

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE NICARAGUA  
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS-LEÓN**



**TESIS  
para optar al título de**

**DOCTOR EN MEDICINA Y CIRUGÍA**

**CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRÁCTICAS SOBRE EL AUTO EXAMEN DE  
MAMAS EN MUJERES DE 20-54 AÑOS QUE ACUDEN AL CENTRO DE SALUD  
"MARÍA DEL CARMEN SALMERÓN," CHINANDEGA, 2009.**

Autora: Urania Betanco Juárez

Tutor: Dr. Francisco Tercero Madriz, PhD.  
Docente Dpto. Salud Pública

León, octubre 2009

*"Sufrir un cáncer es una experiencia dolorosa,  
pero no siempre ha de convertirse en la última experiencia"*

Mariam Suárez - Diagnóstico Cáncer.

## **DEDICATORIA**

Les dedico este trabajo a mis hijos Alejandro Josué y Alejandra Nazaret, a mi esposo Jorge Alejandro Quintero Ortega, a mi madre Francisca Juárez de Betanco, a mis hermanos y a mi tía Angelita Campo que han estado conmigo en las buenas y en las malas.

Gracias Señor.

## **AGRADECIMIENTOS**

A Dios Señor Padre por permitirme llegar a este momento después de tanto tiempo. Al Dr. Francisco Tercero Madriz por el tiempo dedicado de forma desinteresada.

Gracias señor por ponerme Ángeles en mi camino.

## RESUMEN

El objetivo de este estudio fue determinar los conocimientos, actitudes y prácticas sobre el auto examen de mamas en mujeres de 20-54 años que acuden al Centro de Salud "María de Carmen Salmerón," Chinandega, durante agosto-septiembre del 2009.

El estudio fue una encuesta sobre conocimientos, actitudes y prácticas, en el Centro de Salud "María de Carmen Salmerón." La población de estudio fue el total de mujeres entre 20-54 años que asistieron al centro de salud bajo estudio, durante agosto del 2009. En total se estudiaron 100 pacientes y la selección fue por conveniencia y según la frecuencia en que acudían las pacientes al centro de salud y de acuerdo al tiempo disponible por la investigadora.

La mayoría de mujeres eran jóvenes, urbanas, con alta escolaridad, casada/acompañada, católica, y trabajo remunerado. El 12% tenían antecedente familiar de cáncer de mama. La principal fuente de información sobre el auto examen de mamas fue el personal de MINSA y televisión. La mayoría sabía que el cáncer de mama es curable si se detecta a tiempo y que el auto examen es útil. Pero el conocimiento sobre la realización del auto examen y de otros exámenes fue regular. Las actitudes hacia el auto examen de mamas fueron positivas, pero existe temor a detectar cáncer; vergüenza; creen que es pecado; les afecta los senos; el tratamiento no debe iniciarse en jóvenes y no depende del estadio de la enfermedad; el tratamiento desfigura y no reduce la supervivencia ni mejora la calidad de vida.

El 58% se había realizado el auto examen de mamas, 55% lo hacia en la frecuencia correcta, 41% lo hace en la posición correcta, y la calidad fue buena en el 57%. Las principales razones para no realizárselos fueron: no tener problemas en mamas, no sabe la técnica, descuido y temor a detectar cáncer. Solamente el 31% se había realizado un examen clínico de mama, y las razones para no realizarlo fueron: no tener problemas en mamas, piensan que no deberían realizárselo y no sabían.

Se recomienda diseminar estos resultados al MINSA para elaborar campañas educativas sobre guías para realizarse adecuadamente el auto examen de mamas.

*Palabras claves: autoexamen de mamas, estudio de CAP, cáncer de mama, tamizaje.*

## ÍNDICE

<u>CONTENIDO</u>	<u>PÁGINAS</u>
Dedicatoria	
Agradecimientos	
Resumen	
INTRODUCCIÓN	1
ANTECEDENTES	3
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	6
JUSTIFICACIÓN	7
OBJETIVOS	8
MARCO TEÓRICO	9
DISEÑO METODOLOGICO	21
RESULTADOS	25
DISCUIÓN	27
CONCLUSIONES	30
RECOMENDACIONES	31
REFERENCIAS	32
ANEXOS	35
Ficha	
Cuadros	

## INTRODUCCIÓN

Casi una cuarta parte (23%) de todos los cánceres entre las mujeres son cáncer de mama, aproximadamente 1.15 millones de casos en el 2002, haciéndolo el cáncer más común entre las mujeres, y el segundo cáncer más común en la población total. La incidencia es mucho más alta en los países desarrollados, donde más de la mitad de los casos son diagnosticados.<sup>1</sup>

La detección temprana y tratamiento oportuno ofrece las mejores oportunidades de sobre vivencia a largo plazo. La mamografía, el examen clínico de mamas (ECM) y el auto examen de mamas (AEM) son los métodos preventivos usados para el tamizaje en la detección temprana de cáncer de mama. Las pruebas de tamizaje para el cáncer juegan un papel central en la reducción de muertes relacionadas a cáncer de mama. La Sociedad Americana de Cáncer (ACS) recomienda el ECM y la mamografía en la detección temprana del cáncer de mama. De acuerdo a las recomendaciones de la ACS, las mujeres deberían saber como perciben normalmente sus mamas y reportarlo inmediatamente a los proveedores de salud cualquier cambio en sus mamas.<sup>2</sup>

El AEM es una opción para mujeres a partir de los 20 años. La ACS ya no recomienda el AEM debido a que la detección de cáncer de mama a través de AEM no aumenta las tasas de supervivencia. Pero, el AEM es una importante opción viable disponible en áreas rurales o en países en desarrollo, donde el acceso al ECM y mamogramas es difícil y puede todavía detectar el cáncer de mama suficientemente temprano para su tratamiento y prolongar la vida y el sufrimiento de las mujeres.<sup>3</sup> Para mujeres jóvenes, el entrenamiento en AEM y su adherencia es un comportamiento de promoción de la salud que proveen a las mujeres del conocimiento que establece la etapa para la adherencia al tamizaje de ECM y las directrices al tamizaje de la mamografía a mayor edad. El tamizaje esta ligado a la percepción de riesgo, beneficio, y barreras a través de un proceso de razonamiento que incluye las influencias personales y sociales, y las actitudes.<sup>2</sup>

Las mujeres a los 20 y 30 años deberían tener un ECM como parte de un examen de salud periódico (regular) por profesionales de la salud preferiblemente cada 3 años. Después de los 40, las mujeres deberían tener este examen cada año, como lo recomienda la ACS.<sup>2</sup>

La mamografía anual es considerada el instrumento más valioso para detectar el cáncer de mama en las etapas más tempranas posibles, antes que el cáncer tenga metástasis y cuando las intervenciones son más efectivas, menos invasivas y debilitantes. La disminución de la mortalidad por cáncer de mama se ha atribuido a las prácticas de tamizaje con mamografía regular. La ACS recomienda que mujeres de 40 años o más deberían realizar una mamografía cada año y deberían continuar haciéndolo. El tamizaje con mamografía, puede disminuir el riesgo a morir pero es todavía sub utilizado entre las minorías.<sup>4</sup>



## ANTECEDENTES

En Nicaragua la proporción de mortalidad por neoplasias malignas mostró tendencia al aumento, con 7.6% en 1990; 9.7% en 1996; 10.5% en 1999; 11.7% en 2002; y 12% en 2004, manteniéndose como tercer grupo de causas de muerte en los últimos 5 años. La tasa de mortalidad específica por esta causa se incremento de 31.2 por 100,000 habitantes en 2000 a 35.2 por 100,000 en 2004. Según su ubicación, la mortalidad por cáncer de estómago representó 12.5%, cuello del útero 10.5% y mama 4.9%. El cáncer de cuello del útero fue la primera causa de muerte por neoplasia del sexo femenino, y en conjunto con el cáncer de mama representaron 18% de las muertes notificada por cáncer. Para el 2003, la tasa de mortalidad materna en los grupos de 25-44 años, 45-64 años y de 65 años o más fue de 4.3, 31.1, y 45.3 por 100,000 habitantes respectivamente.<sup>5</sup> En el periodo de 2000-2005, el cáncer de cuello uterino fue la primera causa de morbilidad atendida en el Centro Nacional de Radioterapia, seguido por el cáncer de mama con 17.2%. Hay poco acceso a medios diagnósticos y terapéuticos.<sup>6</sup>

Durante el período de 1998-2003, Martínez estudió 55 pacientes con diagnóstico de cáncer de mama en el hospital Bertha Calderón, y encontró que la tasa de letalidad fue de 16% y la persistencia de cáncer fue de 20%, con bajas tasas de sobrevivencia.<sup>7</sup> Silva (2007) estudio 5 casos en el mismo hospital a quienes realizó reconstrucciones de mamas y encontró que la mayoría eran jóvenes y se habían complicado, principalmente por infecciones y necrosis.<sup>8</sup> En otro estudio en el HEODRA (n=36) el carcinoma infiltrante de mamas se observó que la mitad eran menores de 50 años y había resistencia a la quimioterapia.<sup>9</sup>

Bonilla (2008) realizó un estudio CAP sobre el autoexamen de mama de mujeres atendidas en el Servicio de Maternidad del Hospital Fernando Vélaz Páiz, durante Diciembre del 2007 (n=100). El 62% tuvo un nivel de conocimiento regular y 83.8% tuvo una actitud favorable hacia el autoexamen de mama. Sólo el 70.3% de las entrevistadas tuvo práctica de autoexamen de mamas y el nivel de práctica que predominó fue el malo con un 40.6%.<sup>10</sup>

Grunfeld et al. (2002) realizaron un estudio en mujeres británicas (n=1,830) y las mujeres de mayor edad tuvieron menos capacidad para identificar los síntomas de cáncer de mama, factores de riesgo asociado y factores personales para desarrollar la enfermedad.<sup>11</sup>

Barcelos et al. (2003) realizó un estudio CAP (n=663) en un municipio de Brasil, y el conocimiento y prácticas de la autoexamen de mama de mujeres que acudieron a centros de salud fue adecuado en 7.4% y 16.7%, respectivamente, pero las actitudes fueron adecuadas en 95.9%. En el 58.1% la principal causa de no realizar el autoexamen de mamas por olvido.<sup>12</sup>

Okobia et al. (2006) encontró que las mujeres en una comunidad de Nigeria tuvieron bajo conocimiento del cáncer de mama y pocas practicaba autoexamen de mamas y examen clínico de mamas. Por otro lado, encontraron que la educación fue el principal determinante del nivel de conocimiento y conducta de salud entre las participantes (n=214).<sup>13</sup>

Dündar et al. (2006) en un estudio de corte transversal (n=244) en mujeres rurales de Turquía observaron que un incremento en la práctica del autoexamen de mamas y las recomendaciones de mamografía se puede lograr a través de mejorar la conciencia sobre el cáncer de mama y la posibilidad de reducir sus barreras. Tres cuartas partes reportaron haber oído/leído sobre cáncer de mama, y la mayoría mencionó la televisión y el radio como su principales fuentes de información, solo una cuarta parte menciona a profesionales de la salud.<sup>14</sup>

Webster y Austoker (2006) concluyeron que el conocimiento de las mujeres sobre el tamizaje de las mamas (n=640) fue variable y a veces incorrecto, especialmente en aquellas con menor educación formal.<sup>15</sup>

Simi et al. (2009) realizó un estudio en mujeres entre 25-54 años en Shiraz, Irán, y encontraron que casi la mitad no realizaban el autoexamen y la mitad de las que lo realizaban lo hacían incorrectamente. El nivel educativo no se relacionó con la realización del autoexamen de mamas, pero las principales razones por la cual no lo realizaban fue la falta de conocimiento sobre como hacerlo y la falta de creencia en su necesidad.<sup>16</sup>

En 1997, la Sociedad Americana de Cáncer (ACS) actualizó sus guías para el tamizaje del cáncer de mama. El cambio más notable en estas guías fue la recomendación de que las mujeres deberían comenzar un tamizaje manual a partir de los 40 años; las guías previas habían recomendado la mamografía cada uno o dos años para mujeres con 40 años, y mamografía anual para mujeres con 50 años. La actualización de 1997 notó que no había edad cronológica en que el tamizaje debería suspenderse, enfatizando que tanto como una mujer estuviera con buena salud se beneficiaría probablemente del tamizaje de cáncer de mama. Las recomendaciones para el examen clínico se modificaron al agregar el consejo de que una mujer con 40 años y más programe un examen clínico y mamografía anual.<sup>2</sup>

## **PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

¿Cuáles son los conocimientos, actitudes y prácticas sobre el auto examen de mamas en mujeres de 20-54 años que acuden al Centro de Salud "María de Carmen Salmerón," Chinandega?

## JUSTIFICACION

Existe suficiente evidencia internacional y nacional de que el cáncer de mama es una causa importante de discapacidad y mortalidad en las mujeres y que su potencial de reducción es alto siempre y cuando se apliquen pruebas de tamizaje de alto costo-efectividad como el autoexamen de mamas para la detección temprana y tratamiento oportuno de esta patología. Aunque en Nicaragua la mayoría de los estudios sobre este problema enfocan los aspectos clínicos o su impacto en términos de mortalidad o discapacidad, pero son pocos los estudios que abordan las deficiencias de conocimientos y las necesidades de atención ante este problema.

El impacto de esta enfermedad y la mastectomía en los ámbitos psicoafectivos, familiares, sociales y económicos es enorme y difícil de mediar. Por lo tanto, el abordaje de estas pacientes no debe limitarse únicamente a los aspectos curativos, sino también a su prevención y control para mejorar la supervivencia y calidad de vida de las mujeres. Esto adquiere mucha relevancia en Nicaragua en donde el 44% de mujeres que iniciaron unión conyugal están solteras, divorciadas o viudas y son responsables en su gran mayoría de sus familias. Por otro lado, el 60% de estas mujeres no tiene empleo con lo cual no pueden responder a sus necesidades básicas como alimentación, vivienda y salud, entre otros.

La información sobre conocimientos, actitudes y prácticas sobre el autoexamen de mama por parte de la población femenina, puede ayudar al mediano y largo plazo a la detección oportuna y tratamiento temprano del cáncer. Por lo tanto, se espera que los resultados de esta investigación sean de utilidad para las autoridades de salud para poder reducir la carga de morbilidad del cáncer de mama en la mujer.

## **OBJETIVOS**

### **Objetivo General:**

Determinar los conocimientos, actitudes y prácticas sobre el auto examen de mamas en mujeres de 20-54 años que acuden al Centro de Salud "María de Carmen Salmerón," Chinandega, durante agosto-septiembre del 2009.

### **Objetivos Específicos:**

1. Describir las características sociodemográficas de la población estudiada.
2. Determinar el nivel de conocimiento sobre el auto examen de mamas.
3. Describir las actitudes hacia el auto examen de mamas.
4. Identificar las prácticas en el auto examen de mamas.

## MARCO TEÓRICO

### **Definición de cáncer de mama (seno)<sup>17</sup>**

Cáncer que se forma en los tejidos de la mama, por lo general en los conductos (tubos que llevan leche al pezón) y los lobulillos (glándulas que producen leche). Se puede presentar tanto en los hombres como en las mujeres, aunque el cáncer de mama masculino es raro.

### **Hallazgos clínicos<sup>18</sup>**

El cáncer de mama en estadio temprano, que es cuando el tratamiento tiene éxito, por lo general no tiene síntomas. Pero algunos síntomas y signos nos pueden hacer sospechar del Cáncer de Mama, y que obligan a toda mujer a consultar a su médico inmediatamente:

- Un bulto o tumoración que se siente al tacto, que se diferencia del resto de tejido mamario, de consistencia dura, mayormente no dolorosa, y que no desaparece en el transcurso de los días.
- Piel de la mama rugosa, que se puede parecer a la "cáscara de una naranja".
- Deformidad de la mama.
- Secreción mamaria, sobre todo si contiene sangre.
- Hundimiento del pezón.

### **Definición de tamizaje<sup>3</sup>**

Tamizaje fue definido por la Comisión de los Estados Unidos sobre Enfermedades Crónicas (1957) como "la identificación presuntiva de una enfermedad no reconocida o detectada por la aplicación de pruebas, exámenes u otros procedimientos que pueden ser aplicados rápidamente." Una prueba de tamizaje no está dirigida a ser diagnóstica. Más bien, un descubrimiento positivo que tendrá que ser confirmado por procedimientos diagnósticos especiales. Por definición, el tamizaje es ofrecido a aquellos en que no se sospecha que puedan tener una enfermedad.

### **Principios generales del tamizaje<sup>3</sup>**

- La enfermedad debería ser un problema de salud importante.
- La enfermedad debería tener una fase preclínica detectable.
- La historia natural de la condición debe ser conocida.

- La enfermedad debería ser tratable, y debería de haber un tratamiento reconocido para las lesiones identificadas después del tamizaje.
- La prueba de tamizaje debería ser aceptable y segura.

### **Tamizaje para el cáncer de mama<sup>3</sup>**

Las guías de la Sociedad Americana de Cáncer para la detección del cáncer de mama establecen que cada mujer debe apresurarse a practicarse el auto examen de mamas cada mes desde la edad de 20 años, que las mujeres deberían tener un examen médico de mama cada 3 años desde los 20 años y cada año desde los 40 años de edad, y la mamografía debería realizarse cada 1-2 años desde los 40-49 años y cada año a partir de los 50 años. Sin embargo, en la Fuerza de Tarea de Servicios Preventivos de los Estados Unidos no recomiendan el tamizaje con mamografía en las mujeres entre 40-49 años, y el Instituto Nacional del Cáncer, después de aceptar que la evidencia científica no confirma la eficacia del tamizaje en mujeres entre 40-49 años, reversionó esa posición posteriormente a pesar de las recomendaciones por un consenso de la convención.<sup>3</sup>

Programas organizados de tamizaje de mama, todos involucrando mamografías y mujeres entre 50-64 años (o 69), se han establecido en Canadá y varios países europeos (por ejemplo, Finlandia, Holanda, Suecia, Reino Unido), pero solo en algunos condados en Suecia invitaron activamente a mujeres entre 40-49 años para el tamizaje. La mayoría invitaron a las mujeres a retornar cada 2 años (cada 3 en el Reino Unido). Se considera que es muy temprano para evaluar la efectividad de estos programas, pero es probable que la reducción de la mortalidad atribuible al tamizaje sea visto dentro de pocos años en los programas que han logrado el nivel de completamiento planeado (70% o más), aunque podría ser menor que lo anticipado.<sup>3</sup>

La otra prueba de tamizaje para la cual todavía hay poca evidencia de su efectividad es el auto examen de mamas, pero solamente este examen tiene el potencial de mejorar el punto de vista de los intervalos de cáncer, y tiene el potencial para proveer un diagnóstico temprano de cáncer de mama en muchas partes del mundo. Dos estudios de casos y controles no han presentado beneficios en la reducción de la enfermedad avanzada, pero uno sugiere beneficio en los consentidores del auto examen de mamas.



En Finlandia, un estudio de cohorte en consentidores del auto examen de mamas sugiere un beneficio en reducir la mortalidad de cáncer de mama, pero en un estudio anidado de casos y controles con el Estudio Nacional Canadiense de Tamizaje de Mama también presentó beneficio de practicas buenas de auto examen de mamas en reducir la mortalidad de cáncer de mama y la prevalencia acumulada de estadios avanzados (metástasis) de cáncer de mama.<sup>3</sup>

### **Medidas para el diagnóstico temprano<sup>18</sup>**

- Que toda mujer se haga periódicamente (1 vez al mes, al segundo o tercer día después de habersele finalizado el periodo), un autoexamen de la mamas.
- Que toda mujer a partir de los 40 años de edad (para otros a partir de los 50 años) se haga un examen de mamografía periódicamente, según lo indique su médico.
- Que en mujeres menores de 40 años, frente a una tumoración, se haga el estudio respectivo con ecografía, biopsia mamaria, u otro procedimiento, según sea el criterio del médico, para descartar una tumoración maligna.
- Que toda mujer con los factores de riesgo arriba mencionados, cumpla aún con mayor obligación las tres medidas que anteceden.

### **Autoexamen de Seno (BSE por sus siglas en inglés)<sup>2,18,20</sup>**

#### **Definición**

Un autoexamen de seno es una exploración de los senos que se realiza uno mismo. Es una manera de darse cuenta de algún cambio, protuberancias o anormalidades en los senos. Es también una oportunidad para que se de cuenta de lo que es normal en sus senos. La Sociedad Americana del Cáncer (ACS por sus siglas en inglés) recomienda que todas las mujeres mayores de 20 años consulten con su médico acerca de los beneficios y limitaciones del autoexamen de seno. Una mujer que se encuentra entre los 20 y los 39 años de edad debe realizarse un examen clínico de seno cada tres años. Después de los 40 años de edad, una mujer debe hacerse exámenes de seno y mamogramas de revisión cada año. Si la paciente y su médico deciden hacerse autoexámenes de seno por su cuenta, esta es la mejor manera de hacerlo: Hacerse el autoexamen mensualmente, de dos a tres días después de que termine su periodo menstrual. Si usted no tiene periodos regulares, escoja un día que le sea fácil de recordar (por ejemplo el primer día del mes) para realizarse sus autoexámenes.

## **Pasos para un Autoexamen de Seno**

Un autoexamen de seno implica ambas partes, una estando de pie y la otra recostada. Es importante que se haga los dos exámenes.

### **a. Examinación de Pie**

1. Párese enfrente de un espejo para que de esa forma pueda ver sus dos senos claramente. Revise ambos senos en busca de algo fuera de lo común. Revise la piel en busca de arrugas, hoyuelos o escamas. Vea si hay secreción en los pezones.
2. Mientras se observa con cuidado en el espejo, sujete sus manos detrás de la cabeza y presione sus codos hacia adelante. Observe si hay algún cambio en la forma o contorno de los senos.
3. Presione firmemente sus manos en las caderas e inclínese ligeramente hacia el espejo mientras jala sus hombros y sus codos hacia atrás. Observe si hay algún cambio en la forma o contorno de los senos.
4. Apriete cada pezón suavemente y vea si hay secreción en los pezones.
5. Levante su brazo derecho. Use las yemas de los dedos de su mano izquierda para revisar el seno derecho y el área circundante de una manera firme, cuidadosa y detallada. Tal vez quiera utilizar loción o talco para ayudar a que sus dedos se deslicen fácilmente sobre la piel. Sienta si hay algún bulto o protuberancia bajo la piel.
6. Sienta el tejido oprimiendo sus dedos en pequeñas áreas del tamaño de una moneda. Para asegurarse de cubrir todo el seno, tómese su tiempo, y siga un patrón definido, como líneas verticales, un círculo continuo o un patrón cuneiforme.
7. Revise la parte superior externa del seno derecho y también la axila derecha.
8. Repita el procedimiento en su seno izquierdo utilizando las yemas de los dedos de la mano derecha.

### **b. Examinación Recostada**

1. Acuéstese con una almohada bajo su hombro derecho y ponga su brazo derecho atrás de la cabeza.
2. Use las yemas de los tres dedos medios de la mano izquierda para sentir si hay bultos en el seno derecho.
3. Presione lo suficientemente fuerte para saber cómo se siente su seno. Es normal sentir una carnosidad dura en la curva de la parte de abajo de cada seno.
4. Mueva el seno en un círculo continuo, líneas verticales o un patrón cuneiforme. Asegúrese de hacerlo de la misma forma cada mes. Revise por completo el seno.

5. Repita el procedimiento en el seno izquierdo utilizando las yemas de los dedos de la mano derecha.
6. Si usted nota algún cambio, protuberancias u otras anormalidades, asista de inmediato con su médico.

### **Mamografía**<sup>18</sup>

Es el método más importante para el diagnóstico del cáncer de mama. Son signos mamográficos de posible malignidad:

- Presencia de nódulos densos, de bordes imprecisos con retracción de la piel o edema cutáneo.
- Presencia de microcalcificaciones en número superior a 6.

La edad para hacerse la mamografía es polémica. Por lo general, entre los 40 a 50 años se hace una cada dos años, y a partir de los 50 años anualmente. Esta decisión dependerá de la paciente y de lo que le recomiende su médico.

### **Recomendaciones del examen clínico**<sup>2</sup>

#### **Examen clínico de mama (ECM)**

Para mujeres con riesgo promedio entre 20-30 años, se recomienda que el ECM sea parte de un examen de salud periódico, preferiblemente cada 3 años como mínimo. El examen debe incluir instrucciones sobre el AEM con el propósito de ganar familiaridad con la composición de la mama. Además, debe proveerse información sobre los beneficios y limitaciones del ECM y el AEM, enfatizando que el riesgo de cáncer de mama es muy bajo en mujeres menores de 20 años y su incremento con la edad. La importancia de reportar prontamente cualquier síntoma a un profesional de la salud debe enfatizarse.<sup>2</sup>

Las mujeres sintomáticas con 40 años o más deben continuar recibiendo el ECM como parte de su examen de salud periódico, preferiblemente anualmente. A los 40 años se debe de iniciar la discusión sobre la inclusión de mamografía. Puede haber algunos beneficios al realizar el ECM poco antes del mamograma. Durante el ECM, deben de discutirse los beneficios y limitaciones del ECM y la mamografía.<sup>2</sup>

Tabla 1 Pruebas de tamizaje para el cáncer de mama y fuerza asociada de la evidencia en la reducción de la mortalidad.<sup>21</sup>

Edad/prueba	Mayor Nivel de Evidencia	Comentarios
Edad entre 40-49 años: ❖ Mamografía ± ECM	1	Las mujeres entre 40-49 años fueron un subgrupo estudiado en la mayoría de ensayos aleatorios; la mayoría de los cuales fueron realizados antes del uso ampliado de quimioterapia.
❖ Auto examen de mamas	5	Los ensayos aleatorios publicados a la fecha presentan un incremento en la tasa de biopsias sin una reducción en la mortalidad por cáncer de mama.
Edad entre 50-69 años: ❖ Mamografía ± ECM	1	La mayoría de ensayos fueron hechos antes del amplio uso de quimioterapia; el balance de los beneficios y daños son probablemente más favorables para las mujeres jóvenes.
❖ Auto examen de mamas	5	Los ensayos aleatorios publicados a la fecha presentan un incremento en la tasa de biopsias sin una reducción en la mortalidad por cáncer de mama.
Mayores de 70 años		Las mujeres en estas edades no fueron bien representadas en los ensayos aleatorios; la mayoría de los expertos creen en las recomendaciones que deberían ser ajustadas a la salud y esperanza de vida.

### El AEM y la Auto Detección

La meta de una AEM, como con el ECM, es detectar tumores palpables. Un papel adicional del AEM es incrementar la conciencia de la composición normal de la mama, para que haya una mayor conciencia de los cambios que se detecten durante la AEM. Esto también puede lograrse basado en el conocimiento del valor del tratamiento temprano tanto de los tumores de mama palpables y no palpables.<sup>2</sup>

Como con el ECM, hubo algunos miembros del panel de la ACS quienes creyeron que la evidencia contra un beneficio del AEM no es lo suficientemente fuerte como para abandonar la recomendación, mientras que otros creyeron que hubo insuficiente evidencia para continuar con el AEM recomendado. Sin embargo, el panel revisor de la ACS reconoce las contribuciones del ECM y el AEM para la detección del cáncer de mama, los problemas de entrenamiento y de ejecución, la importancia de enfatizar la importancia de los signos y síntomas del cáncer de mama, así como comprender como esa conciencia se logra y se mantiene, representa un área importante de investigación.<sup>2</sup>

### **Efectividad del Examen Clínico de Mamas (ECM)<sup>22</sup>**

La Fuerza de Tarea de los Servicios Preventivos de los Estados Unidos recomiendan la mamografía de rutina cada 1 a 2 años iniciando a los 40 años, pero el ECM recibió una valuación de I, lo que significa que hay insuficiente evidencia para hacer una recomendación. La sensibilidad de ECM oscila de 69% de adquirir cáncer de mama en mujeres que no tuvieron un tamizaje a casi 31% en aquellas que tuvieron un tamizaje similar. La sensibilidad es mayor en mujeres menores de 50 años (en contraste con el tamizaje de mamografía, la cual es menos sensible en las mujeres jóvenes). Debido a que el cáncer de mama no es tan común en mujeres menores de 50 años, sin embargo, una masa encontrada en una mujer mayor durante la ECM tiene cuatro veces mayor riesgo de cáncer que una masa en una mujer mas joven. Casi 3 de 5 mujeres de cada 100 mujeres examinadas tendrán un ECM falso positivo.

El ECM encuentra cánceres que son detectados en la mamografía. El incremento en el hallazgo de casos ha sido casi 5% a 7% en estudios poblacionales. Si este incremento de detección de casos se traduce en mejores resultados se desconoce. Las tasas de supervivencia para los cánceres detectados por ECM son menores (59% a 84% en 10 años) que los detectados solamente por mamografía.<sup>22</sup>

### **Eficacia del Auto Examen de Mama (AEM)** <sup>22</sup>

La Fuerza de Tarea de los Servicios Preventivos de los Estados Unidos también da al AEM una recomendación de I en su actualización del 2002. Sin embargo, la Fuerza de Tarea Canadiense de la Atención Preventiva en Salud da una recomendación D, manifestando que no hay evidencia de beneficios y alguna evidencia de daño y no lo recomienda más.

Las mujeres que practican el AEM con mucha pericia tienen un riesgo reducido de muertes por cáncer de mama, pero los diseños retrospectivos no podrían eliminar la posibilidad de sesgo del recuerdo. <sup>22,23</sup>

Las mujeres encuentran cáncer de mama por auto examen. En mujeres entre 40-45 años (antes de que muchas se realicen mamografía de rutina), 65% de los cánceres fueron auto detectados. La auto detección fue dividida igualmente entre quienes se realizaron el AEM de rutina y las que lo detectaron accidentalmente una masa en la mama. En una serie de 3,197 cáncer invasivos diagnosticados en Wisconsin de 1988 a 1990, las mujeres detectaron su cáncer en el 55% de la veces. Los tumores encontrados por mamografía o ECM fueron mucho más probables de ser localizados. <sup>23</sup>

### **Epidemiología** <sup>24-25</sup>

Más del 90% de las neoplasias de mama se originan del epitelio ductual, mientras una minoría se origina del epitelio lobular. La sobrevivencia del cáncer de mama se ha incrementado ligeramente en los países desarrollados, donde actualmente se acerca a 80% a 5 años. No está claro cuánto de la mejoría es debido al tamizaje comparado con la mejoría en el tratamiento. La sobrevivencia en países en desarrollo permanece baja, del orden de 40% a 60%. <sup>24</sup>

El cáncer de mama es el cáncer más común entre las mujeres en el mundo: el número estimado de nuevos casos en el 2000 fue de 579,000 en los países desarrollados y 471,000 en los países en desarrollo. También es la causa más importante de muerte por neoplasias entre las mujeres, causando un estimado de 373,000 muertes en el mundo para el 2000. La incidencia de cáncer de mama es baja (menos de 20 por 100,000) en la mayoría de países de África subsahariana, en China, y en otros países del este asiático, excepto Japón.

Las tasas más altas (70 a 90 por 100,000) se registran en Norte América, Australia, y en Europa del norte y occidental, así como en Brasil, y Argentina. Es importante notar que la incidencia de cáncer de

mama se ha desarrollado rápidamente durante las últimas décadas en muchos países en desarrollo: por ejemplo en países árabigos el cáncer de mama era una enfermedad rara hasta la década de los setenta, y actualmente se ha convertido en el cáncer más frecuente en las mujeres con tasas de 30 por 100,000.<sup>24</sup>

En los países desarrollados, las tasas de incidencia han incrementado lentamente durante las recientes décadas, mientras las tasas de mortalidad han permanecido medianamente estables. La incidencia incrementa linealmente con la edad hasta la menopausia, después de la cual un mayor incremento es menos marcado (países desarrollados) y es casi ausente (países en desarrollo). Las mujeres con alto nivel social tienen consistentemente mayores tasas que las mujeres con un menor nivel, la diferencia es de aproximadamente 30% a 50%.<sup>24</sup>

### Factores de riesgo<sup>24-26</sup>

Tabla 1 Diferencias entre los factores de riesgo del  
Cáncer del Cuello Uterino y el Cáncer de mama.<sup>26</sup>

	<b>Cáncer Cuello Uterino</b>	<b>Cáncer de mama</b>
Edad	joven	madura
Est. Social	bajo	alto
Estado Civil	casada	soltera/no hijos
Sexualidad	activa	pasiva
Paridad	riesgo	protección
Vivienda	promiscua	normal
Ingresos	bajos	altos
Dieta	deficiente	suficiente
Fenotipo	delgada	obesa
Detección	fácil	difícil
Costos	bajos	altos

El embarazo incrementa el riesgo de cáncer de mama a corto plazo, probablemente a incrementos en el nivel libre de estrógeno durante el primer trimestre. Este efecto es particularmente fuerte en el primer embarazo. A largo plazo, sin embargo, el embarazo tiene un efecto benéfico, ya que las mujeres

multíparas tienen mayor nivel de prolactina y un nivel menor de globulina que requiere hormona sexual que mujeres nulíparas. Estos dos efectos resultan en un papel protector durante la temprana edad en el primer embarazo (y un pequeño efecto protector residual de embarazos adicionales) y en un riesgo incrementado de mujeres con primeros embarazos tardíos. Un efecto protector de la lactancia podría atribuirse a la supresión de la función ovulatoria causada por la lactancia. Además, el uso a largo plazo de terapia de hormona de reemplazo lleva también a un incremento en el riesgo de cáncer de mama.<sup>24-25</sup>

Las mujeres que sufren de dos de las enfermedades de mama más comunes, enfermedad fibroquística y fibroadenoma portan un riesgo incrementado de 2-3 veces de cáncer de mama. Es posible, no obstante, que las lesiones no sean condiciones preneoplásicas, en vez de proliferación epitelial, unida a alteraciones hormonales, es un rasgo que comparte con el cáncer de mama.<sup>24-25</sup>

Una historia familiar de cáncer de mama en la madre o en una hermana se asocia con un riesgo incrementado de 2-3 veces de tener la enfermedad. Este papel de la historia familiar es posiblemente el resultado de la baja penetración de genes asociado con el metabolismo y regulación hormonal, en particular varios de los genes asociados con el metabolismo de esteroides son polimórficos; y hay evidencia de un riesgo incrementado de cáncer de mama asociado con polimorfismo de genes involucrados en el metabolismo hormonal.

También, el riesgo de cáncer de mama es incrementado en portadores de mutaciones de varios genes de alta penetración, en particular BRCA1, BRCA2, y p53. Aunque el riesgo de vida acumulado en los portadores de estos genes puede ser tan alto como 80%, son raros en la mayoría de poblaciones y explican solamente una pequeña fracción (2%-5%) del total de casos. Sin embargo, hay excepciones como Ashkenazi Jews, entre quienes BRCA1 de alto riesgo o mutaciones de BRCA2 son responsables de un 12% estimado de cáncer de mama.<sup>24-25</sup>

Aunque el papel de la nutrición en el riesgo de cáncer de mama se ha sugerido, la evidencia combinada de estudios epidemiológicos es solamente sugestivo de un efecto protector ejercido por la alta ingesta de frutas y vegetales, mientras la evidencia no es concluyente para otros componentes de la dieta, incluyendo ingesta de grasa total, grasa saturada y fibras, e ingesta total de energía. Similarmente,



resultados sobre micro nutrientes han sido escurridizos, aunque hay una evidencia creciente de un papel protector jugado por los phyto-estrógenos. El nivel hormonal y factores nutricionales durante el periodo intrauterino y la niñez son también propensos que sean importantes en la carcinogénesis de mama.<sup>24-25</sup>

Muchos factores del estilo de vida han sido investigados como causas posibles de cáncer de mama. Un riesgo incrementado con el incremento de peso ha sido consistentemente reportado entre mujeres mayores de 60 años, pero no entre mujeres más jóvenes. La ingesta de 3 o más tragos por día conduce a un riesgo incrementado del orden de 50% a 70%. Es probable que tanto el sobrepeso como el consumo de alcohol actúen como riesgo de cáncer de mama a través de un mecanismo que involucra nivel o metabolismo hormonal.

El fumado no incrementa el riesgo de cáncer de mama. Los estudios de factores ocupacionales y exposición a pesticidas organofosforados no han proveído evidencia de un rol etiológico.<sup>24-25</sup>

Casi 1% de todos los cánceres de mama ocurren en hombres. La incidencia provee limitada evidencia de variaciones geográficas, sin clara correlación con la incidencia en mujeres. Las condiciones que involucran alto nivel de estrógenos, como ginecomastia y cromatina sexual positiva, son factores de riesgo de cáncer de mama en hombres, como lo es el alto peso en la juventud.<sup>25</sup>

La prevención primaria del cáncer de mama se ha intentado vía intervención nutricional, involucrando la reducción de ingesta calórica, reducción de la proporción de calorías de grasa, e incremento en el consumo de frutas y vegetales. Tamoxifeno es una droga anti estrógeno usada en quimioterapia, ha presentado una acción quimiopreventiva contra el cáncer de mama, aunque la magnitud de la protección es dudosa. Contrariamente, el tamoxifeno incrementa el riesgo de cáncer endometrial.<sup>24-25</sup>

El enfoque más adecuado del control del cáncer de mama es la prevención secundaria a través de la mamografía. La efectividad de tamizaje por mamografía en mujeres mayores de 50 años se ha demostrado, y los programas han establecido en varios países. La efectividad de mamografía en mujeres menores de 50 años no está demostrada. El beneficio de otros enfoques de tamizaje, como el examen físico y el auto examen, no es conocido.<sup>24</sup>

## DISEÑO METODOLÓGICO

**Tipo de estudio:** Encuesta sobre conocimientos, actitudes y prácticas.

**Área de estudio:** El área atención primaria en toda la ciudad de Chinandega atiende una población de 132,710 habitantes. Para este estudio se seleccionó el Centro de Salud "María de Carmen Salmerón," el cual está ubicado en el noroeste de la ciudad de Chinandega, y atiende una población de 20,261 habitantes, de las cuales 1,468 son adolescentes entre 10-14 años y 5,788 son mujeres en edad fértil de 15-49 años. Los doce conglomerados atendidos por este centro de salud son los siguientes:

- Cuatro colonias urbanas (Santa Ana, El naranjo, Roberto González I y II, Gerardo Lindo);
- Siete repartos urbanos: (Ana Virgen Robles, David Andino, Santa Patricia, Luis Anduray, Violeta Barrios, Azarias H. Pallais, Carlos Manzanares);
- Un reparto rural (La Tejana) para un total de 12 comunidades.

### **Población de estudio:**

Total de mujeres entre 20-54 años de procedencia urbana y rural que asistieron al centro de salud bajo estudio, durante agosto del 2009. En total se estudiaron 100 pacientes que acudieron al centro de salud en 20-54 años. La selección y muestreo fue por conveniencia y según la frecuencia en que acuden las pacientes al centro de salud y de acuerdo al tiempo disponible por la investigadora.

### **Recolección de la información:**

Previo la realización de este estudio se solicitó la autorización del director del centro de salud. Posteriormente se sometió el protocolo para su aprobación y una vez aprobado se realizó una encuesta a las pacientes que asistan al Centro de Salud entre las edades de 20-54 años hasta entrevistar el número de la muestra del estudio. El instrumento de recolección de datos consistió en un cuestionario con preguntas abiertas y cerradas en relación a datos generales, conocimientos, actitudes y prácticas sobre el auto examen de mamas.

**Procesamiento y análisis de los datos:**

El procesamiento de los datos se realizó por medio del software Epi Info versión 6.04, y el análisis mediante medidas de frecuencia absolutas y relativas, así como medidas de centro y de dispersión como promedio, mediana y desviación estándar. Las actitudes se midieron a través de la escala de Likert.<sup>27-28</sup>

**Consideraciones éticas:**

Se solicitó autorización a la dirección del centro de salud bajo estudio. Además, se solicitó consentimiento informado verbal a las pacientes que acudieron al centro de salud bajo estudio para proceder a entrevistarlos, garantizando el anonimato y la confidencialidad de la información. La información obtenida fue utilizada para mejorar el desempeño del autoexamen de mamas de las mujeres en edad fértil, para incrementar la detección temprana de neoplasias de mamas en la ciudad de Chinandega.

## OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES

<b>VARIABLES</b>	<b>DEFINICIÓN</b>	<b>ESCALA O VALOR</b>
Edad	Años cumplidos desde el nacimiento hasta el momento de la entrevista.	20-34 35 – 49 50-54
Escolaridad	Nivel escolar alcanzado por la entrevistada. Se considera bajo, primaria o menos; y alto, secundaria o mayor.	Bajo Alto
Procedencia	Lugar geográfico de residencia.	Rural Urbana
Ocupación	Situación laboral remunerada.	Si No
Asegurada	Estado de afiliación al seguro social.	Si No
Estado civil	Condición social al momento de su entrevista.	Soltera Casada/acompañada
Religión	Religión que profesa la paciente al momento de la entrevista.	Católica Evangélica Otra Ninguna
Paridad	Números de parto que ha tenido la al momento de la entrevista.	Ninguna Una Dos y más
Antecedente familiar de cáncer		Si No

<b>Variables</b>	<b>Definición</b>	<b>Escala o Valor</b>
Conocimiento	Nivel de conocimiento sobre el autoexamen de mama. Se considera inadecuado si las respuestas están por debajo del primer cuartil; regular, entre el primero y segundo cuartil; bueno, entre el segundo y tercer cuartil; y muy bueno, por encima del tercer cuartil.	Inadecuado Regular Bueno Muy bueno
Actitud	Actitud de las mujeres hacia los resultados del tratamiento del cáncer de mama.	Adecuada Inadecuada
Prácticas	Realización del autoexamen de mamas y/o de otros medios diagnósticos necesarios para la detección del cáncer de mama.	Adecuada Inadecuada

## RESULTADOS

En total se estudiaron a 100 mujeres entre las edades comprendidas entre los 20-54 años de edad que acudieron al centro de salud María del Carmen Salmerón, Chinandega, durante agosto-septiembre del 2009, dichas mujeres fueron encuestadas sobre los conocimientos, actitudes y prácticas sobre el auto examen de mamas. La mayoría de pacientes tenían edades entre 20-34 años de edad (64%), procedencia urbana (81%), alta escolaridad (79%), casada o acompañada (55%), religión católica (77%), con dos partos o más (43%), y trabajo remunerado (51%). El 12% de ellas reportaron antecedente familiar de cáncer de mama (Cuadro 1). El promedio de edad de las mujeres entrevistadas fue de  $32 \pm 10$  años, la mediana de 30 años, y el rango de 20-54 años. La mediana de partos fue de uno.

Al indagar sobre la información que ellas habían recibido sobre el auto examen de mama, el 65% dijo haber recibido. La principal fuente de información de dicha información había sido a través del personal de ministerio de salud (72%), seguido por televisión (26%) y libros (14%), en una proporción mucho menor fueron los familiares, amigos y radio. El 60% dijo haber recibido educación en las unidades de salud del MINSA, y otros lugares que en su mayoría fue en su hogar (Cuadro 2).

Con respecto al conocimiento del auto examen de mama se observaron discrepancias. Los ítems de conocimientos adecuados que superaron el tercer cuartil de las respuestas fueron: el cáncer es curable cuando se detecta a tiempo (91%), el auto examen es útil para el diagnóstico temprano de cáncer de mama (88%), quienes se deben de realizar el auto examen de mama (86%) y el propósito de realizarse el examen (79%). Los ítems que fueron respondidos adecuadamente entre el segundo y tercer cuartil fueron: el conocimiento de otros exámenes de mama (71%) y cuando se diagnostica el examen de mama (65%). Sin embargo, muchos ítems fueron respondidos por debajo del segundo cuartil, por ejemplo, conocimientos de síntomas del cáncer de mama, posición en que se realiza el auto examen, su frecuencia, en día en que debe realizarse, a que edad debería iniciarse el auto examen, lo que se espera encontrar y que enfermedad se pretende detectar (Cuadro 3).

Con respecto a las actitudes sobre el auto examen se encontró que la mayoría de las mujeres tienen actitudes positivas hacia la realización del autoexamen, pero las siguientes actitudes fueron negativas: el temor a encontrarse una enfermedad (89%), le daría vergüenza realizárselo (31%), la madre no

influye (46%), el marido no influye (61%), las amigas no influyen (58%), el personal de salud no influye (26%), creen que realizar el auto examen es un pecado (25%), no acudiría a un médico si detecta algo anormal (12%), el nivel escolar influye en su realización (53%), la religión influye en su realización (35%), les afecta estéticamente los senos (29%), el tratamiento no debe iniciarse en jóvenes (55%), el tratamiento del cáncer hace sentir peor al paciente (67%), el tratamiento no depende del estadio de la enfermedad (39%), el tratamiento desfigura a la mujer (77%), no creen que el tratamiento reduce la supervivencia (45%), el tratamiento no mejora la calidad de vida (34%) (Cuadro 4).

En el cuadro 5 se presenta la práctica del auto examen de mamas en las mujeres estudiadas. El 58% manifestó que se había realizado el auto examen de mamas, y de estas solamente el 55% lo hace mensualmente y el 41% manifestó que la posición era tanto acostada como de pie. Al describir brevemente como era la calidad del auto examen, el 57% fue calificado como de buena calidad, 47% regular y 2% mala. Las principales razones por las cuales el resto de mujeres no se habían practicado el auto examen fueron: no tener problemas en mamas (43%), no sabe con se realiza (36%), descuido (24%), y temor a detectar cáncer (10%).

De todas las mujeres que se realizaron el autoexamen (n=58), el 88% habían recibido información sobre dicho examen, pero solamente el 33% de las que no se lo realizaron, y la diferencias fueron significativas (valor  $p = 0.000$ ). El 55% de las mujeres que se realizan el autoexamen lo hacían mensualmente, el resto lo hacen de forma mas prolongada. Por otro lado, solamente el 41% lo hace en ambas posiciones (acostada y de pie), y el resto lo hace en una sola posición.

En el cuadro 6 se presenta la práctica del examen clínico de mamas realizado por personal médico. El 31% dijo habérselo realizado y el 69% no. Las razones por las cuales no se lo habían realizado fueron: no tener problemas en mamas (40%), piensan que no deberían realizárselo (8%) y no sabían (39%).

## DISCUSION

En este estudio el 58% de las mujeres se habian realizado el auto examen de mamas, de las cuales el 57% lo habian realizado adecuadamente, y solamente el 55% lo realizaba en intervalos correctos. Estas cifras son similares a un estudio realizado en Irán, en donde solo la mitad se realizaban el auto examen de mama, una cuarta parte lo realizaba adecuadamente y solo el 12.5% lo hacia a intervalos correctos.<sup>16</sup> En un estudio en Polonia también un considerable porcentaje de mujeres realizaban el auto examen de forma insatisfactoria.<sup>29</sup> Bonilla (2008) realizó un estudio CAP sobre el autoexamen de mama de mujeres en el Hospital Fernando Vélez Páiz, y encontró que la mayoría tenía conocimiento y actitud favorable hacia el autoexamen de mamas, pero sólo 59% de las mujeres que practicaban el autoexamen de mamas lo hacían bien.<sup>10</sup> Webster y Austoker (2006) concluyeron que el conocimiento de las mujeres sobre el tamizaje de las mamas fue variable y a veces incorrecto, especialmente en aquellas con menor educación formal.<sup>15</sup>

Los estudios de Barcelos et al. (2003) en Brasil,<sup>12</sup> y de Okobia et al. (2006) en Nigeria<sup>13</sup> encontraron que los conocimientos y prácticas del auto examen de mamas fueron inadecuadas la mayoría de pacientes. Esto datos son similares a los encontrados en este estudio. Pero en Brasil la mayoría de actitudes fueron positivas.

En este estudio la frecuencia de información recibida sobre el auto examen de mamas y su práctica fue mayor en las mujeres de menor edad, con mejor escolaridad, casadas o acompañadas, y con antecedente familiar de cáncer de mama. Sin embargo, no se observaron diferencias significativas a excepcion de las mujeres que tenía antecedente familiar de cancer de mamas recibieron estadísticamente más información sobre el autoexamen que las mujeres sin este antecedente. Estos hallazgos difieren de otro realizado en Polonia en donde las diferencias fueron significativas con respecto a la edad y estado civil para realizar el autoexamen de mamas.<sup>29</sup> Esto indica que las mujeres con mejor nivel educacional, con experiencias familiares relacionadas incrementa la necesidad de educación y práctica sobre el auto examen de mamas. Esto ha sido encontrado también en otros estudios similares.



Las principales fuentes de información encontradas en este estudio han sido reportadas en otros, en donde el personal de salud, la televisión y la radio, seguido por los parientes y amigos. Sin embargo, en Turquía, Dündar et al. (2006) reportó que la televisión y el radio fueron las principales fuentes de información sobre cáncer de mama y solo una cuarta parte mencionó a profesionales de la salud.<sup>14</sup>

Las principales razones por las cuales las mujeres no se realizaron el auto examen de mamas fueron similares a las reportadas por Simi et al. en Irán, en donde predominaron la falta de conocimiento de la técnica, pensar que no es necesario realizarlo y temor a detectar cáncer.<sup>16</sup> En cambio en Brasil la principal causa de no realizar el autoexamen de mamas por olvido.<sup>12</sup>

Es importante mencionar que 31 pacientes se habia realizado el examen clínico de mamas y en 9 se detectaron tumoraciones de mama, a las cuales se les enviaron exámenes complementarios para confirmar el diagnóstico. Se pudo determinar en este estudio que aquellas pacientes que se realizaron el auto examen de mamas asistieron a donde un médico para realizarse el examen clínico comparado con las que no se lo hicieron, y las diferencias fueron significativas (48% vs. 10%, valor  $p=0.0001$ ). Esto demuestra, que a medida que se crea conciencia de la necesidad de realizarse el auto examen de mamas va a incrementar la detección temprana y oportuna de neoplasias, reduciendose como consecuencia la mortalidad y discapacidad por esta causa, así como mejorar la calidad de vida de estas pacientes.

Las limitaciones de este estudio son similares a las de otras encuestas basadas en los conocimientos, actitudes y prácticas. En este estudio por razones de tiempo al momento de la entrevista no se pudo realizar una triangulación entre las preguntas de conocimientos, actitudes y prácticas, pero se pudo realizar asociaciones en el análisis de datos en donde se pudo obtener información más específicas y de mejor calidad. Por ejemplo, aunque 58% de las mujeres reportaron haberse realizado el auto examen, se pudo determinar los diversos grados de su desempeño (2% malo, 41% regular y 57% bueno). Además, se pudo determinar las necesidades de educación en este sentido y se detectó también las creencias erradas y actitudes negativas para poder mejorarlas.

Este estudio ha demostrado que a pesar que las mujeres tienen conocimiento sobre la importancia del autoexamen de mamas, hubo conocimiento deficiente sobre aspectos relacionados a la técnica o métodos de realización. Esto se asoció con el alto porcentaje de prácticas inadecuadas en aquellas que lo realizaron. Por otro lado, las actitudes negativas y las percepciones inadecuadas de que el autoexamen es un pecado, es vergonzoso y el miedo a detectar el cáncer pueden obstaculizar el tamizaje de cáncer de mamas. Toda la evidencia de este estudio podría servir para que las autoridades de salud elaboren estrategias educativas y de promoción para eliminar las barreras de desconocimiento y de actitudes negativas que obstaculicen un examen tan sencillo y sin costos para detectar un cáncer muy frecuente en las mujeres.

## CONCLUSIONES

La mayoría de mujeres eran jóvenes, urbanas, alta escolaridad, casada/acompañada, católica, con dos partos o más, y trabajo remunerado. El 12% tenían antecedente familiar de cáncer de mama.

La principal fuente de información sobre el auto examen de mamas fue el personal de MINSA y televisión; y el lugar donde recibieron dicha información fueron las unidades salud y su hogar.

La mayoría de pacientes tenían conocimiento de que el cáncer de mama es curable si se detecta a tiempo y que el auto examen es útil; quienes deben realizarse el auto examen de mamas y su propósito. El conocimiento sobre otros exámenes de mama fue regular, y fue menor con respecto a la posición en que se realiza el auto examen, su frecuencia, el día en que debe realizarse, la edad de inicio, lo que se espera encontrar y que enfermedad se pretende detectar.

La mayoría de las actitudes hacia el auto examen de mamas fueron positivas, pero las siguientes fueron negativas: temor a detectar cáncer; vergüenza; no influencia de personas cercanas o del personal de salud; creen que es pecado y que depende del nivel escolar y la religión; les afecta los senos; el tratamiento no debe iniciarse en jóvenes y no depende del estadio de la enfermedad; el tratamiento desfigura y no reduce la supervivencia ni mejora la calidad de vida.

El 58% se había realizado el auto examen de mamas, 55% lo hacía en la frecuencia correcta, 41% lo hace en la posición correcta, y la calidad fue buena en el 57%. Las principales razones para no realizárselos fueron: no tener problemas en mamas, no sabe la técnica, descuido y temor a detectar cáncer.

Solamente el 31% se había realizado un examen clínico de mamas, y las razones para no realizarlo fueron: no tener problemas en mamas, piensan que no deberían realizárselo y no sabían.

## **RECOMENDACIONES**

Realizar un informe de los hallazgos de este estudio al centro de salud María del Carmen Salmerón de Chinandega y al SILAIS, para que le sirva de insumos para elaborar campañas educativas sobre guías sobre como realizar adecuadamente el autoexamen de mamas.

Que el personal de salud del centro de salud bajo estudio incremente los conocimientos del auto examen de mamas y combatan las actitudes y creencias negativas que obstaculizan la realización de este examen, para aplicarlo en la atención integral a la mujer.

## REFERENCIAS

1. Sloan FA, Gelband H. Cancer control opportunities in low- and middle-income countries. Washington DC: The National Academies Press. Disponible en: <http://www.nap.edu/catalog/11797.html>.
2. Smith RA, et al. American Cancer Society guidelines for breast cancer screening update. CA Cancer J Clin 2003; 53: 141-169.
3. Braveman PA, Tarimo E. Screening in primary health care: Setting priorities with limited resources. Geneva: World Health Organization. 1994.
4. Miller A, Goel V. Screening. In Detels R, editors: Oxford Textbook of Public Health: The practice of public health. Vo. 3. Fourth edition. Oxford: Oxford University Press. 2002: 1822-1837.
5. Organización Panamericana de la Salud. Salud en las Américas: 2007. Publicación Científica y Técnica No. 622. Washington D.C.: OPS. 2007.
6. Pan American Health Organization. Health Statistics from the Americas: 2006 edition. Washington D.C.: PAHO. 2006.
7. Martínez YN. Sobrevida de pacientes con diagnóstico de cáncer de mama, hospital Bertha Calderón Roque, 1998-2003. Managua: UNAN-Managua. Tesis (Título de Ginecoobstetra). 2005.
8. Silva X. Reconstrucción de mama con colgajo musculocutáneo transverso del recto abdominal posmastectomía por cáncer en el hospital Bertha Calderón Roque, del 2005 al 2006. Managua: UNAN-Managua. Tesis (Especialidad en Cirugía Plástica y Reconstructiva). 2007.
9. Quintero Y. Carcinoma infiltrante de mama en biopsias recibidas en departamento de Patología del HEODRA, enero-diciembre 2000. León: Tesis (Título de Especialista en Patología). 2001.
10. Bonilla CP. Conocimientos, Actitudes y Prácticas sobre autoexamen de mama de las mujeres atendidas en el Servicio de Maternidad del Hospital Fernando Vélez Páiz, en el mes de Diciembre del 2007". Managua: UNAN-Managua. Tesis (Especialista en Gineco-Obstetricia). 2008
11. Grunfeld EA, et al. Women's knowledge and beliefs regarding breast cancer. British Journal of Cancer 2002; 86: 1373-1378.
12. Barcelos-Marinho LA, et al. Knowledge, attitude and practice of breast self-examination in health centres. Rev Saude Pública 2003; 37 (5): 576-582.
13. Okobia MN, et al. Knowledge, attitude and practice of Nigerian women towards breast cancer: A cross-sectional study. World Journal of Surgical Oncology 2006; 4: 11:1-9.
14. Dündar PE, et al. The knowledge and attitudes of breast self-examination and mammography in a group of women in a rural area in western Turkey. BMC Cancer 2006; 6: 1-9.

15. Webster P, Austoker J. Women's knowledge about breast cancer risk and their views of the purpose and implications of breast screening - a questionnaire survey. *Journal of Public Health* 2006; 28 (3): 197-202.
16. Simi A, et al. Knowledge and attitudes of breast self examination in a group of women in Shiraz, southern Iran. *Postgrad Med J* 2009; 85: 283-287.
17. Instituto Nacional de Cancer. Diccionario de Cancer. Disponible en:  
[http://www.cancer.gov/templates/db\\_alpha.aspx?lang=spanish&CdrID=444971](http://www.cancer.gov/templates/db_alpha.aspx?lang=spanish&CdrID=444971).
18. Profamilia. Cancer de mama. Disponible en: [http://www.profamilia.org.co/004\\_servicios/](http://www.profamilia.org.co/004_servicios/)
19. La Salud de Las Mujeres. Disponible en:  
[https://www.healthsystem.virginia.edu/UVAHealth/adult\\_women\\_sp/bsehowto.cfm](https://www.healthsystem.virginia.edu/UVAHealth/adult_women_sp/bsehowto.cfm)
20. Brawley OW, Kramer BS. Cancer screening in theory and in practice. *Journal of Clinical Oncology* 2005; 23 (2): 293-300.
21. Green BB, et al. Breast cancer screening controversies. *J Am Board Fam Pract* 2003; 16: 233-241.
22. Cargone GG. *Current practice guidelines in primary care, 2005*. Blacklick, Ohio: McGraw-Hill Companies. 2004: 6-8.
23. Boffetta P, Brennan P, Saracci R. Neoplasm. In Detels R, editors: *Oxford Textbook of Public Health: The Practice of Public Health. Volume 3. Fourth Edition*. New York: Oxford University Press. 2002.
24. Sloan FA, Gelband H. *Cancer control opportunities in low- and middle-income countries*. Washington DC: The National Academies Press. Disponible en: <http://www.nap.edu/catalog/11797.html>.
25. Forbes JF. Breast cancer. In Willims C, editors: *Evidence-based oncology*. London: BMJ Publishing Group 2003: 427-464.
26. Fondo de Población de las Naciones Unidas, Nicaragua. *Salud Reproductiva y su relación con la pobreza: Un país con pobreza o libre de ella?*  
[http://www.unfpa.org.ni/Salud\\_Materna/cancer\\_de\\_mamas.htm](http://www.unfpa.org.ni/Salud_Materna/cancer_de_mamas.htm)
27. Henerson ME, Lyons L, Taylor C. *How to measure attitudes*. Newbury Park, California: SAGE Publications. 1987.
28. Programa Mundial sobre el SIDA. Servicio de Investigación Social y Conductuales. *Protocolo de Investigación: conocimientos, actitudes, creencias y prácticas relativas al SIDA/VIH (CACP)*. Fase II. Organización Mundial de la Salud.
29. Lepecka-Klusek C, et al. Breast self-examination among Polish women of procreative age and the attached significance. *Cancer Nurs* 2007; 30: 64-68.

# ANEXOS

### Instrumento de recolección de datos

## Conocimientos, actitudes y prácticas sobre el autoexamen de mamas en mujeres de 20-54 años que acuden al centro de salud "María del Carmen Salmerón," Chinandega, 2009.

No. Ficha \_\_\_\_\_

### I. Características sociodemográficas:

1. Edad: \_\_\_\_\_
2. Estado civil: a) casada/acompañada b) Soltera
3. Escolaridad: a) Analfabeta b) Primaria c) Secundaria d) Universidad
4. Procedencia: a) Urbana b) Rural
5. Trabajo remunerado: a) Si b) No
6. Asegurada: a) Si b) No
7. Religión: a) Católica b) Evangélica c) Otra: \_\_\_\_\_ d) Ninguna
8. Número de partos: \_\_\_\_\_
9. Antecedentes familiares de cáncer de mama: a) Si b) No

### II. Información sobre el autoexamen de mama:

10. Ha recibido información sobre el autoexamen de mama: a) Si b) No  
Si responde No pase a la sección III de la encuesta; de lo contrario responda las siguientes preguntas
11. Tipo de información que recibió sobre el autoexamen de mama: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
12. De que fuente recibió la información: a) Personal de salud b) Familiares c) Amigos  
d) Radio e) Televisión f) Periódicos g) Libros h) Otros: \_\_\_\_\_
13. Lugar donde recibió la información: a) MINSA b) ONGs c) Otro: \_\_\_\_\_

### III. Conocimientos sobre el autoexamen de mama:

14. ¿Para qué se realiza este examen? \_\_\_\_\_
15. ¿A los cuántos meses se debe realizar el examen? \_\_\_\_\_
16. ¿A los cuántos días después de la menstruación debe hacerse el examen? \_\_\_\_\_
17. ¿A que edad una mujer debe de empezar a realizarse este examen? \_\_\_\_\_
18. ¿Qué espera encontrar en el autoexamen? \_\_\_\_\_
19. ¿Qué enfermedad espera encontrar? \_\_\_\_\_
20. ¿Quiénes cree que deben realizarse el examen? a) Sólo MEF b) Toda las mujeres a partir de los 20
21. ¿En que posición se realiza el autoexamen? a) De pie b) Acostada c) Ambas
22. ¿Qué otros exámenes de mama conoce? a) Examen clínico de mama (por médico) b) Mamografía
23. ¿El autoexamen de mama es útil en el diagnóstico temprano de cáncer? a) Si b) No c) No sabe
24. El cáncer es curable cuando se detecta a tiempo: a) Si b) No c) No sabe
25. Conoce algunos síntomas del cáncer: a) Si b) No c) No sabe
26. Si respondió Si la anterior pregunta enumérelos: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
27. ¿Es suficiente el autoexamen para diagnosticar cáncer de mama? a) Si b) No c) No sabe



#### IV. Actitudes con respecto al autoexamen de mama:

	Totalmente de acuerdo	De acuerdo	Indiferente	Desacuerdo	Totalmente en desacuerdo
28. Es bueno realizarlo.					
29. Le ayuda a detectar una enfermedad benigna o maligna.					
30. Le da temor encontrarse con alguna enfermedad.					
31. Es vergonzoso realizarse el autoexamen de mama.					
32. Es un beneficio para las mujeres.					
33. La madre influye para realizárselo.					
34. El marido influye para realizárselo.					
35. Las amigas influyen para realizárselo.					
36. El personal de salud influye para realizárselo.					
37. Es un pecado realizarlo.					
38. Si detecto algo anormal debo acudir al médico.					
39. El nivel escolar influye en la realización del autoexamen.					
40. La religión influye en la realización del autoexamen.					
41. Se me ponen los senos flojos.					
42. El tratamiento es mejor en jóvenes.					
43. El tratamiento de cáncer de mama hace sentir al paciente muy enfermo.					
44. El tratamiento es un proceso largo.					
45. El tratamiento ayuda con respecto a que avanzada esta la enfermedad.					
46. El cáncer de mama siempre resulta en algún tipo de desfiguración.					
47. La supervivencia sin tratamiento se reduce.					
48. Una mujer tratada por cáncer de mama puede disfrutar buena calidad de vida.					

#### V. Práctica

49. Se ha realizado el autoexamen de mama:      a) Si                      b) No

50. Explique brevemente como se realiza el autoexamen de mama: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

51. Frecuencia de la práctica del autoexamen de mama:

- a. Cada mes.
- b. Cada dos meses.
- c. De tres a cinco veces al año.
- d. Una vez al año.

52. En que posición se realiza el autoexamen de mama:      a) De pie                      b) Acostada      c) Ambas

53. Calidad de la práctica del autoexamen:                      a) Mala                      b) Regular                      c) Buena

54. Razones para no practicar el autoexamen de mama:

- a. No tengo problemas en las mamas.
- b. No pienso que debería.
- c. Solamente no tengo ganas de hacerlo.
- d. No creo que pueda encontrar algo.
- e. Temo ser encontrado positivo contra el cáncer.
- f. No se como se hace
- g. Se lo dejo a médicos y enfermeras.
- h. Descuido.
- i. No estoy embarazada.
- j. Pereza.
- k. No se.

55. Le han practicado un examen clínico de mama:                    a) Si                    b) No

56. Razones para no practicarse el examen clínico de mama:

- a. No tengo problemas en las mamas.
- b. No pienso que debería.
- c. No se.
- d. Otro: \_\_\_\_\_

57. Le han diagnosticado alguna tumoración en la mama:                    a) Si                    b) No                    c) No sabe

58. Le han realizado los siguientes exámenes en la mama:

- a. Biopsia
- b. Mamografía
- c. Ninguno

***GRACIAS POR SU COLABORACION***

Cuadro 1 Características sociodemográficas de mujeres de 20-54 años, centro de salud "María del Carmen Salmerón," Chinandega, 2009.

<b>Características</b>	<b>%</b>
<b>Edad (años):</b>	
20 – 34	64
35-49	26
50-54	10
<b>Procedencia:</b>	
Urbano	81
Rural*	19
<b>Escolaridad:</b>	
Baja	21
Alta	79
<b>Estado civil:</b>	
Casada/acompañada	55
Soltera	45
<b>Religión:</b>	
Católica	77
Evangélica	10
Otra	1
Ninguna	12
<b>Paridad:</b>	
Ninguna	38
Una	19
Dos y más	43
<b>Trabajo remunerado:</b>	
Si	51
No	49
<b>Asegurada:</b>	
Si	41
No	59
<b>Antecedente familiar de cáncer de mama:</b>	
Si	12
No	88
<b>Total</b>	<b>100</b>

Cuadro 2 Información sobre auto examen de mamas en mujeres de 20-54 años, centro de salud "María del Carmen Salmerón," Chinandega, 2009.

<b>Características</b>	<b>%</b>
<b>Recibió información sobre el auto examen:*</b>	
Si	65
No	35
<b>Fuente de información:**</b>	
Personal de salud	72
Televisión	26
Libros	14
Familiares	6
Amigos	6
Radio	5
Otros	3
<b>Lugar donde recibió la información:**</b>	
MINSA	60
ONG	2
Otros	38
<b>Total</b>	<b>100</b>

\* Porcentaje basado en las 100 mujeres.

\*\* Porcentaje basado en 65 mujeres que habían recibido información.

Cuadro 3 Conocimientos sobre el auto examen de mamas en mujeres de 20-54 años, centro de salud "María del Carmen Salmerón," Chinandega, 2009.

<b>Conocimientos</b>	<b>%*</b>
Propósito de realizar el auto examen.	79
Frecuencia del auto examen.	13
En que día debe hacerse el auto examen.	15
Edad en que se debe iniciar el auto examen.	26
Lo que se espera encontrar en el auto examen.	34
Qué enfermedad se espera encontrar.	37
Quiénes se deben realizarse el auto examen.	86
Posición en que se realiza el auto examen.	37
Conocimiento de otros exámenes de mama.	71
Utilidad del auto examen de mama en el diagnóstico temprano de cáncer.	88
El cáncer es curable cuando se detecta a tiempo.	91
Conoce algunos síntomas del cáncer de mama.	41
Es suficiente el auto examen para diagnosticar cáncer de mama.	65

\* Porcentaje basado en las 100 mujeres.

Cuadro 4 Actitudes sobre el auto examen de mamas en mujeres de 20-54 años, centro de salud "María del Carmen Salmerón," Chinandega, 2009.

<b>Actitudes</b>	<b>Totalmente de acuerdo</b>	<b>De acuerdo</b>	<b>Indiferente</b>	<b>Desacuerdo</b>	<b>Totalmente en desacuerdo</b>
Es bueno realizarlo.	72	27	1	0	0
Ayuda a detectar una enfermedad benigna o maligna.	70	27	1	1	1
Le da temor encontrarse con alguna enfermedad.	49	34	6	7	4
Es vergonzoso realizarse el autoexamen de mama.	12	9	10	35	34
Es un beneficio para las mujeres.	68	23	4	2	3
La madre influye para realizárselo.	22	32	18	14	14
El marido influye para realizárselo.	13	26	19	20	22
Las amigas influyen para realizárselo.	18	24	21	17	20
El personal de salud influye para realizárselo.	56	18	10	6	10
Es un pecado realizarlo.	9	6	10	31	44
Si detecto algo anormal debo acudir al médico.	68	20	5	2	5
El nivel escolar influye en la realización del autoexamen.	18	18	17	20	27
La religión influye en la realización del autoexamen.	9	11	15	29	36
Se me ponen los senos flojos.	4	8	17	32	39
El tratamiento es mejor en jóvenes.	19	26	20	22	13
El tratamiento de cáncer de mama hace sentir al paciente muy enfermo.	20	26	21	17	16
El tratamiento es un proceso largo.	28	34	24	6	8
El tratamiento ayuda con respecto a que avanzada esta la enfermedad.	28	33	13	12	14
El cáncer de mama siempre resulta en algún tipo de desfiguración.	38	29	10	13	10
La supervivencia sin tratamiento se reduce.	31	24	12	18	15
Una mujer tratada por cáncer de mama puede disfrutar buena calidad de vida.	36	30	9	12	13

Cuadro 5 Práctica sobre auto examen de mamas recibidas por mujeres de 20-54 años, centro de salud "María del Carmen Salmerón," Chinandega, 2009.

<b>Características</b>	<b>%</b>
<b>Se ha realizado autoexamen:*</b>	
Si	58
No	42
<b>Frecuencia del autoexamen:**</b>	
Mensual	55
Bimensual	12
De 3-5 veces al año	21
Una vez al año	12
<b>Posición en que se realiza el autoexamen:**</b>	
De pie	41
Acostada	17
Ambas	41
<b>Calidad del autoexamen:**</b>	
Mala	2
Regular	41
Buena	57
<b>Razones por no practicarse el autoexamen:***</b>	
No tener problemas en las mamas	43
No sabe como se hace	36
Descuido	24
Temor a detectar cáncer	10
Solamente no tengo ganas de hacerlo	5
Otros	6

\* Porcentaje basado en las 100 mujeres.

\*\* Porcentaje basado en 58 mujeres que se habían hecho el autoexamen.

\*\*\* Porcentaje basado en 42 mujeres que se no se habían hecho el autoexamen.

Cuadro 6 Práctica del examen clínico de mamas recibidas por mujeres de 20-54 años, centro de salud "María del Carmen Salmerón," Chinandega, 2009.

<b>Características</b>	<b>%</b>
<b>Le han practicado el examen clínico:*</b>	
Si	31
No	69
<b>Razones para no practicarse el examen:**</b>	
No tener problemas en las mamas	40
No pienso que debería	8
No sabe	39
Otros	13
<b>Le han diagnosticado alguna tumoración en la mama:*</b>	
Si	9
No	89
No sabe	2
<b>Se ha realizado exámenes en la mama:*</b>	
Biopsia	4
Mamografía	4
Otro	4
Ninguno	88

\* Porcentaje basado en las 100 mujeres.

\*\* Porcentaje basado en 69 mujeres que no se habían hecho el examen.