento de Medición	Indicadores
	Actitudes	La Actitud es una predisposición a actuar, el comportamiento es manifiesto.	Cuantitativa	Positivo Negativo	Boleta de recolección de datos.	Si No No se
	Prácticas	Es un conjunto de acción explícita y observable que se considera necesario realizar a fin de reducir o ayudar a resolver un problema específico.	Cuantitativa	Adecuado Inadecuado	Boleta de recolección de datos.	Si No No se



VALIDACION Y ANALISIS DE CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRÁCTICA EN LAS MUJERES DE 20 A 35 AÑOS QUE ACUDEN A CONSULTA EXTERNA DE CENTRO DE SALUD DR. J. GUILLERMO SANTAMARINA

Se decide realizar el estudio CAP iniciando con la elaboración del instrumento para la recolección de la información analizada, el cual consta de 30 preguntas de conocimientos, actitudes y prácticas, eligiendo enunciados conceptualmente apropiados y aprobados para su análisis.

Se construyen tres instrumentos de línea base de conocimientos, actitudes y práctica con las siguientes características:

De conocimientos: 10 preguntas, con una escala de medición dicotómica, con un puntaje de 1 sujeto 0-100%, clasificación de conocimiento: malo menor de 50% (1-5), regular de 51 a 75% (6 a 7), bueno 75-100% (8-10), de actitudes 10 preguntas con escala de medición de Likert de cinco puntos, rango de puntaje de menor de 60% (1-3) negativa, 61-100% (4-5) positiva, y prácticas 10 preguntas con escala de medición de tipo Likert de cinco puntos con rango de puntaje de menor de 60% (1-3) inadecuadas y de 61% a 100% (4-5) adecuadas. Para determinar la comprensión y verificar el contenido del instrumento se revalido.

Luego de aprobado el instrumento, se pasaron las boletas en el centro de salud Dr. J. Guillermo Santamarina, tomando encuesta los criterios de inclusión y exclusión. Ya obtenida la información, se tabularon los datos por medio del programa de epiinfo, al finalizar se inició con el análisis.

El análisis se realizó por medio de la prueba de chi-cuadrado, la cual nos permite determinar que probable es que los resultados observados podrían haber ocurrido sólo por el azar y calcula una medida de asociación entre dos variables dando así un valor estadístico. Esta probabilidad se llama el valor de p. Un valor p muy pequeño significa que se tendría muy poca probabilidad de observar tal asociación, si este valor de p es más pequeño que un límite predeterminado generalmente 1.005.

Si p es mayor de 1.005 el resultado es significativo, es decir que concluimos que ambas variables estudiadas son dependientes y existe una relación entre ellas.

Luego se realizó la discusión de resultados.



G. Proceso de investigación

Se realizó la investigación partiendo de la incógnita de saber cuántas mujeres asisten en días hábiles a consulta externa de Centro de Salud Dr. J. Guillermo Santamarina, Coatepeque, Quetzaltenango.

Para realizar esto se debió captar todas las pacientes que se encuentren entre las edades de 20 a 35 años de edad y que no tengan algún antecedente de patología mamario en el periodo de marzo a abril del 2021, en consulta externa, así mismo para realizar un estudio prospectivo, descriptivo, cuantitativo de corte transversal tipo CAP.

Ello se determinó por medio de la recolección de datos mediante el uso de encuesta, con preguntas opción múltiple. Luego se analizará los datos y se realizará el análisis de las cifras obtenidas utilizando herramientas como “epiinfo” para poder llegar a este paso, y posteriormente llegar a una conclusión.

1. Solicitud de aceptación por parte de la Dra. Ana Soto para asesoramiento de tema de tesis.
2. Solicitud de aprobación del tema por parte de la junta directiva de tesis y autoridades correspondientes del comité de la Universidad Mesoamericana de Quetzaltenango.
3. Elaboración y aprobación de anteproyecto de investigación.
4. Elaboración y aprobación de protocolo
5. Realización de la selección de la población que cumpla los criterios de inclusión en el centro de salud “Dr. J. Guillermo Santamarina” en el periodo de marzo a abril del 2021.
6. Recolección de datos a través de datos físicos como instrumento de análisis.
7. Análisis del tema acorde a la recolección de los datos obtenidos.
8. Tabulación de datos en el programa de Epi info.
9. Realización de estadísticas, análisis de datos.
10. Elaboración de discusión de resultados, conclusiones, recomendaciones para el informe final.



H. Aspectos éticos

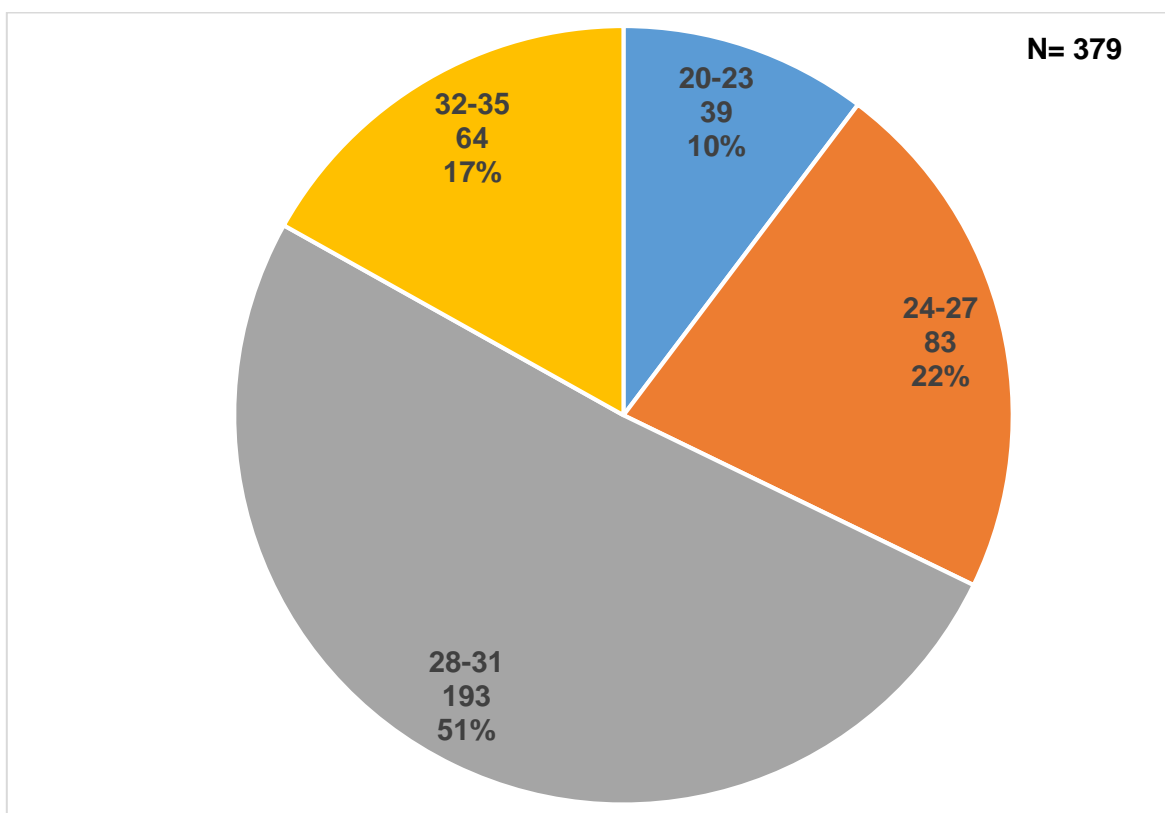
Para la recolección de datos del estudio de investigación, no se afecta la integridad física del paciente ya que se hará por medio de boleta de recolección de datos, en donde se le expondrá los objetivos, la finalidad del estudio, beneficios, molestias y que es de carácter anónimo y confidencial.

VII. RESULTADOS

A. Datos generales

Gráfica A.1

Edad de mujeres incluidas en el estudio: “Conocimientos, Actitudes y Prácticas relacionados con el autoexamen de mama”, en mujeres de 20 a 35 años que asistieron al centro de salud “Dr. J. Guillermo Santamarina” de Coatepeque, Quetzaltenango, durante los meses de marzo y abril del 2021.

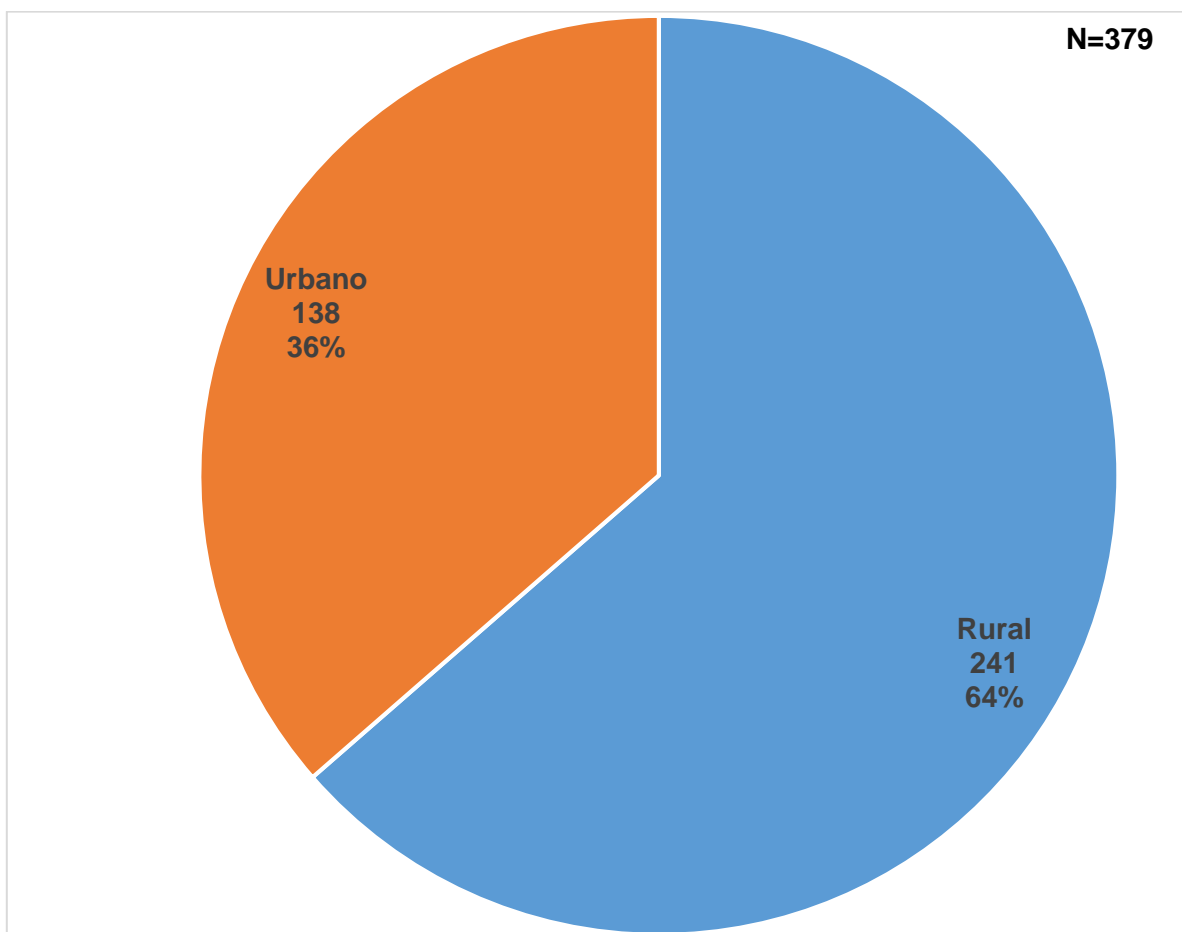


Fuente: Boleta de recolección de datos.

En la gráfica se observa que el grupo de edad que consultó con mayor frecuencia fue de 28-31 años con el 51% (193 mujeres) y de 32 a 35 años fue el menor porcentaje de 17% (64 mujeres).

Gráfica A.2

Procedencia de mujeres incluidas en el estudio: “Conocimientos, Actitudes y Prácticas relacionados con el autoexamen de mama”, en mujeres de 20 a 35 años que asistieron al centro de salud “Dr. J. Guillermo Santamarina” de Coatepeque, Quetzaltenango, durante los meses de marzo y abril del 2021.

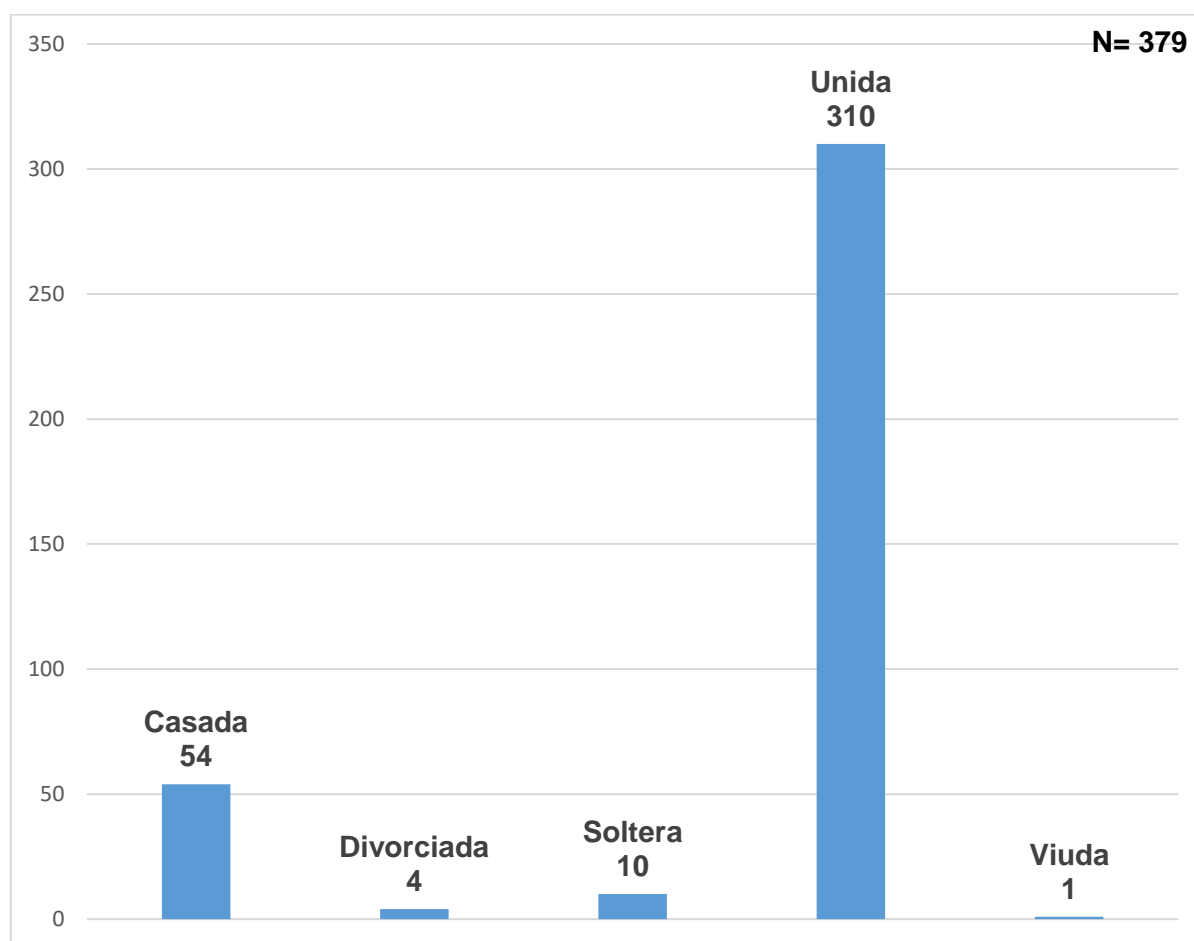


Fuente: Boleta de recolección de datos.

En la gráfica se observa que la procedencia que consultó con mayor frecuencia fue del área rural con un porcentaje del 64%, (241 mujeres) y del área urbana con un porcentaje de 36% (138 mujeres).

Gráfica A.3

Estado civil de mujeres incluidas en el estudio: “Conocimientos, Actitudes y Prácticas relacionados con el autoexamen de mama”, en mujeres de 20 a 35 años que asistieron al centro de salud “Dr. J. Guillermo Santamarina” de Coatepeque, Quetzaltenango, durante los meses de marzo y abril del 2021.

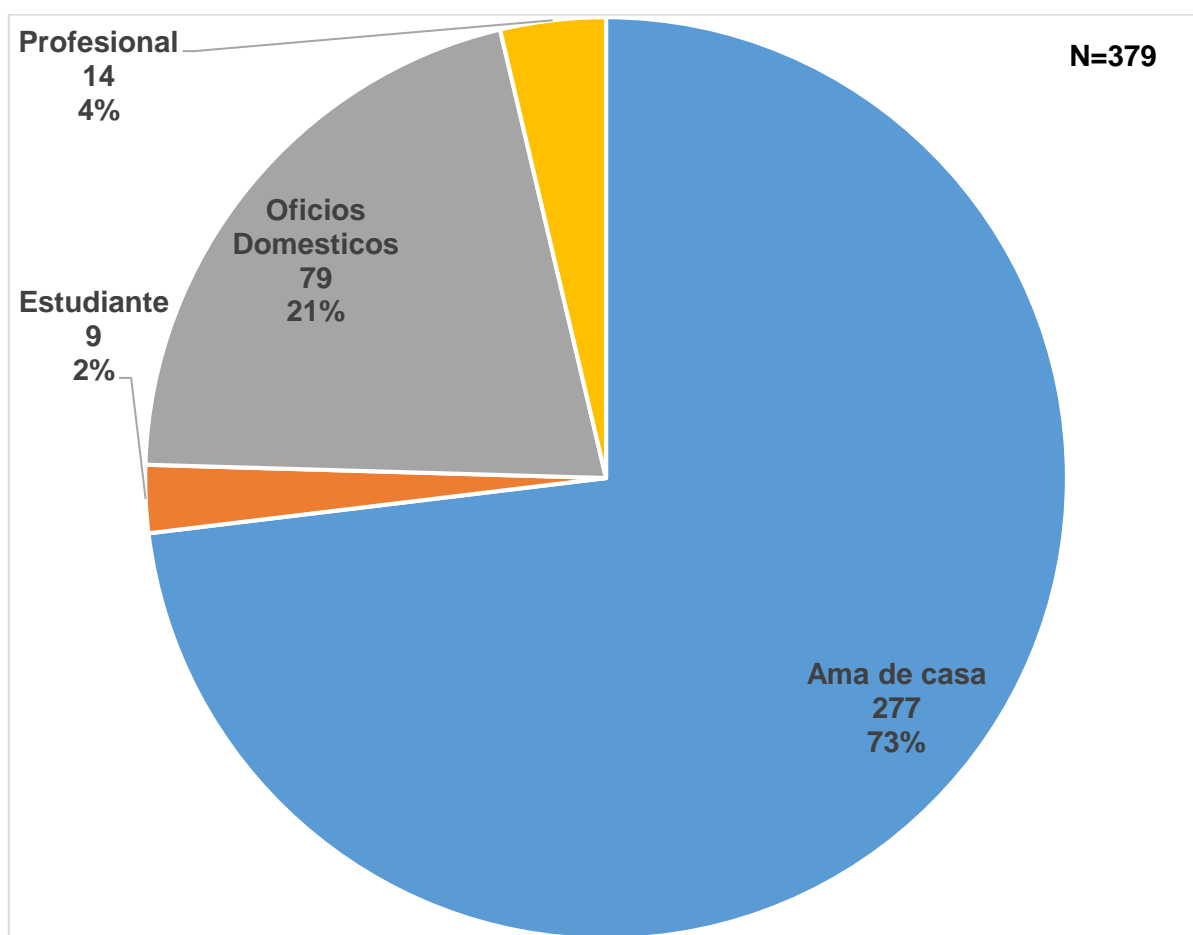


Fuente: Boleta de recolección de datos.

En la gráfica se observa el grupo de estado civil que consultó con mayor frecuencia fue de unión libre con el 81.79% (310 mujeres) y con el 1% mujer viuda (1 mujer).

Gráfica A. 4

Ocupación de mujeres incluidas en el estudio: “Conocimientos, Actitudes y Prácticas relacionados con el autoexamen de mama”, en mujeres de 20 a 35 años que asistieron al centro de salud “Dr. J. Guillermo Santamarina” de Coatepeque, Quetzaltenango, durante los meses de marzo y abril del 2021.

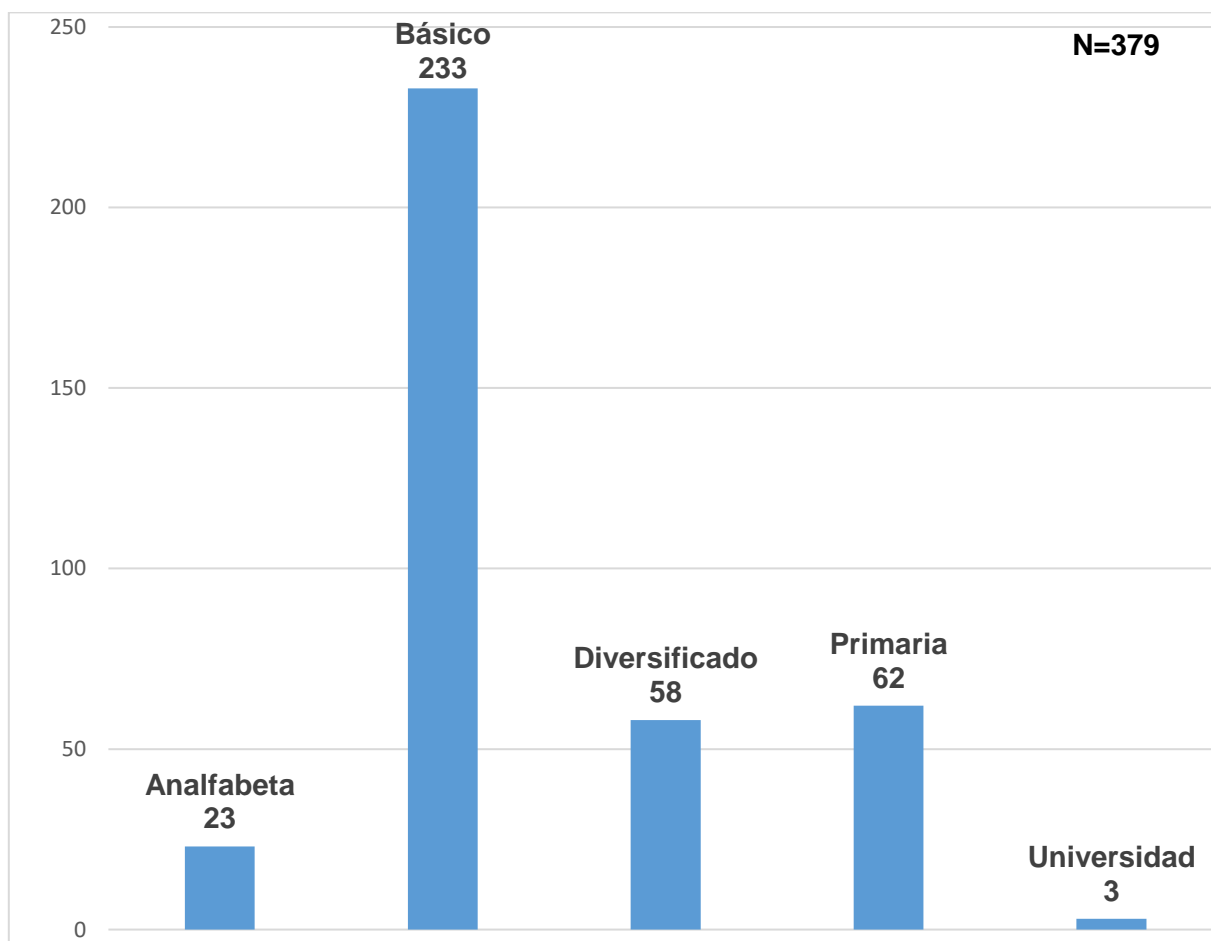


Fuente: Boleta de recolección de datos.

En la gráfica se observa el grupo de ocupación que consultó con mayor frecuencia fue de amas de casa con un 73% (277 mujeres) y con el 2% son estudiantes (9 mujeres).

Gráfica A. 5

Nivel de escolaridad de mujeres incluidas en el estudio: “Conocimientos, Actitudes y Prácticas relacionados con el autoexamen de mama”, en mujeres de 20 a 35 años que asistieron al centro de salud “Dr. J. Guillermo Santamarina” de Coatepeque, Quetzaltenango, durante los meses de marzo y abril del 2021.



Fuente: Boleta de recolección de datos.

En la gráfica se observa el nivel de escolaridad que consultó con mayor frecuencia fue con un nivel básico con el 61.48% (233 mujeres) y en menor cantidad las de nivel universitario con el 0.79% (3 mujeres).



B. CONOCIMIENTO SOBRE AUTOEXAMEN DE MAMA

Tabla B.1

Edad en relación al conocimiento de mujeres incluidas en el estudio: “Conocimientos, Actitudes y Prácticas relacionados con el autoexamen de mama”, en mujeres de 20 a 35 años que asistieron al centro de salud “Dr. J. Guillermo Santamarina” de Coatepeque, Quetzaltenango, durante los meses de marzo y abril del 2021.

EDAD										
Conocimiento sobre Autoexamen de mama	20-23		24-27		28-31		32-35		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
Bueno	0	0	4	4.82	2	1.04	6	9.38	12	3.17
Malo	22	56.4	45	54.22	108	56	25	39.06	200	52.77
Regular	17	43.6	33	40.96	84	43	33	51.56	167	44.06
Total	39	10.3	82	21.9	194	50.9	64	16.89	379	100

Fuente: Boleta de recolección de Datos.

Epiinfo: Chi cuadrado: 16.3389

En la tabla se observa el grupo de edad que consultó con mayor frecuencia fue de 28 a 31 años (194 mujeres) con un nivel de conocimiento malo (108 mujeres), regular (84 mujeres) y bueno (2 mujeres) y en menor cantidad fue de 20 a 23 años (39 mujeres) con un nivel malo (22 mujeres), regular (17 mujeres) y bueno (0 mujeres).



Tabla B.2

Procedencia en relación al conocimiento de mujeres incluidas en el estudio: “Conocimientos, Actitudes y Prácticas relacionados con el autoexamen de mama”, en mujeres de 20 a 35 años que asistieron al centro de salud “Dr. J. Guillermo Santamarina” de Coatepeque, Quetzaltenango, durante los meses de marzo y abril del 2021.

Procedencia						
Conocimiento sobre Autoexamen de mama	Rural		Urbano		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%
Bueno	6	2.49	6	4.35	12	3.17
Malo	135	56	65	47.1	200	52.8
Regular	100	41.5	67	48.55	167	44.1
Total	241	63.6	138	36.41	379	100

Fuente: Boleta de recolección de datos.

Epiinfo Chi cuadrado: 3.2704

En la tabla se observa el grupo de procedencia que consultó con mayor frecuencia fue del área rural (241 mujeres), con un nivel de conocimiento malo (135 mujeres), regular (100 mujeres), bueno (6 mujeres), y en menor cantidad del área urbana (138 mujeres) con un nivel de conocimiento regular (67 mujeres), malo (65 mujeres), bueno (6 mujeres).



Tabla B.3

Estado civil en relación al conocimiento de mujeres incluidas en el estudio: “Conocimientos, Actitudes y Prácticas relacionados con el autoexamen de mama”, en mujeres de 20 a 35 años que asistieron al centro de salud “Dr. J. Guillermo Santamarina” de Coatepeque, Quetzaltenango, durante los meses de marzo y abril del 2021.

Estado Civil												
Conocimiento sobre Autoexamen de mama	Casada		Divorciada		Soltera		Unida		Viuda		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
Bueno	3	5.56	0	0	0	0	9	2.9	0	0	12	3.17
Malo	29	53.7	3	75	6	60	161	52	1	100	200	52.77
Regular	22	40.7	1	25	4	40	140	45	0	0	167	44.06
Total	54	14.3	4	1.06	10	2.64	310	82	1	0.26	379	100

Fuente: Boleta de recolección de datos.

Epiinfo Chi cuadrado: 3.4906

En la tabla se observa el grupo de estado civil que consultó con mayor frecuencia fue de estado civil de unión libre (310 mujeres), con un nivel de conocimiento sobre autoexamen de mama malo (161 mujeres), regular (140 mujeres), bueno (9 mujeres) y en menor cantidad de estado civil viuda (1 mujer) con un nivel de conocimiento malo.

Tabla B.4

Ocupación en relación al conocimiento de mujeres incluidas en el estudio: “Conocimientos, Actitudes y Prácticas relacionados con el autoexamen de mama”, en mujeres de 20 a 35 años que asistieron al centro de salud “Dr. J. Guillermo Santamarina” de Coatepeque, Quetzaltenango, durante los meses de marzo y abril del 2021.

Ocupación										
Conocimiento sobre Autoexamen de mama	Ama de casa		Estudiante		Oficios Domésticos		Profesional		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
Bueno	12	4.33	0	0	0	0	0	0	12	3.17
Malo	148	53.43	5	55.6	46	58.23	1	7.14	200	52.8
Regular	117	42.24	4	44.4	33	41.77	13	92.86	167	44.1
Total	277	73.09	9	23.7	79	20.84	310	3.69	379	100

Fuente: Boleta de recolección de datos.

Epiinfo Chi cuadrado:18.2922

En la tabla se observa el grupo de ocupación que consultó con mayor frecuencia fue ama de casa (277 mujeres), con un nivel de conocimiento malo (148 mujeres), regular (117 mujeres), bueno (12 mujeres) y en menor cantidad fue estudiantes con un nivel de conocimiento malo (5 mujeres), regular (4 mujeres), bueno (0 mujer).

Tabla B.5

Escolaridad en relación al conocimiento de mujeres incluidas en el estudio: “Conocimientos, Actitudes y Prácticas relacionados con el autoexamen de mama”, en mujeres de 20 a 35 años que asistieron al centro de salud “Dr. J. Guillermo Santamarina” de Coatepeque, Quetzaltenango, durante los meses de marzo y abril del 2021.

Escolaridad												
Conocimiento sobre Autoexamen de mama	Analfabeta		Primaria		Básico		Diversificado		Universidad		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
Bueno	0	0	1	1.61	6	2.58	5	8.62	0	0	12	3.17
Malo	16	69.57	36	58.1	130	55.79	18	31.03	0	0	200	52.8
Regular	7	30.43	25	40.3	97	41.63	35	60.34	3	100	167	44.1
Total	23	6.07	62	16.4	233	61.48	58	15.3	3	0.79	379	100

Fuente: Boleta de recolección de datos.

Epiinfo Chi cuadrado:22.8397

En la tabla se observa el nivel de escolaridad de las mujeres incluidas en el estudio, con mayor número de nivel básico (233 mujeres) con un nivel de conocimiento malo (130 mujeres), regular (97 mujeres), bueno (6 mujeres) y en menor cantidad con escolaridad universitario con un nivel de conocimiento regular (3 mujeres).



C. ACTITUDES SOBRE AUTOEXAMEN DE MAMA

Tabla C.1

Edad en relación a las actitudes de mujeres incluidas en el estudio: “Conocimientos, Actitudes y Prácticas relacionados con el autoexamen de mama”, en mujeres de 20 a 35 años que asistieron al centro de salud “Dr. J. Guillermo Santamarina” de Coatepeque, Quetzaltenango, durante los meses de marzo y abril del 2021.

Edad										
Actitudes sobre Autoexamen de mama	20-23		24-27		28-31		32-35		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
Negativa	30	76.92	54	65.1	140	72.54	40	62.5	264	69.66
Positiva	9	23.08	29	34.9	53	27.46	24	37.5	115	30.34
Total	39	10.29	83	21.9	193	50.92	64	16.89	379	100

Fuente: Boleta de recolección de datos

Epiinfo Chi cuadrado: 4.1133

En la tabla se observa el grupo de edad que consultó con mayor frecuencia fue de 28 a 31 años (193 mujeres) con una actitud sobre el autoexamen de mama negativa (140 mujeres), y positiva (53 mujeres) y en menor cantidad un rango de edad 20-23 (39 mujeres) con una actitud negativa (30 mujeres) y positiva (9 mujeres).

Tabla C.2

Procedencia en relación a las actitudes de mujeres incluidas en el estudio: “Conocimientos, Actitudes y Prácticas relacionados con el autoexamen de mama”, en mujeres de 20 a 35 años que asistieron al centro de salud “Dr. J. Guillermo Santamarina” de Coatepeque, Quetzaltenango, durante los meses de marzo y abril del 2021.

Procedencia						
Actitudes sobre Autoexamen de mama	Rural		Urbano		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%
Negativa	172	71.37	92	66.7	264	69.66
Positiva	69	28.63	46	33.3	115	30.34
Total	241	63.59	138	36.4	379	100

Fuente: Boleta de recolección de datos

Epiinfo Chi cuadrado: 0.7091

En la tabla se observa el grupo de procedencia que consultó con mayor frecuencia fue del área rural (241 mujeres) con una actitud sobre el autoexamen de mama negativa (172 mujeres), y positiva (69 mujeres) y en menor cantidad del área urbana (138 mujeres) con una actitud negativa (92 mujeres) y positiva (46 mujeres).

Tabla C.3

Estado civil en relación a las actitudes de mujeres incluidas en el estudio: “Conocimientos, Actitudes y Prácticas relacionados con el autoexamen de mama”, en mujeres de 20 a 35 años que asistieron al centro de salud “Dr. J. Guillermo Santamarina” de Coatepeque, Quetzaltenango, durante los meses de marzo y abril del 2021.

Estado Civil												
Actitudes sobre Autoexamen de mama	Casada		Divorciada		Soltera		Unida		Viuda		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
Negativa	37	68.52	1	25	8	80	217	70	1	100	264	69.7
Positiva	17	31.48	3	75	2	20	93	30	0	0	115	30.3
Total	54	14.25	4	1.06	10	2.64	310	81.8	1	0.26	379	100

Fuente: Boleta de recolección de datos.

Epiinfo Chi cuadrado: 4.7662

En la table se observa el grupo de estado civil que consultó con mayor frecuencia fue de unión libre (310 mujeres) con una actitud sobre el autoexamen de mama negativa (217 mujeres), y positiva (93 mujeres) y en menor cantidad con estado civil viuda con una actitud negativa (1 mujer).



Tabla C.4

Ocupación en relación a las actitudes de mujeres incluidas en el estudio: “Conocimientos, Actitudes y Prácticas relacionados con el autoexamen de mama”, en mujeres de 20 a 35 años que asistieron al centro de salud “Dr. J. Guillermo Santamarina” de Coatepeque, Quetzaltenango, durante los meses de marzo y abril del 2021.

Ocupación										
Actitudes sobre Autoexamen de mama	Ama de casa		Estudiante		Oficios Domésticos		Profesional		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
Negativa	188	67.87	6	66.7	61	77.22	9	64.3	264	69.7
Positiva	89	32.13	3	33.3	18	22.78	5	35.7	115	30.3
Total	277	73.09	9	2.37	79	20.84	14	3.69	379	100

Fuente: Boleta de recolección de datos.

Epiinfo Chi cuadrado: 2.7829

En la tabla se observa el grupo de ocupación que consultó con mayor frecuencia fue ama de casa (277 mujeres) con una actitud sobre el autoexamen de mama negativa (188 mujeres), y positiva (89 mujeres) y en menor cantidad estudiante con una actitud negativa (6 mujeres) y positiva (3 mujeres).

Tabla C.5

Escolaridad en relación a las actitudes de mujeres incluidas en el estudio: “Conocimientos, Actitudes y Prácticas relacionados con el autoexamen de mama”, en mujeres de 20 a 35 años que asistieron al centro de salud “Dr. J. Guillermo Santamarina” de Coatepeque, Quetzaltenango, durante los meses de marzo y abril del 2021.

Escolaridad												
Actitudes sobre Autoexamen de mama	Analfabeta		Primaria		Básico		Diversificado		Universidad		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
Negativa	20	86.96	50	80.7	165	70.82	29	50	0	0	264	69.7
Positiva	3	13.04	12	19.4	68	29.18	29	50	3	2.61	115	30.3
Total	23	6.07	62	16.4	233	61.48	58	15	3	0.79	379	100

Fuente: Boleta de recolección de datos.

Epiinfo Chi cuadrado: 24.4366

En la tabla se observa el grupo de nivel de escolaridad que consultó con mayor frecuencia fue básico (233 mujeres) con una actitud sobre el autoexamen de mama negativa (165 mujeres), y positiva (68 mujeres) y en menor cantidad de nivel universitario (3 mujeres) con una actitud positiva (3 mujeres).



D. PRÁCTICA SOBRE AUTOEXAMEN DE MAMA

Tabla D.1

Edad en relación a la práctica de mujeres incluidas en el estudio: “Conocimientos, Actitudes y Prácticas relacionados con el autoexamen de mama”, en mujeres de 20 a 35 años que asistieron al centro de salud “Dr. J. Guillermo Santamarina” de Coatepeque, Quetzaltenango, durante los meses de marzo y abril del 2021.

Edad										
Práctica sobre Autoexamen de mama	20-23		24-27		28-31		32-35		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
Adecuada	2	5.13	0	0	10	5.18	9	14	21	5.54
Inadecuada	37	94.87	83	100	183	94.82	55	86	358	94.5
Total	39	10.29	83	21.9	193	50.92	64	17	379	100

Fuente: Boleta de recolección de datos.

Epiinfo Chi cuadrado: 13.8088

En la tabla se observa el grupo de edad que consultó con mayor frecuencia fue 28 a 31 años (193 mujeres) con una práctica inadecuada sobre el autoexamen de mama (183 mujeres), y adecuada (10 mujeres) y en menor cantidad un rango de edad 20-23 (39 mujeres) con una práctica inadecuada (39 mujeres) y adecuada (2 mujeres).

Tabla D.2

Procedencia en relación a la práctica de mujeres incluidas en el estudio: “Conocimientos, Actitudes y Prácticas relacionados con el autoexamen de mama”, en mujeres de 20 a 35 años que asistieron al centro de salud “Dr. J. Guillermo Santamarina” de Coatepeque, Quetzaltenango, durante los meses de marzo y abril del 2021.

Procedencia						
Práctica sobre Autoexamen de mama	Rural		Urbano		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%
Adecuada	11	4.56	10	7.25	21	5.54
Inadecuada	230	95.44	128	92.8	358	94.46
Total	241	63.59	138	36.4	379	100

Fuente: Boleta de recolección de datos.

Epiinfo Chi cuadrado: 0.7481

En la tabla se observa el grupo de procedencia que consultó con mayor frecuencia fue del área rural (241 mujeres) con una práctica inadecuada sobre el autoexamen de mama (230 mujeres), y adecuada (11 mujeres) y en menor cantidad del área urbana (138 mujeres) con una práctica inadecuada (128 mujeres) y adecuada (10 mujeres).



Tabla D.3

Estado civil en relación a la práctica de mujeres incluidas en el estudio: “Conocimientos, Actitudes y Prácticas relacionados con el autoexamen de mama”, en mujeres de 20 a 35 años que asistieron al centro de salud “Dr. J. Guillermo Santamarina” de Coatepeque, Quetzaltenango, durante los meses de marzo y abril del 2021.

Estado Civil												
Práctica sobre Autoexamen de mama	Casada		Divorciada		Soltera		Unida		Viuda		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
Adecuada	3	5.56	0	0	0	0	18	5.8	0	0	21	5.54
Inadecuada	51	94.44	4	100	10	100	292	94	1	100	358	94.5
Total	54	14.25	4	1.06	10	2.64	310	82	1	0.26	379	100

Fuente: Boleta de recolección de datos.

Epiinfo Chi cuadrado: 0.9217

En la tabla se observa el grupo de estado civil que consultó con mayor frecuencia fue de unión libre (310 mujeres) con una práctica sobre el autoexamen de mama inadecuada (292 mujeres), y adecuada (18 mujeres) y en menor cantidad con estado civil viuda con una práctica inadecuada (1 mujer).

Tabla D.4

Ocupación en relación a la práctica de mujeres incluidas en el estudio: “Conocimientos, Actitudes y Prácticas relacionados con el autoexamen de mama”, en mujeres de 20 a 35 años que asistieron al centro de salud “Dr. J. Guillermo Santamarina” de Coatepeque, Quetzaltenango, durante los meses de marzo y abril del 2021.

Ocupación										
Práctica sobre Autoexamen de mama	Ama de casa		Estudiante		Oficios Domésticos		Profesional		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
Adecuada	15	5.42	0	0	2	2.53	4	29	21	5.54
Inadecuada	262	94.58	9	100	77	97.47	10	71	358	94.5
Total	277	73.09	9	2.37	79	20.84	14	3.7	379	100

Fuente: Boleta de recolección de datos.

Epiinfo Chi cuadrado: 16.0908

En la tabla se observa el grupo de ocupación que consultó con mayor frecuencia fue ama de casa (277 mujeres) con una práctica sobre el autoexamen de mama inadecuada (262 mujeres), y adecuada (15 mujeres) y en menor cantidad estudiante con una práctica inadecuada (9 mujeres).

Tabla D.5

Escolaridad en relación a la práctica de mujeres incluidas en el estudio: “Conocimientos, Actitudes y Prácticas relacionados con el autoexamen de mama”, en mujeres de 20 a 35 años que asistieron al centro de salud “Dr. J. Guillermo Santamarina” de Coatepeque, Quetzaltenango, durante los meses de marzo y abril del 2021.

Escolaridad												
Práctica sobre Autoexamen de mama	Analfabeta		Primaria		Básico		Diversificado		Universidad		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
Adecuada	0	0	0	0	7	33.3	12	21	2	66.7	21	5.5
Inadecuada	23	100	62	100	22	63.1	46	79	1	33.3	35	94.5
Total	23	6.07	62	16.4	23	61.4	58	15	3	0.79	37	100

Fuente: Boleta de recolección de datos

Epiinfo Chi cuadrado:54.7965

En la tabla se observa el grupo de nivel de escolaridad que consulta con mayor frecuencia fue básico (233 mujeres) con una práctica inadecuada sobre el autoexamen de mama (226 mujeres), y adecuada (7 mujeres) y en menor cantidad de nivel universitario con una práctica adecuada (2 mujeres) e inadecuada (1 mujer).



VIII. ANALISIS Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS

El autoexamen de mama es una de las principales técnicas para detectar precozmente cáncer de mama y de esta manera detener su propagación o proliferación a otros órganos del cuerpo. Una mujer que conoce la textura al tacto de sus mamas tiene más probabilidad de detectar cambios. Este examen es muy importante porque permite a la mujer conocer su cuerpo y a la vez poder detectar alguna anormalidad, además que constituye el único método preventivo para detectar alguna patología o alteración, el cual no es invasivo ayudando a un diagnóstico precoz y a un tratamiento adecuado.

Esta es una técnica que se efectúa por medio de la inspección y la palpación de las mamas, y debe ser realizado de manera periódica, por todas las mujeres mayores de 20 años de edad al finalizar el ciclo menstrual, por lo que es necesario conocer el aspecto y tacto normal de sus mamas para notar cualquier cambio, al realizarse regularmente el autoexamen, se puede establecer como son normalmente y detectar con prontitud cualquier cambio. El presente trabajo de investigación corresponde a un diseño no experimental, el tipo de investigación es descriptiva, transversal y correlacional. Se tuvo como principal objetivo determinar la relación entre el nivel de conocimiento sobre autoexamen de mamas y la actitud y práctica frente a éste, para ello se diseñó un instrumento de recolección de datos, (encuesta) para lo cual se trabajó con una muestra de 379 mujeres que forman parte del área urbana y rural de Coatepeque, Quetzaltenango que se presentaron al Centro de Salud entre los meses de marzo y abril del 2021.

Otros rangos a mencionar se encuentran: identificar características epidemiológicas, determinar los conocimientos y describir actitudes y prácticas sobre autoexamen de mama en mujeres de 20 a 35 años que acuden a consulta externa de centro de salud “Dr. J. Guillermo Santamarina”, Coatepeque, Quetzaltenango.

A. Conocimientos sobre Autoexamen de mama

Se obtuvo una muestra significativa de la población siendo un total de 379 mujeres que acudieron al centro de salud de Coatepeque “Dr. J. Guillermo Santamarina”; al momento de evaluar conocimiento se determinó que 52.8% de las mujeres no poseían buen conocimiento sobre el autoexamen de mama, al ser analizada la relación del conocimiento con la edad de la población estudiada pudimos determinar que las edades de las personas



con mayor conocimiento están comprendidas entre los grupos etarios de 32 a 35 años lo que corresponde a un 9.38% y el rango de edades de las personas con un mal conocimiento entre 28 a 31 años lo que representa al 56%; con lo cual se evidencia que si existe una relación inversamente proporcional ya que entre mayor edad menor es el nivel de conocimientos que tienen las personas; lo anterior tiene un valor estadístico determinado por el valor de la prueba de Chi cuadrado 16.3389 que es mayor que el valor de P con lo cual podemos afirmar que hay una relación entre ambas variables dándole un valor estadístico a esta relación.

Cuando las personas poseen un mayor nivel académico, los conocimientos se amplían lo cual fue comprobado en este estudio, ya que las personas con conocimientos buenos son las que tenían estudios a nivel básico y diversificado, siendo estos en un 2.58% y 8.62% respectivamente.

La procedencia con mayor relevancia es el área rural con el 63.6%, con un nivel de conocimiento malo con el 56%, y en menor cantidad del área urbana 36.41% con un nivel de conocimiento regular 48.55 %, con un chi cuadrado que nos indica un riesgo a tener un mal conocimiento o desinterés sobre el autoexamen de mama; esto tiene relación al poco acceso de información que tiene la población que reside en áreas rurales ya que esa misma población es la que menos conocimientos académicos posee evidenciándose una relación estrecha entre el nivel académico y el lugar de residencia, respecto al estado civil de las mujeres encuestadas el estado civil con mayor prevalencia fue el de unión libre con 82%, lo cual no demostró ninguna relevancia estadística en el resultado de conocimientos que cada una poseía.

Esto en comparación con estudios realizados como por ejemplo el de Cartagena el año 2015 (Hoyos, Montero , Palominio , & Moreno , 2015) nos indica una gran similitud en cuanto a los resultados dando a demostrar que a pesar del tiempo transcurrido la desinformación , falta de interés o el poco acceso a información de la población femenina continua ya que muchas refieren que sus conocimientos son muy malos acerca de la utilidad de las técnicas de realización del autoexamen de mamá a pesar que se ha difundido la información por medios de comunicación y principalmente en áreas de atención primaria como lo son los centros y puestos de Salud.



Este estudio no guarda similitud con el de Pineda, realizado en Ecuador en el 2015, cuando en el estudio de prácticas, conocimientos sobre el autoexamen de mamas en usuarias del Centro de Salud tipo A de Obrapía, encontró que la mayoría si conocían como realizarse el autoexamen de mama. De igual manera no guarda semejanza con el estudio de Barrios y Cristóbal realizado en Lima, en el 2017, donde concluyeron que las mujeres si conocían significativamente sobre el autoexamen. Asimismo, no es compatible con lo reportado por Guevara, ya que en el estudio realizado en Tacna-Perú en el 2014 concluyo que el nivel de conocimientos sobre el autoexamen de mamas esta entre bueno y regular entre ambos establecimientos.

También los resultados tienen similitud con el estudio de Huamanchumo realizado en Lima, Perú en el 2017, quien llegó a las siguientes conclusiones: El nivel de conocimientos sobre autoexamen de mama es de medio a bajo siendo los puntos críticos frecuencia, momento adecuado y técnica correcta en cuanto a la palpación y posición inicial al realizar el autoexamen de mama, así mismo, las mujeres no identificaron la importancia del autoexamen de mama.

B. Actitudes sobre autoexamen de mama

Una actitud es un gesto exterior manifiesto que indica su preferencia y entrega a una actividad observable, es un predicado de un comportamiento futuro, por eso los esfuerzos deben estar destinados a modificar o formar actitudes, por lo cual en el presente estudio se evaluaron y analizaron las actitudes de las mujeres encuestadas sobre el autoexamen de mama, pudiendo demostrar que las actitudes son negativas en un 69.7%.

En relación a la actitud sobre el autoexamen de mama en conexión a la edad se puede observar que el grupo etáreo con mayor prevalencia fue el que demostró actitud negativa encontrándose este en el rango de edades de 20-23 años, contrapuesto a el grupo con una actitud positiva comprendido en el rango de 28-31 años. Al analizar la relación entre las variables de edad y actitud podemos observar un valor de chi cuadrado de 4.1133 lo cual nos demuestra que hay una relación directa entre ambas variables, a mayor edad mejor es la actitud que se encuentra en la población.



C. Práctica sobre autoexamen de mama

Una práctica es un conjunto explícito y observable que una persona ejecuta en circunstancias específicas que es influenciada tanto por los conocimientos, como las actitudes, las cuales pueden ser adecuadas e inadecuadas. Del total de las mujeres encuestadas sobre autoevaluación de mama se pudo determinar que el 94.5% poseía prácticas inadecuadas sobre el tema de estudio. Con los datos anteriores se ha encontrado una similitud con la investigación realizada por Acuña Jara, Jhon Epifanio y Gutiérrez Palomares, Rolando Germán, en el 2014 en Perú, en la cual se concluye que el 24.4% de las mujeres presentan prácticas adecuadas y el 75.6% prácticas inadecuadas sobre el autoexamen de mama, igualmente en la investigación realizada por Pacohuanaco Apaza Maritza, en el 2012, en Perú, en la cual se concluye que no practican el autoexamen de mama en mujeres de la I. E. Mariscal Cáceres, donde también el 73% de las personas estudiadas presentaban prácticas inadecuadas y además en la investigación realizada por Sáenz Orellana, Andrea del Pilar, y Sánchez Castro, Angela Cristina, en el 2010, en Perú, en la cual se concluye que solo el 35.96% de las entrevistadas tuvo practica de autoexamen de mama y el 67% presento prácticas inadecuadas. De modo que, son muy pocas las mujeres quienes practican la autoevaluación de mama y de estas pocas que lo hacen la mayoría lo hacen inadecuadamente, lo que podría incidir a que el autoexamen de mama no se forme como un hábito saludable, pudiendo de esta manera limitar el autocuidado de la mujer.

Esto denota que de las mujeres que acuden al centro de salud "Dr. J. Guillermo Santamarina" de municipio de Coatepeque del Departamento de Quetzaltenango son pocas quienes conocen y practican adecuadamente la autoevaluación de mamas. En este sentido es importante que el personal médico y paramédico de primer nivel de atención sea quien pueda y deba educar, informar y comunicar sobre autoexamen de mama a mujeres de todo escenario, dentro y fuera de las instituciones de salud pública, en donde haga énfasis en ejecutar programas educativos y preventivos sobre el autoexamen de mama en todas las mujeres para así favorecer el incremento de conocimientos y prácticas y que estas sean adecuadas; por consiguiente, se podría ayudar a aumentar la detección precoz del número de casos de cáncer de mama y de esta forma disminuir la mortalidad a causa de esta patología, además favorecería a que la mujer tenga prudencia por su autocuidado y ante la presencia de un signo de alerta en sus mamas y buscar ayuda médica pronta.



D. Datos generales.

Se obtuvo una muestra significativa de la población siendo un total de 379 mujeres que acudieron al centro de salud de Coatepeque “Dr. J. Guillermo Santamarina”; según el perfil epidemiológico de las pacientes que acudieron a la consulta externa del centro de salud “Dr. J. Guillermo Santamarina”, se identificó que el mayor número de mujeres que consulto esta entre el rango de edad de 28 - 31 años con 51%, 22% de 24- 27 años, 17% de 32 - 35 años, 10% de 20 – 23 años.

La procedencia de los pacientes, se identificó que el 64% fueron pacientes del área rural, y 36% fueron del área urbana. En la gráfica del estado civil de las pacientes se determinó que el 81.79% son de unión libre, 14.25% casadas, 2.64% solteras, 1.06% divorciadas y solo 0.26% de los casos se encontraban viudas. Al analizar el estado civil de los datos obtenidos la mayor parte son de unión libre, según rango de edad eran jóvenes.

En cuanto a la escolaridad de las pacientes el mayor número cursaron el nivel básico con 61.48%, continua el 16.36% con nivel primario, 15.30% con nivel diversificado, 6.07% analfabetas y 0.79% con un nivel universitario. El grado académico de las pacientes es uno de los factores que deben analizarse ya que puede ser un factor que evite información con el fin de prevención.

En la tabla de profesión u oficio se identificó que el mayor número de casos de ocupación; ama de casa con el 73%, oficios domésticos con el 21%, profesionales con el 4% y estudiantes con el 2%. Una baja escolaridad aumenta el nivel de desinformación.



IX. CONCLUSIONES

1. Se acepta la hipótesis de investigación lo cual significa que las mujeres de 20 a 35 años de edad que acuden a consulta externa de Centro de Salud “Dr. J. Guillermo Santamarina” tienen un nivel de conocimiento bajo sobre el autoexamen de mama, la actitud inadecuada se relaciona con la baja práctica del autoexamen de mama.
2. La mayoría de mujeres que fueron parte del estudio no poseen conocimientos sobre el autoexamen de mama puesto que se identificó que el 52.77% de las pacientes encuestadas tienen un conocimiento malo sobre el autoexamen de mama y únicamente el 3.27% es bueno.
3. La mayoría de las mujeres no tienen buenas actitudes en relación sobre al autoexamen de mama puesto que el 69.66% del total presenta una actitud negativa.
4. La mayoría de las mujeres no practican el autoexamen de mama representado por un 94.5% y la minoría que lo práctica lo realiza de manera inadecuada ya sea por la falta de conocimiento o acceso a la información para realizarlo, lo cual es un factor negativo para garantizarlo como un hábito en la salud de la mujer, obstaculizando así la detección precoz del cáncer de mama y por ende incidiendo en el aumento de mortalidad a causa de dicho cáncer.
5. Para realizar la inferencia estadística se aplicó la prueba inferencial no paramétrica Chi cuadrado, obteniendo resultados significativos lo cual permitió aceptar la hipótesis de investigación comprobando estadísticamente que las variables estudiadas son dependientes, y existe una relación entre ellas.
6. Se identificó que el mayor número de mujeres que consultó al centro de salud incluidas en el estudio esta entre el rango de edad de 28 - 31 años con el 51%, desconocen sobre el autoexamen de mama y la mayor procedencia pertenecen al área rural, con él 64% y 36% fueron del área urbana. Al igual se determinó que el 81.79% son de unión libre y que la escolaridad se encuentra en el nivel básico con 61.48%, y en menor cantidad 6.07% analfabetas y 0.79% con un nivel universitario. Y la profesión u oficio se identificó que el mayor número de casos de ocupación; ama de casa con el 73%. Por lo que se considera que el nivel académico y la ocupación es uno de los factores que deben analizarse de manera más específica ya que puede ser un factor que aumenta la desinformación con el fin de prevención, ya que el mayor porcentaje de mujeres manifestaron desinterés sobre el tema, a



pesar de que consideran la práctica del autoexamen de mama como importante, sin embargo, no lo realizan, siendo la principal razón en el estudio la falta de conocimiento sobre cómo realizarlo, por lo que se hace evidente la necesidad de ampliar la cobertura y mejorar las barreras de acceso a estas poblaciones.



X. RECOMENDACIONES

Al personal del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social

- Capacitar de manera constante al personal del Área de Salud de Coatepeque, Quetzaltenango sobre la realización correcta de la práctica del autoexamen de mama.

Al Centro de Salud “Dr. J. Guillermo Santamarina” de Coatepeque, Quetzaltenango.

- Priorizar la atención y difusión a las mujeres mayores de 20 años sobre la realización del autoexamen de mama, debido a que a partir de esta edad se convierten más vulnerables a padecer cáncer de mama.
- Incluir en su programa mensual charlas informativas y motivacionales de la correcta realización del autoexamen de mama a las pacientes que asisten al Centro de Salud, no importando el motivo de su consulta.
- Informar en cada consulta de Planificación Familiar y jornadas de papanicolaou sobre la importancia que tiene realizar el autoexamen de mama y como debe de realizarlo.
- Proporcionar trifoliar con información fácil de entender sobre cómo realizar adecuadamente el autoexamen de mama.
- Capacitar a los profesionales en salud en la atención primaria para promocionar y educar con énfasis sobre la práctica del autoexamen de mama, incentivando a todas las mujeres a realizárselo respetando sus hábitos, costumbres y grado de instrucción.
- Impulsar a través del Ministerio de Salud y otras organizaciones, campañas educativas a la población de manera directa y a través de los medios de comunicación sobre el autoexamen de mama y patología mamaria e influir en la detección temprana del cáncer de mama.
- Desarrollar nuevas estrategias para la promoción sobre el autoexamen de mama por parte del profesional básico de salud con el objetivo de promover desde edades tempranas la importancia de este autoexamen y se evalúen los conocimientos pre-estrategia y post-estrategia.



A la población de Coatepeque, Quetzaltenango

- El uso de la técnica de Autoexploración de mama de manera correcta aumenta la tasa de supervivencia al ser detectado de manera precoz y así reducir el mayor riesgo posible.
- Consultar, sin miedo, ni reservas, con el médico ante cualquier variación sobre ambas mamas.



XI. BIBLIOGRAFIA

- Alcaraz, J. S. (2015). *Anatomía patológica de la mama* . Obtenido de <https://www.um.es/documents/4874468/9019069/Tema41.pdf/3eca229a-09a6-49f9-845b-4b00d8cf905d>
- CDC. (septiembre de 2018). *Cancer de Mama* . Obtenido de Centro de control de enfermedades : https://www.cdc.gov/spanish/cancer/breast/basic_info/what-is-breast-cancer.htm
- Codes, M. (2015). *Hablemos del Cancer de mama* . Obtenido de http://www.seom.org/seomcms/images/stories/recursos/infopublico/publicaciones/HABLEMOS_CANCER_MAMA.pdf
- Davila, M. G. (2019). *Conocimiento y practicas del autoexamen mamario en mujeres* . Obtenido de http://repositorio.unapiquitos.edu.pe/bitstream/handle/UNAP/6052/Marjory_Tesis_Titulo_2019.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Fernandez. (2016). *Diagnostico y tratamiento de la patologia mamaria* . Obtenido de <http://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/guiasclinicas/240GRR.pdf>
- Fernandez, J. G., & Ugalde , C. (2012). *Glandula Mamaria* . Obtenido de <https://www.binasss.sa.cr/revistas/rmcc/602/art26.pdf>
- Gago, T. A. (2014). *Embriologia, desarrollo y alteraciones congenitas de la mama*. Obtenido de <https://www.master-mastologia.com/wp-content/uploads/2014/12/Embriolog%C3%ADa-desarrollo-y-alteraciones-cong%C3%A9nitas-de-la-mama.pdf>
- Gimenez, L. T. (2017). *Anatomia de la mama*. Obtenido de <http://www.acmcb.es/files/425-9996-DOCUMENT/Tortajada4416Mar16.pdf>
- Gutierrez, M. d. (2017). *Nivel de conocimientos sobre autoexamen de mama de mujeres que acuden a un centro de salud* . Obtenido de http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/handle/cybertesis/6010/Huamanchumo_gm.pdf?sequence=3&isAllowed=y
- Guzman, K. (2012). *Carcinoma ductal infiltrante* . Obtenido de <http://www.archivosdemedicina.com/medicina-de-familia/carcinoma-ductal-infiltrante-el-tipo-de-cncer-de-mama-ms-comn.pdf>



- Hernanz, F. (2015). *Anomalías congénitas de la mama* . Obtenido de <https://ocw.unican.es/pluginfile.php/1081/course/section/1286/4.1.pdf>
- Hoyos, E., Montero , D., Palominio , B., & Moreno . (2015). *Conocimientos, actitudes y practicas sobre el autexamen de mama en mujeres del area Rural* . Cartagena .
- Hoyos, L. L. (2015). *Practica adecuada del autoexamen de mama en mujeres mayores de 20 años*. Cordoba .
- Hucochea, S. (2016). *Cancer de mama* . Obtenido de <https://www.medigraphic.com/pdfs/anaradmex/arm-2009/arm091j.pdf>
- Mendoza, E. P. (2016). *Conocimiento y practicas del auoexamen de mamas* . Obtenido de http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/handle/cybertesis/5897/Paucar_me.pdf;jsessionid=94415462F1528D99E9991D42D352819C?sequence=1
- Mora, J. F., & Ruelas , E. (2012). *Anatomía patológica de la glandula mamaria* . Obtenido de <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/documentos/DOCSAL7249.pdf>
- Najera, S. (2013). *Conocimiento y pracctica sobre el autoexamen de mama* . Obtenido de <http://scielo.isciii.es/pdf/eg/v12n29/enfermeria3.pdf>
- Oncoguía. (2018). *cancer de ama* . Obtenido de <http://incan-mexico.org/revistainvestiga/elementos/documentosPortada/1327324685.pdf>
- OPS. (2017). *Deteccion temprana, fisiologia y exploracion de las mamas* . Obtenido de <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2015/fisiologia-de-la-mama.pdf>
- Patología mamaria* . (2013). Obtenido de <https://www.ucm.es/data/cont/docs/420-2014-02-27-Patologia%20mamaria.pdf>
- Ponciano, A. L. (2017). *Grado de informacion, actitudes y practicas del autoexamen del seno* . Obtenido de http://biblioteca.usac.edu.gt/tesis/05/05_10657.pdf
- Quispe, P. Z. (2017). *Conocimiento y practicas del autoexamen de mamas* . Obtenido de http://repositorio.unap.edu.pe/bitstream/handle/UNAP/6365/Zela_Quispe_Paola.pdf?sequence=3&isAllowed=y
- Ramirez. (2014). *Patología de la mama*. Obtenido de <https://www.uv.es/~jvramire/apuntes/curs%202011-12/TEMA%20G-14.pdf>
- Rivas, J. (2016). *Guía de prevencion y control del cancer de mama*. Obtenido de http://asp.salud.gob.sv/regulacion/pdf/guia/Guia_Mama_Mujer.pdf
- Viniega, M. (2014). *Evaluacion clinica mamaria* . Obtenido de <http://www.msal.gob.ar/images/stories/bes/graficos/0000000865cnt-Manualevaluacionclinicamamaria.pdf>



UNIVERSIDAD MESOAMERICANA
FACULTAD DE MEDICINA
INVESTIGACIÓN

FORMATO PARA SOLICITAR APROBACIÓN DE TEMA DE INVESTIGACIÓN

YO, Karla Roxana Sepúlveda Maldonado con número de Carnet 2006110005, actualmente realizando la rotación de EPS en Caballo Blanco

SOLICITO APROBACIÓN

para realizar investigación del tema: Nivel de conocimiento sobre el autoexamen de mama en pter mujeres de 20 a 35 años que acuden a consulta externa de ginecología.
para el cual propongo como Asesor a: Dr. Ana Lucía Soto

teniendo previsto que se lleve a cabo en Hospital regional de Huehuetenango.
Dr. Jorge Vider Molina

y abarcará el período de Agosto a enero
Quetzaltenango, 1 de abril de 2019

Karla Sepúlveda M
Firma

Fecha recepción en la Universidad

USO DE LA UNIVERSIDAD

TEMA APROBADO

TEMA RECHAZADO

AMPLIAR INFORMACIÓN

OBSERVACIONES:

Ampliar estudio a CAP's y platicar con asesor para metodología

Tutor Asignado Dr. Ivaine Gómez

Dr. Mario Roberto De León Fajalá
Cirujano
Médico y Col. 6,091
Por Comité de Investigación



Vo. Bo. Dr. Jorge Antonio Ramos Zepeda
MESOAMERICANA
QUETZALTENANGO



Coatepeque, Febrero de 2021

Dra. Beatriz Santamarina
Directora de Distrito Coatepeque
Coatepeque, Quetzaltenango

Estimada Dra. Santamarina:

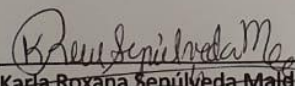
Yo, Karla Roxana Sepúlveda Maldonado, estudiante con pensum cerrado, de la Universidad Mesoamericana, por medio de la presente me dirijo a usted respetuosamente para exponer lo siguiente:

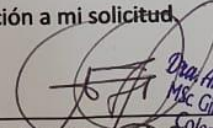
1. Soy estudiante de la carrera de Ciencias Médicas de la Universidad Mesoamericana, sede Quetzaltenango.
2. Actualmente he culminado el período de práctica hospitalaria, la cual desarrolle en el Hospital Nacional de Huehuetenango, Hospital Nacional de San Marcos.
3. Me encuentro desarrollando el trabajo de investigación de tesis denominado "Nivel de conocimientos, actitudes y practicas relacionadas con el Autoexamen de Mama en pacientes de 20 a 35 años".
4. El trabajo de investigación es asesorado por la Dra. Ana Lucia Soto Gineco-Obstetra.

Por lo expuesto anteriormente, de manera respetuosa me dirijo a usted para solicitar se sirva considerar la posibilidad de **autorizar la recolección de datos para el desarrollo del trabajo de tesis**, esta recolección se llevará a cabo en el servicio de Ginecología y se estima que tendrá una duración de dos meses.

Considerando las circunstancias de salud que se viven actualmente en el país, me comprometo a respetar las normas de regulación y bioseguridad que sean necesarias a fin de evitar riesgos a la salud de las personas.

Agradezco de antemano su atención y consideración a mi solicitud.


Karla Roxana Sepúlveda Maldonado


Vo.Bo. Dra. Ana Lucia Soto Fuentes
MSc. Ginecología y Obstetricia
Colegiado No. 17,013

*Autorizado
22-02-2021.*

Dra. Beatriz Santamarina
Coordinadora
Municipal de Salud
Coatepeque, Quetzaltenango.





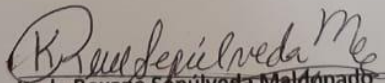
Quetzaltenango, 09 de Febrero 2021

Respetable
Comité de Tesis
Facultad de Medicina
Universidad Mesoamericana
Quetzaltenango

Estimado Comité de Tesis:

Le saludo cordialmente deseándoles éxitos en sus labores cotidianas.
Por medio de la presente me dirijo a ustedes respetuosamente Yo: Karla Roxana Sepúlveda Maldonado estudiante con cierre de pensum; solicito la Autorización de cambio de lugar para la recolección de datos de trabajo de investigación de tesis denominado "Nivel de Conocimientos, Actitudes y Practicas relacionadas con el Autoexamen de mama en pacientes de 20 a 35 años que acuden a Consulta Externa de Ginecología" por medio de encuesta la cual estaba planificada para realizarse en el área de Consulta externa de Hospital Nacional de Huehuetenango "Dr. Jorge Vides Molina", pero en base a las circunstancias de calamidad por Pandemia vividas actualmente en nuestro país se me informa que Consulta Externa permanecerá cerrada hasta finales de año, es por tal motivo que solicito que el estudio pueda ser realizado en Centro de Salud de Coatepeque en el área de Consulta Externa de Ginecología, ya que cuento con el visto bueno de Revisor de Tesis Dr. Jaime Gómez y Asesora Dra. Ana Soto, ya que es un estudio tipo CAP el cual puede realizarse sin ningún inconveniente en Centro de Salud y así mismo solicitando que continúe siendo mi Revisor de Tesis el Dr. Jaime Gómez debido a su amplia experiencia en el tipo de estudio, sin nada mas que agregar, me despido deseándoles éxitos.

Atentamente


Karla Roxana Sepúlveda Maldonado
42194808

Aprobado
12/2/2021