

**REPÚBLICA DE CUBA
UNIVERSIDAD DE CIENCIAS MÉDICAS
“Dr. JOSÉ ASSEF YARA”
FILIAL DE CIENCIAS MÉDICAS
MORÓN**

**ESTRATEGIA EDUCATIVA PARA LA REALIZACIÓN DEL
AUTOEXAMEN DE MAMA EN EL CONSULTORIO No. 24,
POLICLÍNICO NORTE MORÓN.**

***AUTOR: Lic. Deynis de los Ángeles Regueiro Suárez
Licenciada en Enfermería
Profesora Asistente***

***Trabajo de Tesis para optar por el Título de Master en Atención
Integral a la Mujer
CIEGO DE ÁVILA
-2010-***

**REPÚBLICA DE CUBA
UNIVERSIDAD DE CIENCIAS MÉDICAS
“Dr. JOSÉ ASSEF YARA”
FILIAL DE CIENCIAS MÉDICAS
MORÓN.**

**ESTRATEGIA EDUCATIVA PARA LA REALIZACIÓN DEL
AUTOEXAMEN DE MAMA EN EL CONSULTORIO No. 24,
POLICLÍNICO NORTE
MORÓN**

***AUTOR: Lic. Deynis de los Ángeles Regueiro Suárez
Licenciada en Enfermería
Profesora Asistente***

***Tutor: MSc. Nancy María Acosta Alonso
Especialista de 1er grado en Medicina General Integral.
MSc en Educación Médica y en Atención Integral La Mujer
Profesor Asistente.***

***ASESOR: Dra. C. Liset Barreda Jorge
Licenciada en Educación Especialidad Matemática
Profesora Auxiliar***

***Trabajo de Tesis para optar por el Título de Master en Atención
Integral a la Mujer
CIEGO DE ÁVILA
-2010-***

PENSAMIENTO



“La contribución social, moral y científica de Enfermería a la sociedad reside en su compromiso con los ideales de la asistencia humana en la teoría, la práctica y la investigación.”

J. Watson.

RESUMEN

Se realizó una investigación observacional descriptiva, transversal, con el objetivo de elaborar una estrategia educativa para orientar a las mujeres en la realización del autoexamen de mama entonces se puede contribuir a elevar el conocimiento y disminuir la incidencia de cáncer de mamas en las pacientes del consultorio No 24 del policlínico norte del municipio Morón.

El estudio comprende de Enero- Diciembre 2009. El universo de estudio estuvo constituido por 386 pacientes mayores de 30 años, pertenecientes al consultorio. Se realizó un muestreo probabilístico aleatorio simple, al tener en cuenta el 33 % del universo y la muestra quedó constituida por 127 pacientes pertenecientes a dicho consultorio. La recolección de los datos fue a través de formularios, por encuesta a las pacientes y se exploró la realización del autoexamen de mamas por la autora del trabajo, donde se encontró que el mayor por ciento de las pacientes se encontraban en el grupo de edades comprendidas entre 40-45 años, con un nivel de escolaridad de bachiller terminado siendo trabajadoras, predominando en ellas el no tener antecedentes familiares de patologías de la mama y una frecuencia alta de antecedentes personales de algún tipo de enfermedad de la mama prevaleciendo el nódulo mamario. El conocimiento de la técnica del autoexamen de mama es bajo en las pacientes del estudio, refiriendo que la información recibida ha sido fundamentalmente por los programas de la televisión y el equipo de salud les ha brindado información escasa sobre este tema. Más de la mitad de las que respondieron conocer la técnica, realizan la misma de forma incorrecta, por lo que se propone una Estrategia educativa para realizar una intervención en la población femenina del consultorio y elevar los conocimientos sobre autoexamen de mamas.

PALABRAS CLAVES: CÁNCER DE MAMA, AUTO EXAMEN DE MAMA.

RESUMEN

AGRADECIMIENTOS.

A mi querida tutora: La Dr. Nancy Acosta por su dedicación, tiempo y orientaciones precisas y a la Dr. C. Liset Barrera Jorge por su apoyo inigualable, amor y confianza en mí, a ambos, por haberme exigido y guiado en el estudio necesario. A mi esposo e hijos, por la paciencia y la comprensión incondicional. A mis padres y hermano por el amor, apoyo y preocupación por mí. A mis compañeros del Departamento de Enfermería de la Filial de las Ciencias de la Salud en Morón por el apoyo y sugerencias dadas a cada paso que daba.

A todos los amigos y amigas que en algún momento de la construcción de este texto científico han estado conmigo en este largo y emocionante camino del **saber**, **haciendo** ciencia, para poder **ser** un poco más científicos y poder **convivir** en la diversidad.

AGRADECIMIENTO

DEDICATORIA.

A mis hijos Drielys y David, por ser fuentes de inspiración amor y ternura.

A mis padres, por la dedicación y preocupación constante.

A mi esposo, por el tiempo que este estudio nos ha robado.

A todos las personas que han contribuido con esta investigación

DEDICATORIA

INDICE

Índice	Pág.
Introducción -----	1-3
-	
Objetivos -----	4
CAPITULO I: Fundamentación Teórica -----	5-20
CAPITULO II: Material y Método -----	21-25
CAPITULO III: Resultados y Discusión -----	26-39
-	
Conclusiones -----	40
Recomendaciones -----	41
Referencias Bibliográficas -----	42-45

INTRODUCCION

En el mundo más de 20 millones de personas viven con cáncer, la mayoría en los países en desarrollo, "El cáncer evoca una desesperación tal que se ha convertido en una metáfora de sufrimiento y dolor, un azote que pone a prueba nuestros recursos intelectuales y emocionales", las cifras nos indican que todos nos veremos afectados, ya sea como pacientes, familiares y amigos (1)

El cáncer de la glándula mamaria es el más común en mujeres, comprende aproximadamente el 20% de todos los cánceres en el mundo. En el año 2000 alrededor de 189 000 mujeres murieron a causa de este en los países desarrollados y 184 000 en los países en desarrollo, cifra que representan el 16% y 12 % respectivamente. (2).

En las últimas décadas el riesgo de presentar cáncer de mama en los países desarrollados ha aumentado entre el 1 y 2 por ciento al año. Si bien hay pocos datos acerca de esta enfermedad en los países en desarrollo, los registros de cáncer sugieren que las tasas de incidencia estandarizadas por edad están aumentando más rápidamente en aquellas regiones donde la incidencia es baja, tales como África y Asia. Los investigadores creen que factores socioeconómicos, características del estilo de vida (primer embarazo tardío y dietas ricas en grasas) y cambios en los patrones menstruales favorecen el aumento del riesgo en los países en desarrollo. (2; 3).

Cuanto antes se detecte y diagnostique la enfermedad, mayores serán las posibilidades de que el tratamiento curativo tenga éxito. Por consiguiente, es preciso desarrollar medidas inteligentes para el diagnóstico precoz, como el autoexamen de mamas, que si bien no disminuye la mortalidad se observa que los tumores encontrados parecen ser más pequeños y pueden asociarse a mejor pronóstico y tratarse más fácilmente con cirugía conservadora de la mama.(4)

La frecuencia de cáncer de mama está aumentando considerablemente debido a la difusión de métodos de diagnóstico oportuno mediante imágenes lo que ha permitido desarrollar programas de detección precoz de la enfermedad. (5)

El cáncer de mama todavía no se puede prevenir, la única posibilidad de combatirlo radica en su detección precoz para la cual se han puesto en práctica tres grandes estrategias cuya eficiencia y relación costo-beneficio suscitan muchas controversias: el auto examen del seno (AES), el examen clínico del seno (ECS) y la mamografía. (5, 6, 7, 8, 9)

En Cuba, el cáncer de mama es la primera causa de muerte por neoplasia maligna en la mujer y se diagnostican cada año más de 1 600 casos nuevos que, lamentablemente, buena parte de ellos están en estadíos avanzados (10) y ha venido representando una importante tasa de mortalidad desde hace varios años, la incidencia en el año 2001 fue de 25.9 por 100 000 habitantes, tasa promedio anual, 18,7% del total (11-13). En estos momentos es de 43,2 por 100 000 habitantes, tasa promedio anual 148,9% del total.

El riesgo de enfermar y morir por cáncer de mama en nuestra provincia ascendió al tercer lugar en el país en el estudio realizado por el Instituto Nacional de Oncología y Radio biología en el trienio 1991-1993 (14,15).

El diagnóstico de un tumor de mama descansa en tres aspectos: el autoexamen mamario el cual detecta el 83% en etapa 1 y 2, la exploración clínica diagnóstica el 90-95% de los cánceres 73% en etapa 1 y 2 (16); y medios diagnósticos como la mamografía que detecta un tumor 2 años antes de que sea descubierto clínicamente, el 93% en etapa 1 y 2, la vinculación de estos aspectos ofrece resultados satisfactorios (13).

Como la mama puede ser examinada con facilidad, las propias mujeres pueden desempeñar un papel importante en la detección de enfermedades de esta glándula y es recomendable la divulgación de los procedimientos para el autoexamen de las mismas, pues estas técnicas empleadas sistemáticamente, permiten la detección de anomalías que pueden corresponderse con las manifestaciones clínicas iniciales de una neoplasia (17). Un autoexamen de mamas periódico puede ser la medida más inteligente en la lucha contra el cáncer. Esta práctica constante arroja buenos resultados, ya que alerta sobre la más mínima irregularidad que deberá ser de inmediato informada al médico. (18)

El médico de la familia desempeña una importante función en la estructuración concreta del Programa Nacional del Cáncer, pero la aplicación de dichos programas y sus tareas no han sido totalmente eficaces pues han existido

dificultades en la divulgación del autoexamen y su importancia, en la realización del examen clínico periódico de las mamas y en pesquisar activamente a la población femenina en riesgo. Estas cuestiones han afectado el papel protagónico del equipo de salud de la atención primaria en la disminución de la mortalidad por cáncer y el apoyo de las organizaciones comunitarias en la detección precoz del cáncer de mama (19,20)

Estos resultados evidencian la baja efectividad del desempeño para prestar a la población femenina de su área de influencia los servicios de promoción, prevención y diagnóstico de cáncer de mamas. (21).

En el Municipio Morón en los últimos años han fallecido mujeres por cáncer de mama, lo cual pudo ser prevenible, por tal motivo, la autora se motivó a realizar esta investigación. Por lo que se puede plantear que el **problema de la investigación** resulta ser que existen **insuficiencias en el conocimiento de las mujeres en la realización del autoexamen de mamas en el área norte en el municipio Morón.**

Para el desarrollo de esta investigación el estudio se centró en el **objeto:** el proceso preventivo de salud y como **campo de acción:** el autoexamen de mama.

La **hipótesis de investigación** es que si se propone una estrategia educativa para orientar a las mujeres en la realización del autoexamen de mama entonces se puede contribuir a elevar el conocimiento y disminuir la incidencia de cáncer de mamas en el municipio Morón.

OBJETIVOS

I-. GENERALES

I.1-. Elaborar una estrategia educativa de orientación en la realización del autoexamen de mama para contribuir al conocimiento en relación al cuidado de las mamas en las pacientes del consultorio No 24 del Policlínico Norte del municipio Morón.

II-. ESPECIFICOS

II.1-. Distribuir las pacientes a estudiar según:

- ❖ Grupos de edades
- ❖ Nivel de escolaridad
- ❖ Ocupación

II.2-. Definir antecedentes patológicos personales y familiares de Enfermedades de la mama en las pacientes del estudio

II.3-. Identificar el nivel de conocimiento que poseen las mujeres sobre el autoexamen de mamas según su opinión.

II.4-. Describir los medios a través de los cuales las mujeres adquieren información sobre el autoexamen de mamas.

II.4-. Explorar la realización del autoexamen de mamas.

II.5-. Proponer una Estrategia Educativa que oriente a las mujeres en la realización del autoexamen de mama.

MARCO TEÓRICO

El cáncer de mama es uno de los cánceres tumorales que el hombre conoce desde antiguas épocas. La descripción más antigua del cáncer (el término cáncer no era usado) proviene de Egipto y es del 1600 adC aproximadamente. El papiro Edwin Smith describe 8 casos de tumores o úlceras del cáncer que fueron tratados con cauterización, con una herramienta llamada "la orquilla de fuego". El escrito dice sobre la enfermedad, "No existe tratamiento". Es curable. A lo mínimo un caso descrito es de un hombre. Por siglos los médicos han descrito casos similares, todos teniendo una triste conclusión. No fue sino hasta que la ciencia médica logró mayor entendimiento del sistema circulatorio en el siglo XVII que se lograron felices avances. En este siglo se pudo determinar la relación entre el cáncer de mama y los nódulos linfáticos axilares. El cirujano francés Jean Louis Petit (1674-1750) y posteriormente el cirujano Benjamín Bell (1749-1806) fueron los primeros en remover los nódulos linfáticos, el tejido mamario y los músculos pectorales (mastectomia radical). Su senda de comprensión y avance fue seguida por William Stewart Halsted que inventó la operación conocida como "Mastectomia Radical de Halsted", procedimiento que ha sido popular hasta los últimos años de la década del 70. (22-24)

En medicina el cáncer de mama se conoce con el nombre de carcinoma de mama. Es una neoplasia maligna que tiene su origen en la proliferación acelerada e incontrolada de células que tapizan, en 90% de los casos, el interior de los conductos que durante la lactancia, llevan la leche desde los acinos glandulares, donde se produce, hasta los conductos galatóforos, situados detrás de la areola y el pezón, donde se acumula en espera de salir al exterior. Este cáncer de mama se conoce como carcinoma ductal. En el 10% de los casos restantes el cáncer tiene su origen en los propios acinos glandulares y se le llama carcinoma lobulillar. El carcinoma ductal puede extenderse por el interior de la luz ductal e invadir el interior de los acinos en lo que se conoce como fenómeno de cancerización lobular. (21)

En la actualidad existe un aumento global de la enfermedad. Expertos estiman que la explicación más aceptada es la "occidentalización" del mundo en desarrollo (25).

En los países occidentales desarrollados, las mujeres poseen un estatus social relativamente elevado, algunas retrasan la maternidad y cada vez tienen menos hijos. Algunos de estos comportamientos también son comunes en las naciones en desarrollo y son considerados factores de riesgo. (25)

Es importante que las mujeres conozcan sus riesgos y la importancia de los exámenes diagnósticos para la disminución de la mortalidad.

También es vital que los gobiernos y la comunidad médica tomen conciencia de este problema que alcanza nivel global y que amenaza la vida de miles de mujeres todos los años.

Las mamas o senos se componen de grasa, tejido conectivo y glandular. En este tejido se encuentran las glándulas productoras de leche de las que nacen unos 15 ó 20 conductos mamarios, para transportar la leche hasta el pezón, rodeado por la areola. Estos lobulillos y conductos se encuentran en el estroma, un tejido adiposo, en el que también están los vasos sanguíneos y linfáticos. Los tejidos mamarios están conectados, además, con un grupo de ganglios linfáticos, localizados en la axila. Estos ganglios son claves para el diagnóstico del cáncer de mama, puesto que las células cancerosas se extienden a otras zonas del organismo a través del sistema linfático. Cuando se habla de ganglio centinela se alude, precisamente, al ganglio más cercano al lugar donde se localiza el cáncer (26)

El cáncer de mama consiste en la proliferación acelerada e incontrolada de células del epitelio glandular de los conductos de la mama. Como en otros tumores malignos, estas células se caracterizan por presentar particularidades propias de las células embrionarias: son células des-diferenciadas que han aumentado sus capacidades reproductivas enormemente y que se han vuelto inmortales, es decir, no pueden envejecer. Tampoco suelen madurar, aunque con frecuencia se diferencian adoptando características propias de estirpes celulares diferentes a las de las células de las que proceden, lo que se conoce como metaplasia, un fenómeno por el que adquieren características que las acercan a las de las células totipotenciales (26; 27).

El tipo más común de cáncer de mama es el carcinoma ductal, el cual comienza en las células de los conductos. El cáncer que se origina en los lóbulos o los lobulillos se denomina carcinoma lobular y se encuentra con mayor frecuencia en ambas mamas que otros tipos de cáncer de mama. El

cáncer inflamatorio de mama es un tipo de cáncer poco frecuente en el cual la mama está caliente al tacto, enrojecida e inflamada. (18).

Factores epidemiológicos de riesgo y etimología

Hoy en día, el cáncer de mama, como otras formas de cáncer, es considerado el resultado de daño ocasionado al ADN. Este daño proviene de muchos factores conocidos o hipotéticos (tales como la exposición a radiación ionizante). Algunos factores llevan a un incrementado rango de mutación (exposición a estrógenos) reparo disminuido (los genes BRCA1, BRCA2, y p53). A pesar de que muchos riesgos epidemiológicos y cofactores biológicos y promotores han sido identificados, la causa primaria aún es desconocida. Las influencias dietarias han sido propuestas y examinadas, pero éstas no indican aumento o disminución de riesgo.

Los humanos no son los únicos mamíferos capaces de desarrollar cáncer de mama. Algunos tipos de ratones, principalmente el ratón doméstico (*Mus domesticus*) son susceptibles de desarrollar cáncer de mama que se sospecha es causado por el virus del cáncer de mama en el ratón (MMTV) por mutagénesis insercional aleatoria. La sospecha de la existencia de origen viral del cáncer de mama es controversial, y la idea no es mayormente aceptada por la falta de evidencia definitiva o directa. Hay mucha mayor investigación en el diagnóstico y tratamiento del cáncer que en su causa de origen. (28)

El riesgo de contraer cáncer de mama se incrementa con la **Edad**. Para una mujer que vive más allá de los 90 años la probabilidad de tener cáncer de mama durante toda su vida es de 12,5% o 1 en 8. Los hombres también pueden desarrollar cáncer de mama, pero su riesgo es menor de 1 en 1000. El riesgo es modificado por muchos factores diferentes. En una porción muy pequeña de cáncer de mama (5%) hay un gran factor de herencia familiar. La probabilidad de adquirir cáncer de mama aumenta con la edad, pero el cáncer de mama tiende a ser más agresivo cuando ocurre en mujeres jóvenes. Un tipo de cáncer de mama que ocurre y es especialmente agresivo y desproporcional en las mujeres jóvenes es el cáncer de mama inflamatorio. Inicialmente es puesto en el estadio III o estadio IV. También es característico porque normalmente no se presenta con masa por lo tanto no es detectado con

mamografía o ecografía. Se presenta con los signos y síntomas de Mastitis. (28; 29)

Dos **genes**, el BRCA1 y el BRCA2, han sido relacionados con una forma familiar rara de cáncer de mama. Las mujeres cuyas familias poseen mutaciones en estos genes tienen un riesgo mayor de desarrollar cáncer de mama. No todas las personas que heredan mutaciones en estos genes desarrollarán cáncer de mama. Conjuntamente con el síndrome Li-Fraumeni (mutación del p53), estas aberraciones genéticas determinarían aproximadamente el 5% de todos los casos de cáncer de mama, sugiriendo que el resto es esporádico. Recientemente se ha encontrado que un gen llamado BARD1, cuando está combinado con el gen BRCA2 incrementa el riesgo de cáncer hasta en un 80%.

Estudios llevados a cabo en el Reino Unido concluyeron que "los estudios confirman las observaciones previas de que aparentemente existe la asociación entre el consumo de **alcohol** y el incremento en el riesgo de cáncer de mama en las mujeres. Pero existe una débil asociación entre la cantidad de alcohol consumida y el riesgo relativo"

El Comité norteamericano de Carcinogenicidad de químicos en la comida concluye "Una nueva investigación concluye que una mujer que toma en promedio dos unidades de alcohol por día tiene un riesgo un 8% superior de desarrollar cáncer de mama que la mujer que sólo bebe una unidad de alcohol por día. El riesgo de cáncer de mama aumenta con la cantidad de alcohol consumido diariamente". La investigación concluye que el 6% de casos de cáncer de mama se podrían evitar si se redujera el consumo de alcohol a niveles muy bajos (menos de una unidad de alcohol por día).

Investigadores del National Cancer Institute y el National Institute of Environmental Health Sciences han concluido un estudio que sugiere que la **luz** artificial puede ser una causa de cáncer de mama.

Se ha descrito los contraceptivos orales combinados de **hormonas estrógeno-progesterona** como carcinogénicos en humanos. También se ha encontrado aumento en el riesgo de adquirir cáncer de mama en mujeres en tratamiento combinado en la terapia de la menopausia.

En relación al **parto**, las mujeres que nunca han tenido hijos o que los tuvieron sólo después de los 30 años tienen un mayor riesgo de desarrollar cáncer de mama.

Las mujeres que inician tempranamente sus **períodos menstruales** (antes de los 12 años) o llegan a la menopausia después de los 55 tienen un riesgo mayor de cáncer de mama en embarazo más de una vez o a temprana edad reduce el riesgo de padecer este tipo de cáncer.

Una persona tiene mayor riesgo de cáncer de mama si ha recibido **terapia de reemplazo hormonal** durante algunos años o más. Muchas mujeres toman este tipo de terapia para reducir los síntomas de la menopausia.

La **obesidad** ha estado asociada con el cáncer de mama, aunque este vínculo es controversial. La teoría es que las mujeres obesas producen más estrógeno, el cual puede estimular el desarrollo de este cáncer.

Si una persona recibió **radioterapia** cuando era niño o adulto joven para tratarle un cáncer del área del tórax, tiene un riesgo significativamente mayor de desarrollar cáncer de mama. Entre más joven se haya iniciado la radiación, mayor es el riesgo, especialmente si la radioterapia se administró cuando a la mujer se le estaban desarrollando las mamas.

Los implantes mamarios, el uso de antitranspirantes y el uso de sostenes con varillas no aumentan el riesgo de cáncer de mama. Igualmente, no existe evidencia de un vínculo directo entre el cáncer de mama y el aborto inducido o los pesticidas. (25; 27; 30)

Síntomas del cáncer de mama precoz

El cáncer de mama precoz generalmente no causa síntomas; razón por la cual los exámenes regulares de las mamas son importantes. A medida que el cáncer crece, los síntomas pueden incluir:

Tumores mamarios o tumoraciones en las axilas que son duras, tienen bordes irregulares y generalmente no duelen.

Cambio en el tamaño, forma o textura de las mamas o el pezón. Por ejemplo, se puede presentar enrojecimiento, agujeros o fruncimiento que luce como cáscara de naranja.

Secreción de líquido proveniente del pezón, que puede ser sanguinolento, de claro a amarillento o verdoso, y lucir como pus.

Los síntomas del cáncer de mama avanzado pueden abarcar:

- Dolor óseo
- Dolor o molestia en las mamas
- Úlceras cutáneas
- Hinchazón de un brazo (próximo a la mama con cáncer)
- Pérdida de peso (31;32)

Etapas del cáncer de mamas

Después de que se diagnostica el cáncer de mama, se realizan pruebas para determinar si las células cancerosas se han diseminado dentro de la mama o a otras partes del cuerpo. El proceso utilizado para determinar si el cáncer se ha esparcido dentro de la mama o a otras partes del cuerpo se denomina clasificación en etapas. La información que se reúne de los procesos de estadíos determina la etapa de la enfermedad. Es importante conocer la etapa de la enfermedad a fin de planear el mejor tratamiento.

En el caso del cáncer de mama se utilizan las siguientes etapas:

Etapa 0 (carcinoma in situ) Hay dos tipos de carcinoma mamario in situ:

Carcinoma ductal in situ (CDIS) es un cáncer de mama muy precoz que puede desarrollarse en un tipo invasivo de cáncer mamario (es decir, cáncer que se ha esparcido desde el conducto a los tejidos circundantes).

Carcinoma lobular in situ (CLIS) no es cáncer, más bien un marcador o indicador que identifica a una mujer con un riesgo incrementado de padecer cáncer de mama invasivo (es decir, cáncer que se ha esparcido a los tejidos circundantes). Es común que ambas mamas estén afectadas.

Etapa I

En la etapa I, el cáncer tiene un tamaño no mayor a 2 centímetros (aproximadamente 1 pulgada) y no se ha diseminado fuera de la mama.

Etapa II A

El cáncer tiene un tamaño no mayor a 2 centímetros (aproximadamente 1 pulgada) pero se ha diseminado a los ganglios linfáticos axilares (los ganglios linfáticos bajo el brazo), o tiene entre 2 y 5 centímetros (1 a 2 pulgadas) pero no se ha diseminado a los ganglios linfáticos axilares.

Etapa II B

El cáncer tiene un tamaño entre 2 y 5 centímetros (1 a 2 pulgadas) y se ha esparcido a los ganglios linfáticos axilares (los ganglios linfáticos bajo el brazo),

o tiene un tamaño mayor a 5 centímetros (aproximadamente 2 pulgadas) pero no se ha esparcido a los ganglios linfáticos axilares.

Etapa III A

El cáncer tiene un tamaño inferior a 5 centímetros (aproximadamente 2 pulgadas) y se ha diseminado a los ganglios linfáticos axilares (los ganglios linfáticos bajo el brazo), y los ganglios linfáticos están adheridos entre ellos o a otras estructuras, o tiene un tamaño mayor a 5 centímetros y se ha diseminado a los ganglios linfáticos axilares y los ganglios linfáticos pueden estar adheridos entre ellos o a otras estructuras.

Etapa III B

En esta etapa, el cáncer se ha diseminado a tejidos cerca de la mama (la piel o la pared pectoral, incluidos las costillas y los músculos pectorales), o se ha esparcido a los ganglios linfáticos dentro de la pared pectoral a lo largo del esternón.

Etapa IV

El cáncer: se ha diseminado a otros órganos del cuerpo, más a menudo los huesos, los pulmones, el hígado o el cerebro, o se ha diseminado a los ganglios linfáticos en el cuello, cerca de la clavícula. (25-27)

Evolución de los carcinomas de mama

El cáncer a escala local

El cáncer de mama, como el de otras localizaciones, parece comportarse siguiendo al menos dos patrones diferentes. En ocasiones prolifera lentamente sin invadir ni infiltrar, ocupando y ensanchando la luz de los ductos, y llegando a formar un nódulo prominente que desplaza estructuras vecinas y pudiendo alcanzar gran tamaño sin dejar de ser un cáncer 'in situ'. Estos cánceres con frecuencia se convierten en infiltrantes después de que gran parte de su historia ha transcurrido como tumores in situ.

En otras ocasiones el cáncer infiltra los tejidos vecinos, rompiendo la membrana basal y se comporta como invasivo muy precozmente, cuando todavía es microscópico y no es posible identificarlo por ningún procedimiento diagnóstico (excepto por biopsia). (30)

La diferencia entre estos dos tipos es importante porque el diagnóstico precoz garantiza la curabilidad de la casi totalidad del primer tipo de cánceres, pero de

un número limitado de los segundos. Además los tratamientos de cánceres 'in situ' de un tamaño mediano o pequeño, no requieren cirugía axilar, cosa que sí ocurre con los tumores infiltrantes, con el consecuente riesgo de linfedema del brazo. (25)

Cuando un cáncer de mama ha comenzado a invadir los tejidos vecinos el cáncer ha comenzado su diseminación. Al inicio las células forman grupos cerrados o 'nidos' y en ocasiones pueden verse a linfocitos que se disponen rodeando a estos 'nidos' o incluso dentro de ellos, lo que supone una forma de respuesta defensiva del organismo frente a lo que ha identificado como un agente extraño a él. La presencia de células tumorales dentro de vasos sanguíneos o vasos linfáticos supone una cierta agresividad o un grado relativamente avanzado de evolución tumoral, lo que empeora el pronóstico.

La afectación de los tejidos vecinos al tumor puede ir más de la propia mama en sentido estricto del término: son los tumores localmente avanzados. Estos tumores han llegado a fijar la mama a la pared torácica, invadiendo la fascia subyacente (que corresponde al músculo pectoral) o la piel que cubre la mama. Cuando un tumor mamario crece lo suficiente da signos o síntomas que permiten sospechar su presencia. Cuando esto ocurre puede confirmarse su presencia e iniciar el tratamiento, lo que cambia la que sería la historia natural de ese tumor. Pero si un cáncer mamario es dejado a su libre evolución éste va a poder seguir caminos diferentes. Una de las posibilidades es la de una evolución pausada, con una progresión predominantemente local. A su vez, el tumor puede adquirir un carácter infiltrativo o bien experimentar un crecimiento tumoral. (14; 33)

En el primer caso el tumor, después de haber ido aumentando de tamaño, comienza a tornarse más y más duro y a afectar a todos los planos de la mama, incluidas la pared torácica, con fascia, músculos y huesos y provocando la aparición de múltiples nódulos cutáneos (letálides). Con el tiempo se afecta toda o casi toda la mama, que llega perder volumen y a volverse muy dura al tacto, formando un todo sin solución de continuidad con piel y pared torácica. En las fases últimas puede aparecer una ulceración superficial o una fístula hacia los planos más profundos.

En el segundo caso el tumor aumenta de volumen. Aunque no tan tempranamente como en el anterior, suele también tener un componente

infiltrante, extendiéndose a todos los planos de la mama, fijándola finalmente a la piel y /o a la pared torácica. Sin embargo, aquí el cáncer lo que hace es aumentar de volumen, pudiendo alcanzar los diez centímetros de diámetro o más. (14; 33)

En algunos casos los síntomas se deben a la presencia de metástasis mientras el tumor primitivo es todavía demasiado pequeño para ser identificado.

La evolución local de los tumores de mama puede llegar a ser causa directa de la muerte de la enferma. Aunque es raro en la práctica, una ulceración tumoral puede infectarse y una infección no tratada puede ser causa de muerte. Una ulceración que afecte a la pared torácica puede acabar afectando a la pleura y al pulmón y ser causa de complicaciones que terminen con la muerte. (34)

El cáncer en su diseminación ganglionar

El paso siguiente del tumor es la afectación ganglionar. En la mayoría de los casos se afecta un ganglio axilar concreto, que es la primera estación de paso linfática hacia otros territorios. Este se conoce como 'ganglio centinela'. En la mayoría de casos el ganglio centinela se sitúa en la región axilar del mismo lado que el seno afecto. Sin embargo a veces un tumor mamario elige un camino poco usual, extendiéndose a la cadena de ganglios del territorio de vena mamaria interna, que se sitúa a lo largo del borde del esternón, por detrás de la pared torácica. En otras ocasiones, también poco comunes, el cáncer se salta al ganglio centinela y alcanza a ganglios de 'estaciones' situadas más allá. Y, por último, a veces existe más de un ganglio centinela (de dos a cuatro independientemente de cuál sea el tipo de evolución local, la progresión por la vía del sistema linfático puede ir cumpliéndose a ritmos muy diferentes de un caso a otro. El pronóstico se ensombrece cuando el número de ganglios axilares aumenta y también cuando existe algún 'ganglio estallado', es decir, cuando el cáncer ha invadido masivamente un ganglio, le ha hecho crecer infiltrando todas sus capas e incluso ha invadido los tejidos vecinos. (13; 14)

Los primeros en afectarse son los ganglios locorreionales, que son los situados en la propia mama (ganglios intramamarios), los axilares y los situados en relación anatómica con los pectorales. Más allá están los supraclaviculares, los del cuello y los del mediastino, cuya afectación empeora todavía más el pronóstico.

La afectación ganglionar aislada puede ser causa de la muerte si se produce una afectación masiva de los ganglios del mediastino y un bloqueo linfático que termina en afectación difusa del intersticio pulmonar con derrames en ambas pleuras.(33)

Las metástasis

La aparición de metástasis a distancia suele señalar el principio del fin. En algún caso la aparición de metástasis solitarias posibilita que su extirpación sea un procedimiento relativamente eficaz, pero estos casos, que pueden verse con alguna frecuencia en otro tipo de tumores, no son habituales en la mama, ya que cuando se detectan suelen ser numerosas y están más extendidas de lo que parece.

Lo corriente es que la causa de la muerte tenga lugar cuando se han producido múltiples metástasis a distancia, principalmente en hígado, pulmones, huesos y cerebro. (35)

Prevención

El cáncer de mama todavía no se puede prevenir, la única posibilidad de combatirlo radica en su detección precoz para la cual se han puesto en práctica tres grandes estrategias cuya eficiencia y relación costo-beneficio suscitan muchas controversias: el auto examen del seno (AES), el examen clínico del seno (ECS) y la mamografía. (5, 7,)

Se ha establecido por medio de ensayos clínicos que la detección del cáncer por medio de mamografía, acompañada o no de un examen clínico del seno, puede disminuir la mortalidad a causa de este tipo de cáncer. (18)

El autoexamen mamario ha sido respaldado y ampliamente promovido en todo el mundo, por las organizaciones que luchan contra el cáncer y las investigaciones tendientes a confirmar su efectividad continúan desarrollándose (36).

THE AMERICAN CANCER SOCIETY, NACIONAL BREAST CANCER COALITION FUND AND ALAMO BREAST CANCER FUNDATION, apoyan la práctica del autoexamen mamario como opción que puede ser tomada individualmente por la mujer, siempre informándole sobre los riesgos y beneficios potenciales de esta técnica.

Un auto examen de mamas periódico puede ser la medida más inteligente en la lucha contra el cáncer. Esta práctica constante arroja buenos resultados, ya

que alerta sobre la más mínima irregularidad que deberá ser de inmediato informada al médico. (36; 37)

La sociedad contra el cáncer de Estados Unidos de Norteamérica afirma que a partir de los 40 años las mujeres deben someterse a un examen mamario clínico una vez por año. Y mensualmente algunos días después de concluido su periodo menstrual deben examinarse sus senos personalmente teniendo en cuenta la técnica correcta, para lograr el diagnóstico precoz de la enfermedad. Los programas de prevención del cáncer mamario aún no han tenido el éxito esperado y la única garantía para disminuir su impacto es el diagnóstico temprano (2; 19)

El AES ha sido ampliamente promovido durante mucho tiempo, sin embargo la comunidad médica ha puesto en tela de juicio su valor pese a que se han hecho pocos estudios para evaluar su eficacia. La mayor parte de las investigaciones sugieren un efecto beneficioso e indican que las mujeres que practican el AES tienen tumores más pequeños y menos metástasis en los nódulos linfáticos regionales que en las que no lo practican.

La supervivencia entre las primera ha sido del 75% en comparación con el 57% entre las otras, esta ventaja persiste aún después de que hacen los ajustes por edad, método de detección, historia familiar y tiempo transcurrido antes del tratamiento. Se puede afirmar que el AES es ventajoso y que carece de efectos secundarios adversos, parece la ventaja adicional de familiarizar a la mujer con su propio cuerpo y de permitir la detección de cambios morfológicos pequeños. (5)

El programa de promoción de la salud de la OMS recomienda que en América Latina el examen se inicie antes los 35 años. Esto implica dedicar mucho esfuerzo a educar al público en acciones de salud encaminadas a divulgar y enseñar el auto examen de mama, para lo cual es necesario determinar lo que conoce nuestra población femenina de este procedimiento, esto les toca precisamente a los médicos de la familia, los cuales tienen dentro de sus objetivos fundamentales la prevención, promoción y diagnóstico precoz de esta patología. (20,32; 35)

En Cuba el Programa Nacional del Cáncer de Mama conjuga los 3 métodos diagnósticos más utilizados mundialmente: el examen clínico de las mamas, el autoexamen y la mamografía.

El médico de la familia desempeña una importante función en la estructuración concreta del Programa Nacional del Cáncer, pero la aplicación de dichos programas y sus tareas no han sido totalmente eficaces pues han existido dificultades en la divulgación del autoexamen y su importancia, en la realización del examen clínico periódico de las mamas y en pesquisar activamente a la población femenina en riesgo. Estas cuestiones han afectado el papel protagónico del equipo de salud de la atención primaria en la disminución de la mortalidad por cáncer y el apoyo de las organizaciones comunitarias en la detección precoz del cáncer de mama. (36,37)

Examen de mamas

<http://www.binasss.sa.cr/poblacion/examenmamas.htm>

Pasos para el examen

1. Con buena iluminación y frente a un espejo coloque sus manos detrás de la cabeza y eleve los codos. Observe ambos senos, su forma, tamaño, si hay masas (bulto) o depresiones (hundimientos), cambios en la textura y coloración de la piel y posición del pezón.



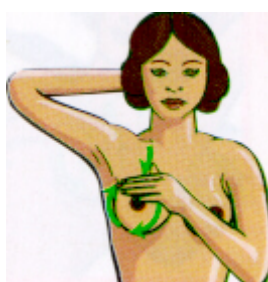
2. Para examinar su mama derecha, coloque su mano derecha detrás de la cabeza elevando el codo. Como lo indica la imagen siguiente



3. Con su mano izquierda, con la yema de los dedos, presione suavemente con movimientos circulares.



4. Continúe dando vuelta a la mama como las agujas del reloj. Palpe toda la superficie en completando toda la mama, determine la presencia de masas o dolor.



5. Examine el pezón, siempre igual posición con su dedo pulgar e índice, presiónelo suavemente, observe si hay salida de secreción o sangrado.



6. Ahora examine su mama izquierda, siguiendo los pasos anteriores. Examine la axila con la yema de los dedos y movimientos circulares tratando de determinar la presencia de masas.



7. Para examinar su mama izquierda, coloque su mano izquierda detrás de la cabeza elevando el codo, siga los pasos anteriores.



8. Acuéstese y coloque una almohada o un trapo grueso doblado, bajo su hombro derecho.

Para examinar su mama derecha, coloque su mano derecha detrás de la cabeza elevando el codo.



9. Con la mano izquierda, con la yema de los dedos, presione suavemente con movimientos circulares.



10. Continúe dando la vuelta a la mama. Palpe toda la superficie en busca de una masa o zona hundida.



11. Para examinar su mama izquierda, coloque su mano izquierda detrás de la cabeza elevando el codo, siga los pasos anteriores.



Recomendaciones:

- Realice el examen una vez al mes.
- Una semana después del inicio de su menstruación, si no menstrúa (menopausia), elija un día fijo de cada mes para realizárselo.
- Este examen le permite conocerse mejor, detectar cualquier cambio.
- Si encuentra cambios en la forma, tamaño de las mamas, masas, hundimientos, pezón hundido o torcido, salida de sangre o alguna secreción del pezón, consulte a su médico inmediatamente.

Es muy importante que las personas se hagan el examen y mamografías, si están dentro de las siguientes categorías:

- Mujeres mayores de 50 años
- Mujeres mayores de 40 cuyas madres o hermanas han tenido cáncer de los pechos.
- Mujeres que no han tenido hijos o que empiezan su familia después de los 30 años.
- Mujeres que han tenido cáncer en un pecho.
- Mujeres que han aumentado su peso (38)

DISEÑO METODOLÓGICO

Se realizó una investigación observacional descriptiva, transversal, con el objetivo de elaborar una Estrategia educativa para elevar el nivel de conocimientos y la realización correcta del autoexamen de mamas en las mujeres del consultorio No 24 del policlínico norte del municipio Morón, en el tiempo comprendido de Enero a Diciembre del 2009.

Población objeto de estudio:

El Universo de estudio estuvo constituido por 386 pacientes femeninas mayores de 30 años, pertenecientes al consultorio No 24.

Se realizó un muestreo probabilístico aleatorio simple, al tener en cuenta el 33 % del universo y la muestra quedó constituida por 127 pacientes pertenecientes a dicho consultorio con un criterio de inclusión de:

- Estar dispensarizada en el consultorio.
- Voluntariedad de las pacientes

Para dar cumplimiento a los objetivos de la investigación se utilizaron **métodos empíricos y teóricos**.

Dentro de los **empíricos** se tiene:

La **observación y entrevista** se aplicaron para la determinación del problema científico de la investigación, la caracterización del campo investigado y además en la corroboración de los principales resultados investigativos obtenidos de esta tesis

Encuestas: en la caracterización del estado del problema en el contexto.

1-. La Encuesta

En los **teóricos**

Análisis y síntesis: El cual permitió penetrar en lo fundamental de lo observado, determinar lo importante a partir de la bibliografía revisada y extraer lo necesario para la solución del problema

Histórico-lógico: en toda la investigación y en particular en la determinación de las fundamentación teórica y el estado actual de las categorías de la investigación.

Inducción y deducción: en el establecimiento de la hipótesis que se defiende y en la determinación de las categorías que emergen en el proceso lógico investigativo en cada uno de sus apartados y que se tipifican en la argumentación del objeto y el campo de investigación en la fundamentación teórica.

Técnica Estadística.

Descriptiva e Inferencial: para procesar los resultados de los instrumentos aplicados.

Operacionalización de las variables

- **Edad:** variable cuantitativa continua.

Se expresa

Edad cumplida en años a partir de la fecha del último cumpleaños

- 30-39
- 40-49
- 50-59
- 60-69
- 70-79

El indicador a medir es el porcentaje de pacientes a estudiar según grupos de edades

- **Ocupación:** variable cualitativa ordinal

Se expresa en ocupación diaria de las mujeres

- Estudiante
- Trabajadora
- Ama de Casa

El indicador es el porcentaje de mujeres según ocupación

- **Escolaridad de la mujer:** variable cualitativa ordinal

Se expresa en el último nivel de enseñanza aprobado

- Primaria sin terminar
- Primaria terminada.
- Secundaria terminada
- Bachiller terminado.
- Técnico terminado.
- Universitario terminado

El indicador es el Porcentaje de cada paciente según el nivel de enseñanza

- **Antecedentes Patológicos familiares:** Variable cualitativa nominal

Se expresa teniendo en cuenta familiares de primer orden (madre, hermana, abuela, tía) con antecedentes de enfermedades de la mama.

- Si: Aquellas que presentan antecedentes familiares de primer orden de enfermedades de la mama benigna y maligna.
- No : No tiene familiares con enfermedades de la mama

➤ **Antecedentes patológicos personales:** variable cualitativa nominal
Se expresa teniendo en cuenta antecedentes personales de enfermedades de la mama y se clasifican en:

QUISTES: Tumor formado por un saco cerrado, normal o accidental, especialmente el que contiene líquido o una sustancia semisólida.

NÓDULOS: Pequeña eminencia o vegetación, nudosidad.

TUMORES: Tumefacción o hinchazón morbosa. Neoplasia, masa persistente de tejido nuevo sin función fisiológica, que crece independientemente de los tejidos próximos.

➤ **Conocimiento de la técnica del Autoexamen de mamas:** variable cualitativa ordinal dicotómica.

Se expresa de acuerdo a la información que poseen las pacientes según su opinión

- si conocen: Aquellas mujeres que refieren que conocen como se realiza el autoexamen de mamas según su opinión.
- no conocen: Aquellas mujeres que refieren que no conocen como se realiza el autoexamen de mamas y que no saben que existe según su opinión

El indicador a medir es el porcentaje de mujeres que tienen o no información

➤ medios a través de los cuales adquieren información Variable Cualitativa ordinal

Se expresan en los medios a través de los cuales las pacientes obtienen información según su opinión.

- Radio.
- Televisión.
- Prensa.
- Revistas.
- Cursos de Promotores.
- Consultorio médico de la familia
- Otros.

- Ninguno.
- **Exploración Médica de la realización del autoexamen de mamas:** variable cualitativa ordinal dicotómica.

Realización correcta del autoexamen: la mujer se debe acostar en decúbito supino, levantar un brazo y colocar la mano debajo de la cabeza, con los 3 dedos del medio se examina todo el seno. Después sentada, se examina la axila, se presionan los pezones y repetir el proceso en la mama contra lateral. Mirarse en un espejo textura y simetría de los senos con los brazos al lado del cuerpo y elevados. Se realiza mensualmente y de 7 a 10 días después de la menstruación, en edad menopausica 1 vez al mes un día fijo (38).

Después de aplicada la encuesta la autora del trabajo exploró en la práctica, en el consultorio médico de la familia a las pacientes, la forma de realizarse el autoexamen de mamas para definir:

- Correcto.
 - Que la mujer realice el autoexamen en todos los cuadrantes, en la posición correcta y conozca la frecuencia y momento de la realización del mismo.
- Incorrecto.
 - Aunque se realice correctamente el autoexamen, no conozca la frecuencia de realización ni el momento.
 - Realización incorrecta del examen y conoce la frecuencia y momento.
- Desconoce:
 - No sabe el momento, ni la frecuencia ni realizar el Autoexamen.

El indicador a medir es el porcentaje de mujeres que realizan el autoexamen de mamas de forma correcta, incorrecta o que desconocen.

Técnicas y procedimientos de recolección

La recolección de los datos fue a través de formularios, por encuesta a pacientes (fuentes activas o primarias), (Anexo I), Se exploró la realización del autoexamen de mamas por la autora del trabajo (Anexo II).

La encuesta fue precedida de un texto explicativo que caracterizó el anonimato en la información brindada por los encuestados y también se les explicó que sus informaciones sólo serán utilizadas con fines científicos lo que garantiza el

cumplimiento de los requerimientos éticos y se tuvo en cuenta el consentimiento informado de las personas incluidas en el estudio.(Anexo III).

La encuesta y la exploración de la realización del autoexamen de mamas fueron aplicados por la investigadora personalmente a cada paciente.

Técnicas y procedimientos de análisis estadístico.

Los datos se procesaron utilizando una microcomputadora. Empleo de una PC Pentium IV con ambiente Windows XP. Mediante un software estadístico: EPINFO

La forma de presentación de los resultados es en tablas de frecuencia para su posterior análisis y discusión. Se confeccionó un informe final con los requisitos exigidos. Por el departamento de Postgrado de la Universidad de Ciencias Médicas de Ciego de Ávila.

Como medida de resumen de la información se utilizó, medidas de frecuencias (la proporción, por ciento)

ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS

Tabla 1. Distribución de las pacientes estudiadas pertenecientes al consultorio 24 del área norte de Morón según grupos de edades

Grupo de edades	Número de paciente	Por ciento
30 – 39	26	20,47
40 – 49	48	38,5
50 -59	25	19,68
60 – 69	21	16,53
70 -79	7	5,51
Total	127	100

En la tabla número 1 se observa un predominio del grupo de edades entre 40 y 49 años que representan el 38.5% de las mujeres encuestadas.

Por su parte Blanco de la Paz (2008) en su estudio sobre autoexamen de mamas en el policlínico Centro de Ciego de Ávila encontró que el grupo predominante fue entre 25 y 34 años (36). Mondeja Águila (2009) y colaboradores en estudio similar encontró que el grupo predominante era de 30-39 años, por lo que sus resultados no coinciden con el estudio realizado.
(40)

Estos resultados se pueden apreciar mejor a través del siguiente gráfico de barras:

Gráfico 1. Distribución de las pacientes del consultorio 24 del policlínico norte del municipio Morón, según grupos de edades.

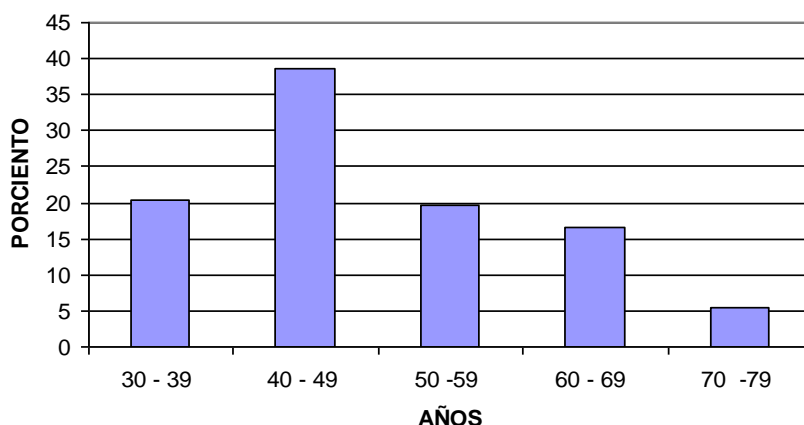


Tabla 2. Distribución de las pacientes encuestadas según nivel de escolaridad.

Escolaridad	Número de pacientes	Por ciento
Primaria sin terminar	0	0
Primaria terminada	3	2,3
Secundaria terminada	18	14,17
Bachiller terminada	61	48,03
Técnico terminado	20	15,74
Universitario terminado	25	19,68
Total	127	100

En la tabla 2 se evidencia que la mayor cantidad de mujeres encuestadas tenían un nivel de escolaridad de bachiller terminado con un 48.03%, seguidas de las de universitarias terminadas con un 19,68% lo que no coincide con el estudio realizado en Brasil (2004) donde predominó el nivel de escolaridad elemental y solo 2 pacientes habían concluido la enseñanza superior (39) sin embargo, coinciden estos resultados con los de la investigación realizada en Ciego de Ávila por Blanco, M. (2008) y colaboradores que encontraron que predominaba el nivel de escolaridad de técnico medio terminado, bachiller

terminado y universitario terminado respectivamente.(36) Aspecto que se relaciona con las características de la educación cubana donde todas las personas tienen derecho a estudiar y superarse.

Otra forma de presentar la distribución de las pacientes según nivel de escolaridad puede ser en el gráfico de barras siguiente. Gráfico 2.

Gráfico No 2.Distribución de las pacientes encuestadas según nivel de escolaridad

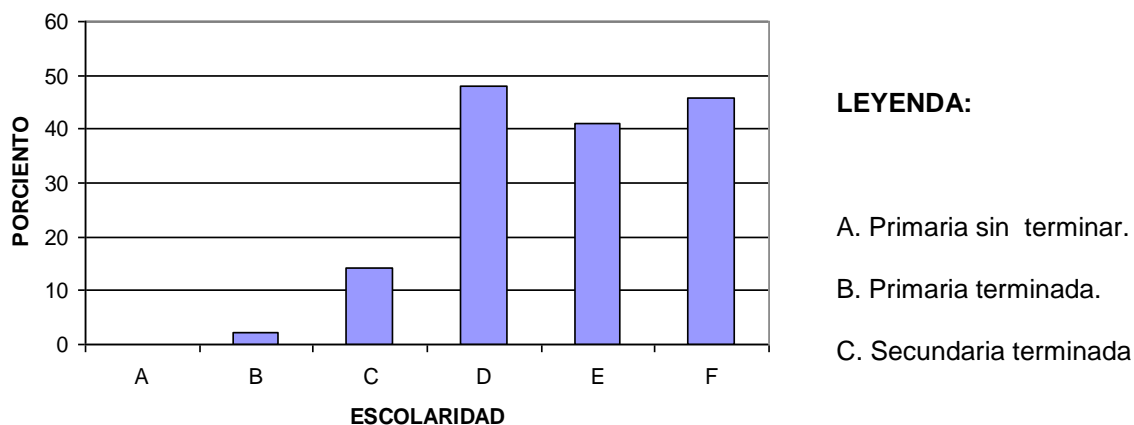


Tabla 3. Distribución de las pacientes encuestadas según ocupación.

Ocupación	Número de pacientes	Por ciento
Estudiantes	5	3,93
Trabajadora	71	55,09
Ama de casa	51	40,16
Total	127	100

En esta tabla se aprecia que las mujeres trabajadoras ocuparon el 55,09 % de las pacientes encuestadas, En Cuba el mayor por ciento de las mujeres son trabajadoras por las posibilidades que la revolución le brinda, no coincidiendo con el estudio de Brasil (2004) donde solamente un 36.7% ejercían alguna actividad fuera del hogar y solamente 6 casos (10 %) estudiaban. (39)

Mondeja W (2009) y colaboradores en su estudio sobre autoexamen de mamas en el Policlínico Universitario Docente de Morón al analizar la distribución de

mujeres según ocupación, observó que predominaron las estudiantes para un 60 % no coincidiendo con la investigación realizada. (40)

Tabla 4. Distribución de las pacientes encuestadas según antecedentes patológicos familiares de cáncer de mamas.

Antecedentes patológicos familiares	Número de pacientes	Por ciento
Si	56	44,09
No	71	55,9
Total	127	100

En la tabla número 4 se observa que el 55,9 % de las pacientes refieren no tener antecedentes patológicos familiares de algún tipo de afección mamaria, solamente el 44,9 % si relatan tener antecedentes de historia familiar de cáncer de mama y es muy importante que se realice una estimación lo más exacta posible de su riesgo .Además estas mujeres deben someterse a manejo clínico para prevenir la enfermedad. Las opciones propuestas son: vigilancia del cáncer (prevención secundaria), cirugía profiláctica (mastectomía u ooforestomía), y quimioprevención. La vigilancia del cáncer ha sido la opción de manejo preferida para las mujeres de alto riesgo, opción que recomienda incluir la combinación de autoexamen, examen médico y mamografía.

Virella M. E (2008) y colaboradores en su estudio sobre factores de riesgo del cáncer de mamas y autoexamen en la provincia de Camaguey precisan que existen rasgos cancerígenos de todas localizaciones de la mama, pero de consanguinidad lejana, representando el 23 % de las pacientes tener un antecedente de algún familiar cercano con la enfermedad; no coincidiendo este estudio con el nuestro. (41)

Tabla 5. Distribución de las pacientes encuestadas según antecedentes patológicos personales.

Antecedentes patológicos personales	Número de pacientes	Por ciento
QUISTES	23	29,5
NÓDULOS	43	55,1
TUMORES	12	15,4
TOTAL:	78	100

En relación a los antecedentes patológicos personales de padecer de alguna enfermedad de las mamas, del total de la muestra encuestada, 78 resultaron positivas, representando así un 61,41%.

En la tabla 5 se aprecia que el 55.1% de las mujeres encuestadas presentó con anterioridad nódulos y que la presencia de quistes quedó en segundo lugar con una cantidad apreciable de 23 mujeres para un 29,5%. Otro de los aspectos que se debe analizar con atención es la presencia de tumores en 12 de las pacientes estudiadas, aunque esta cifra que está por debajo de las otras dos patologías, representa el 15,4%, al tener en cuenta que esta enfermedad puede ser prevenible si las mujeres se realizaran el autoexamen de mama en el tiempo requerido para lo cual se necesita de la preparación y fomentación de esta técnica en la población femenina. Lo que se hace corresponder con la intención de la presente investigación.

Coinciden estos resultados con los de la investigación realizada en Ciego de Ávila por Blanco, M (2008) y colaboradores. (36)

Tabla 6. Distribución de las pacientes encuestadas según nivel de conocimiento sobre el auto examen de mamas.

Nivel de Conocimiento	Número de pacientes	%
Conoce	45	35,43
No conoce	82	64,56
Total	127	100

En la tabla 6 observamos que el 64,56 % de las mujeres desconocían que era el autoexamen de mamas, situación esta que debe ser atendida teniendo en cuenta que es la vía más importante, por estar al alcance de todas, para detectar y tratar precozmente las afecciones mamarias.

Mondeja W (2009) y colaboradores en su estudio sobre autoexamen de mamas en el Policlínico Universitario Docente de Morón hace referencia que el 88,81 % tenían conocimiento incorrecto en relación con la técnica adecuada aspecto este que coincide con la investigación realizada. (40)

Tabla 7. Distribución de las pacientes según medios a través de los cuales obtuvieron información sobre la técnica del autoexamen de mamas.

Medios a través de los cuales las pacientes han obtenido información	Número de pacientes	%
Radio	15	11,81
Televisión	64	50,39
Prensa	0	0
Revistas	0	0
Cursos de promotores	0	0
Consultorio médico de la familia	27	21,25
Otros	21	16,53
Ninguno		
Total	127	100

En la tabla 7 predominaron las pacientes que refieren haber obtenido información a través de la televisión lo que se corresponde con un 50,39 %. De estos resultados se desprende las deficiencias que todavía existen en el trabajo del médico y la enfermera de la familia que debían ser los promotores por excelencia en este sentido. No coincidiendo con el estudio realizado en el Policlínico Universitario Docente de Morón (2009) donde el 50 % refirió conocerlo a través del Consultorio Médico de la Familia, y solamente el 22,39 % por la televisión. (40)

Tabla 8. Distribución de las pacientes encuestadas según exploración de la realización del auto examen de mamas.

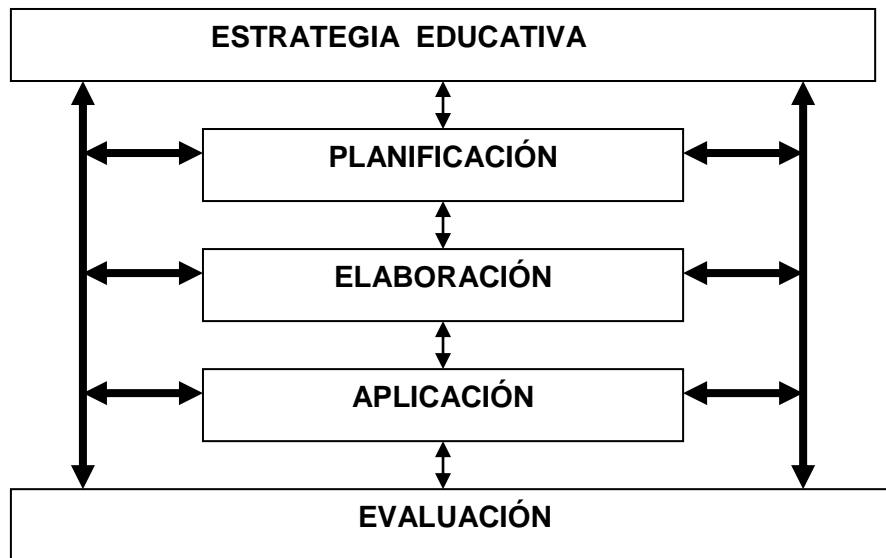
Exploración de la realización del auto examen de mamas	Número de pacientes	Por ciento
Correcto	12	9,44
Incorrecto	33	25,98
Desconoce	82	64,5
Total	127	100

En la tabla 8 el 64,5 % desconoce como realizar el autoexamen seguido del 25.98 que lo realizó de forma incorrecta, es por ello que es necesario el desarrollo de estrategias para orientar y educar a la población femenina en esta actividad. La actividad del médico y la enfermera de la familia son indispensables para obtener resultados. Este estudio coincide con el realizado Ciego de Ávila por Blanco M (2008) y colaboradores donde refieren que el 100 % no realizaba la técnica por desconocimiento. El autoexamen no debe realizarse como único método de examen en la población sana, pero es una técnica que bien conocida y practicada contribuye eficazmente al diagnóstico temprano de los tumores de la mama. (36)

Después del análisis y discusión de los resultados, se propone aplicar una estrategia educativa a todas las pacientes del estudio.

ESTRATEGIA EDUCATIVA

Este programa educativo se elabora al tener en cuenta el siguiente gráfico que representa una estrategia de intervención:



OBJETIVOS

❖ GENERAL

Promover en la población femenina del consultorio 24 del policlínico norte de Morón una conducta responsable frente al autoexamen de mamas, para disminuir la morbimortalidad por cáncer de mamas

❖ ESPECÍFICOS

Lograr que las pacientes femeninas del consultorio 24, eleven el nivel de conocimiento sobre el autoexamen de mamas, así como la realización correcta del mismo

Contenidos a tratar:

- Introducción de la estrategia educativa
- Enfermedades de la mama
- Técnica del auto examen de la mama
- Manifestaciones Clínicas del cáncer de mama.

Una vez identificado el nivel de conocimiento en las mujeres sobre el auto examen de mamas y la realización del mismo, se propone aplicar una Estrategia Educativa, diseñada y valorada por un grupo de expertos, con el objetivo de lograr modificaciones en los mismos.

Realizar 4 encuentros de 30 minutos de duración, con una frecuencia semanal por un período de 1 mes, empleando técnicas afectivo- participativas que resulten amenas para la muestra de estudio, la cual fue separada en 5 grupos de 21 y uno de 22 para facilitar la adquisición de conocimientos y lograr alcanzar los objetivos propuestos.

INDICADORES A MEDIR:

Conocimiento

- Que los participantes en el programa sean capaces de
 - ❖ Describir teóricamente los pasos de la realización del auto examen de mamas
 - ❖ Enunciar la frecuencia de la realización del auto examen de mamas

Actitud

- ❖ Realización del auto examen de mamas
- Audiencia seleccionada primaria: Consultorio 24 Área Norte. Morón
- Meta: Aumentar la realización del auto examen de mamas en las pacientes del consultorio 24 en un 50 %
- Límite : Año 2011
- Total: 1 año.
- Beneficios esperados :

Disminuir la morbilidad de enfermedades de las mamas

Actividad 1

Tema1: Introducción a la Estrategia Educativa.

Objetivos:

1. Presentar a los participantes y crear relaciones de afectividad entre ellos.
2. Presentar el curso y sus objetivos.
3. Aplicar cuestionario inicial.
4. Motivar a la divulgación de los temas aprendidos durante el desarrollo de las actividades con amigos, vecinos u otras personas.

Actividades:

- Introducción:

Primeramente se empleó una técnica de presentación La Flor, cada participante con una flor en la mano diría su nombre y se la entregaría al compañero de al lado para su presentación.

➤ Actividad principal:

Se abordaron los aspectos relacionados con la investigación, teniendo en cuenta objetivos, etapas, temas a desarrollar, duración y se realizaron algunas preguntas acerca de las mismas.

Se aplicó el cuestionario inicial.

➤ Cierre:

Se precisó cuando sería el próximo encuentro.

Tiempo: 30 minutos.

Métodos de enseñanza: Conferencia.

Medios: Humanos, material mimeografiado.

Actividad 2

Tema 2: Introducción al tema de las enfermedades de la mama

Objetivos:

1. Definir términos y definiciones a recordar durante el curso de la intervención.
2. Mostrar la situación mundial y en cuba de enfermedades de la mama

Actividades:

➤ Introducción:

Se explicaron términos y definiciones que emplearíamos durante el desarrollo de las actividades planificadas y se escribió en un papelografo que estuvo presente en todos los encuentros.

➤ Actividad principal:

Mediante la lectura dirigida se expuso el comportamiento mundial y en Cuba sobre enfermedades de la mama. Posteriormente se pidió que hicieran comentarios y presentaran sus dudas, las que fueron debatidas y aclaradas por el grupo con el apoyo del modelador.

➤ Cierre:

Se empleo una técnica de animación. Dar y recibir aprecio. Todos los participantes sentados formando un círculo, de izquierda a derecha, cada uno se dijo una palabra o frase bonita, después de derecha a izquierda el que dio

aprecio lo recibió y luego esto se expresó en voz alta para que todos lo escucharan.

Se precisó cuando sería el próximo encuentro.

Tiempo: 30 minutos.

Métodos de enseñanza: Taller.

Medios: Humanos, material mimeografiado, papelografo y marcadores.

Actividad 3

Tema 3: Técnica del auto examen de la mama

Objetivos:

1. Explicar las técnicas para realizar el auto examen de mama
2. Explicar la fecha de realización del mismo.

Actividades:

➤ Introducción:

Se realizó la técnica de animación: El regalo y la utilidad. Sentados en círculo se comenzó de derecha a izquierda, diciendo un regalo a cada compañero, sin que el que esté al lado supiera cuál era, después se mencionó de izquierda a derecha una utilidad cualquiera y al final cada uno dijo que se le regaló y para que lo utilizaría.

Se hizo un breve resumen de la actividad anterior y se recordaron los términos y definiciones introducidos en el encuentro anterior.

➤ Actividad principal:

El autoexamen de las mamas debe realizarse teniendo en cuenta la inspección y palpación, sentada con los brazos al lado del cuerpo para inspeccionar simetría, aspecto y depresiones, haciendo presión con los brazos en las caderas para tensionar los músculos pectorales y observar cualquier depresión, con los brazos en alto para inspeccionar la región axilar y con los brazos y la cabeza hacia abajo.

Frente al espejo con el brazo extendido en un ángulo de entre 60 y 90 grado se palpa la mama teniendo en cuenta que se haga a favor de las manecillas del reloj, con el objetivo de identificar cualquier tumoración o secreción por el pezón posteriormente palpamos la región supraclavicular y axilar para identificar ganglios palpables.

Las mujeres deben realizarse el autoexamen de mamas de forma regular y sistemática, mensual o trimestral. El momento ideal es después de sus menstruaciones; en la etapa posmenopáusica debe realizarlo en una fecha fija.

¿Qué persigue el autoexamen?

Que la mujer pueda detectar los signos siguientes: enrojecimiento de la piel, hundimientos, nódulos, engrosamientos, retracciones, cambios en la simetría, tamaño y consistencia de las mamas

Realice el examen una vez al mes. Una semana después del inicio de su menstruación, si no menstrúa (menopausia), elija un día fijo de cada mes para realizárselo. Este examen le permite conocerse mejor, detectar cualquier cambio. Si encuentra cambios en la forma, tamaño de las mamas, masas, hundimientos, pezón hundido o torcido, salida de sangre o alguna secreción del pezón, consulte a su médico inmediatamente, Es muy importante que las pacientes se hagan el examen y mamografías, si están dentro de las siguientes categorías.

- Mujeres mayores de 50 años
- Mujeres mayores de 40 cuyas madres o hermanas han tenido cáncer de los pechos.
- Mujeres que no han tenido hijos o que empiezan su familia después de los 30 años.
- Mujeres que han tenido cáncer en un pecho.
- Mujeres que han aumentado su peso (38)

Si comprueba algunos de estos signos debe acudir inmediatamente al Consultorio del Médico de la Familia para ser reconocida por facultativo y valorar su estudio con otros medios diagnósticos.

Las cuales fueron explicadas y en caso de no haberse planteado todas las formas se completó la información por parte del modelador.

Cierre:

Se aplicó una técnica de animación: La mecha y la bomba. Sentados en forma de círculo se tomaron dos objetos (una pelota en función de bomba y un bolo como mecha). La mecha se comenzó a pasar de derecha a izquierda y el bolo viceversa, cuando ambos objetos se unieron explotaba, de modo que el que se

quedaba con los dos perdía y por ende salía del juego, el cual finalizó cuando quedaron dos participantes.

Se precisó cuando sería el próximo encuentro.

Tiempo: 30 minutos.

Métodos de enseñanza: Taller.

Medios: Humanos, material mimeografiado, pizarra y tizas.

Actividad 4

Tema: Conclusiones.

Objetivo: Aplicación de la encuesta final.

Actividades:

➤ Introducción:

Se aplicó la técnica de animación: La pelota preguntona, se formó un círculo y se situó una paciente de facilitador en el centro, con una pelota en la mano, la cual tenía en su interior algunas preguntas sobre el tema anteriormente dado, el facilitador tiraría la pelota y el que la recibiera cogería una pregunta y si no sabía la respuesta o se demoraba en responder más de 20 segundos perdía y ocupaba el centro. Si ocupaba 3 veces el centro salía del juego.

➤ Actividad principal:

Se aplicó nuevamente el cuestionario inicial.

➤ Cierre:

Se aplicó la expectativa motivacional: Las pacientes se sentaron en círculo y ordenadamente expusieron los aspectos positivos o negativos que les proporcionó la estrategia educativa.

Tiempo: 30 minutos.

Métodos de enseñanza: Taller.

Medios: Humanos, material mimeografiado.

CONCLUSIONES

El mayor por ciento de las pacientes se encontraban en el grupo de edades comprendidas entre 40-45 años, con un nivel de escolaridad de bachiller terminado siendo trabajadoras, predominando en ellas el no tener antecedentes familiares de patologías de la mama y una frecuencia alta de antecedentes personales de algún tipo de enfermedad de la mama prevaleciendo el nódulo mamario. El conocimiento de la técnica del autoexamen de mama es bajo en las pacientes del estudio, refiriendo que la información recibida ha sido fundamentalmente por los programas de la televisión y el equipo de salud les ha brindado información escasa sobre este tema. Más de la mitad de las que respondieron conocer la técnica, realizan la misma de forma incorrecta, por lo que se propone una Estrategia educativa para realizar una intervención en la población femenina del consultorio y elevar los conocimientos sobre autoexamen de mamas.

RECOMENDACIONES

Aplicar la estrategia educativa propuesta en las pacientes femeninas del consultorio 24 del área de salud norte del municipio Morón.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1-.Ferlay J et al. Cáncer, Incidente, Mortaly and Prevalence. 1ªed. Worldwide: globocan; 2001.
- 2-. Schwartzmann G. Breast cancer in south America: challenges to improve early detection and medical management of a public health problem. Journal of clinical oncology; 2001.
- 3-. Sasco A J. Epidemiology of Breast cancer. APMIS. 2001 ;(109)321-332.
- 4-.US.Preventive Services.task force screening for Breast cancer. www.ahrq.gov/clinic/3rduspstf/breast_cancer/brcanrr.htm. Agencia for Healthcare. 2002.
- 5-. Álvarez, R. Temas de Medicina General Integral vol II 1ra ed., 2001.
- 6-.Fernández. L. Diagnóstico precoz del cáncer de mama Rev. Cubana de Oncol. 2 (1) 5 – 13 ene-abr 1996.
- 7-.Powell D y Besteñin C. Enfermedades de la mama. Diagnóstico y detección. ED. Musbiyn, 1995.
- 8-. Hernández-Muñoz G. Avances en Mastología. ED. Universitaria, 1996.
- 9-.Fonseca R, Hartmann LC, Petersen IA, et al.: Ducktail carcinoma in situ of the breast. Annals of Internal Medicine 127(11): 1013-1022, 1999.
- 10-.Piñeiro FJ. ¿Debe el paciente conocer que tiene cáncer? Nuestra experiencia en los pacientes con cáncer de mama. Rev Cubana Cir [serie en internet]. 2004 [citado 3 Ene 2007]; 43(1): 27-34.
- 11-. Douglas J. Frecuencia del cáncer de la mama. Clín NA. 1982; 2:413-19.
- 12-.González MS, Chávez MS, Romero PT, Lence AJ. Riesgo de morir por cáncer de mama en Cuba. Rev Cubana Oncol. 1998; 14(1): 22-25.
- 13-.González-Longoria Boada L. Estudio mamográfico de pacientes asintomáticas. Rev Cubana Oncol. 2001; 17(3): 162-66.
- 14-.Moré Díaz I, Sánchez Redonet E. Estado actual de los pacientes con cáncer de mama en estadio I y II. Rev Cubana Obstet Ginecol. 2004; [citado 17 Enero 2008], 30(1): [aprox. 8 p.]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2004000100009
15. Barbón Mendoza JE. Enfoque actual de la problemática salud-sociedad en pacientes con mastectomía. Trabajo de Revisión. Rev Cubana Med Mil. 2002; 31(1):47-53.

- 16-.El 90% de los tumores de cáncer de seno son curables. Agosto29/2000(EFE). [página en internet]. [citado 3 Ene 2007]; [aprox. 1 p.]. Disponible en: www.sld.cu/aldia/archivos/diaria/20000831.html
- 17-.Hernández Costales I. Exploración de conocimientos sobre el autoexamen mamario. *Rev Cubana Enfermer*. 2003; 19 (3):19-26.
- 18-.Prendes LM, Soler FV, Morales CW. Pesquizaje de cáncer de mama en la comunidad de Santos Suárez. *Rev Cubana Med Gen Integr*. 1998; 14 (2): 165-70.
- 19-.Nápoles Méndez D, García Goderich AG, Várela Benítez MI. Programa de cáncer de mama. Resultados de la consulta de mastología en un año de trabajo. *Rev Cubana Obstet Ginecol*. 1995; 21(1):20-25.
- 20-.Fernández CL, Molina A, Buch ML, Camacho R. El médico de la familia y su equipo en el diagnóstico precoz del cáncer de mama. *Rev Cubana Med Integr*. 1994; 10(3): 225-29.
- 21-.Kols A. Cáncer de mamas: incidencia en aumento y opciones limitadas.2002.Out look.19(4);1-8.
- 22-.Menard S, Pupa SM, Campiglio M, Tagliabue E. Biologic and therapeutic role of HER2 in cancer. *Oncogene*. 2003 Sep 29;22(42):6570-8.
- 23-.US.Preventive Services.task force screening for Breast cancer.www.ahrq.gov/clinic/3rdusptf/breastcancer/brcanrr.htm. Agencia for Healthcare. 2002.
- 24-.Sasco A J. Epidemiology of Breast cancer. *APMIS*. 2001 ;(109)321-332.
- 25-.Piccart-Gebhart MJ, Procter M, Leyland-Jones B, et al. Trastuzumab after adjuvant chemotherapy in HER2-positive breast cancer. *N Engl J Med*. 2005 Oct 20;353(16):1659-72.
- 26-.Saslow D, Boetes C, Burke W, et al. American cancer society guidelines for breast screening with MRI as an adjunct to mammography. *CA Cancer J Clin*. 2007 Mar-Apr;57(2):75-89.
- 27-.Lehman CD, Gatsonis C, Kuhl CK, et al. MRI evaluation of the contralateral breast in women with recently diagnosed breast cancer. *N Engl J Med*. 2007 Mar 29;356(13):1295-303. Epub 2007 Mar 28.
- 28-.El cáncer de mama Julio 17 /2008(EFE). [página en internet]. [citado 3 Ene 2007]; [aprox. 1 p.]. Disponible en: [http://es.wikipedia.org/wiki/cancer de mama](http://es.wikipedia.org/wiki/cancer_de_mama)

- 29.-Torres P, Guerra M, Galan Y, Garcia M. Incidencia y mortalidad por cancer en la mujer Cubana. Trirnio 2000-2002. Rev Cubana Med 2007;46(2)
- 30.-Romond EH, Perez EA, Bryant J, et al. Trastuzumab plus adjuvant chemotherapy for operable HER2-positive breast cancer. *N Engl J Med*. 2005 Oct 20;353(16):1673-84.
- 31.-El cáncer de mama Enero 12 /2008(EFE). [página en internet]. [citado 14 Dic/2007]; [aprox. 1 p.]. Disponible en: <http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/000913.htm>
- 32-. Quintas M, González HH, Delgado R, González MI, Cabrera E, Blanco M. Conocimientos sobre exámenes para el diagnóstico del cáncer mamario entre las trabajadoras del Hospital Provincial. *MediCiego*. [serie en Internet]. 2005; [citado 2 Ene 2007] 11(2): [aprox. 8 p.]. Disponible en: <http://www.cav.sld.cu/centro/Revista/vol11no2/T8.htm>
- 33.-Leslie NS, Deiriggi P, Gross S, Durant E, Smith C, Veshnesky JG. Knowledge, attitudes, and practices surrounding breast cancer screening in educated Appalachian women. *Oncol Nurs Forum*. 2003 Jul-Aug; 30(4):659-67.
- 34.-Ortega Altamirano D, López Carrillo L, López Cervantes M. Strategies for teaching self examination of the breast to women in reproductive age. *Salud Pública Mex*. 2000; 24 (1):17-25.
- 35.-Crombie K, Hancock K, Chang E, Vardanega L, Wonghongkul T, Chanakok A, Mahawan S. Breast screening education at Australian and Thai worksites: a comparison of program effectiveness. *Contemp Nurse*. 2005 Jul-Aug; 19(1-2):181-96.
- 36.-Blanco. M, Quintas M, Gonzalez H H, Gonzalez S, Delgado R. Intervención educativa sobre la técnica del autoexamen de mamario *MediCiego*. [serie en Internet]. 2008; [citado 2 Ene 2007] 11(2): [aprox. 8 p.]. Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/mciego/vol14_supl1_08/articulos/a1_v14_supl108.html
- 37.-Robles S, Galanis E. Breast cancer in Latin American and the Caribbean raising .Washington, dc: Pan American health organization: 2001.
- 38.-Examen de mamas <http://www.binasss.sa.cr/poblacion/examenmamas.htm>
- 39-. Carvalho Fernandez AF,Silva de Oliveira M, Ferreira Moura ER.,Practica

del autoexamen de mamas por usuárias del sistema único de salud de Cearà.

Disponble en: http://bvs.sld.cu/revistas/enf/vol22_3_06/enf09306.htm

40- Mondeja Águila W, Quintana González J, Rodríguez de Bernardo C, Borroto Guevara M. Intervención educativa sobre el autoexamen de mama en mujeres

mayores de treinta años. Disponible

en:http://bvs.sld.cu/revistas/mciego/vol15_02_09/pdf/a12_v15__02_09.pdf

41 Virella Trujillo M E, Salazar Matos Y, Chávez Roque M, Viñas Sifontes LN,

Peña Fuente N. Resultados del conocimiento sobre factores de riesgo del

cáncer de mama y autoexamen . Disponible en:

<http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S1025->

[02552010000100003&script=sci_arttext](http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S1025-02552010000100003&script=sci_arttext)

