

CONTROL Y DETECCIÓN OPORTUNA

DEL CÁNCER DE MAMA

Fátima Monserrate Figueroa Cañarte

María Augusta Quijije Ortega

Mirian del Rocío Santos Álvarez

Dolores Mirella Cedeño Holguín

Miryam Patricia Loor Vega

Estelia Laurentina García Delgado



**CONTROL Y DETECCIÓN OPORTUNA DEL CÁNCER DE
MAMA**

© Autores

Fátima Monserrate Figueroa-Cañarte

Docente de la Universidad Laica Eloy Alfaro de Manabí

María Augusta Quijije-Ortega

Docente de la Universidad Laica Eloy Alfaro de Manabí

Mirian del Rocío Santos-Álvarez

Docente de la Universidad Laica Eloy Alfaro de Manabí

Dolores Mirella Cedeño-Holguín

Docente de la Universidad Laica Eloy Alfaro de Manabí

Miryam Patricia Loor-Vega

Docente de la Universidad Laica Eloy Alfaro de Manabí

Estelia Laurentina García-Delgado

**Decana de la Facultad de Enfermería de la Universidad Laica Eloy
Alfaro de Manabí**

Casa Editora del Polo - CASEDELPO CIA. LTDA.

Departamento de Edición

Editado y distribuido por:

© Casa Editora del Polo

Sello Editorial: 978-9942-816

Manta, Manabí, Ecuador. 2019

Teléfono: (05) 6053240

<https://www.casedelpo.com/>

ISBN: 978-9942-8591-1-2

© Primera edición

© Agosto - 2019

Impreso en Ecuador

Revisión, Ortografía y Redacción:

Lic. Jessica María Mero-Vélez

Diseño de Portada:

Michael Josué Suárez-Espinar

Diagramación:

Ing. Edwin Alejandro Delgado-Veliz

Director Editorial:

PhD. Julio Juvenal Aldana -Zavala

Todos los libros publicados por la Casa Editora del Polo, son sometidos previamente a un proceso de evaluación realizado por árbitros calificados.

Este es un libro digital y físico, destinado únicamente al uso personal y colectivo en trabajos académicos de investigación, docencia y difusión del Conocimiento, donde se debe brindar crédito de manera adecuada a los autores.

© **Reservados todos los derechos.** Queda estrictamente prohibida, sin la autorización expresa de los autores, bajo las sanciones establecidas en las leyes, la reproducción parcial o total de este contenido, por cualquier medio o procedimiento, parcial o total de este contenido, por cualquier medio o procedimiento.

Comité Científico Académico

Dr. Lucio Noriero Escalante
Universidad Autónoma de Chapingo, México.

Dra. Yorkanda Masó Dominico
Instituto Tecnológico de la Construcción, México.

Dr. Juan Machado
Universidad de Granma, Bayamo. M.N. Cuba.

Dra. Fanny Miriam Sanabria Boudri
Universidad Nacional Enrique Guzmán y Valle, Perú.

Dra. Jennifer Quintero Medina
Universidad Privada Dr. Rafael Beloso Chacín. Venezuela.

Dr. Félix Colina Ysea
Universidad SISE. Lima, Perú.

Dr. Reinaldo Velasco
Universidad Bolivariana de Venezuela

Constancia de Arbitraje

La Casa Editora del Polo, hace constar que este libro proviene de una investigación realizada por los autores, siendo sometido a un arbitraje bajo el sistema de doble ciego (peer review), de contenido y forma por jurados especialistas. Además, se realizó una revisión del enfoque, paradigma y método investigativo; desde la matriz epistémica asumida por los autores, aplicándose las normas APA, Sexta Edición, proceso de anti plagio en línea Plagiarisma, garantizándose así la científicidad de la obra.

Comité Editorial

Abg. Néstor D. Suárez-Montes

Casa Editora del Polo (CASEDELPO)

Dra. Juana Cecilia-Ojeda

Universidad del Zulia, Maracaibo, Venezuela

Dra. Maritza Berenguer-Gouarnaluses

Universidad Santiago de Cuba, Santiago de Cuba, Cuba

Dr. Víctor Reinaldo Jama-Zambrano

Universidad Laica Eloy Alfaro de Manabí, Ext. Chone

Contenido

PRÓLOGO	13
ACERCAMIENTO A LA PROBLEMÁTICA	15
ESCENARIO DE LA OBRA	27
EL CÁNCER DE MAMA	41
EL MARCO LÓGICO COMPLEJO	65
LOGROS CONCRETOS PARA LA DETECCIÓN OPORTUNA DEL CÁNCER DE MAMA	77
IDEAS CLAVE PARA LA PROSECUCIÓN	113
BIBLIOGRAFÍA	161

PRÓLOGO

El cáncer de mama es una patología que lamentablemente ha venido afectando a un gran número de mujeres en todo el mundo. La lucha contra esta enfermedad es un imperativo de nuestros días. La presente obra se suma a estos esfuerzos para llevar adelante acciones concretas en orden a la detección oportuna de este flagelo y ofrecer, al mismo tiempo opciones de formación y capacitación en torno a este tema. La detección oportuna del cáncer de mama puede coadyuvar en esa tarea por lograr cada vez más mejores horizontes de salud integral para las mujeres de esta época. Los lectores encontrarán en esta obra la información necesaria sobre este padecimiento, sus aspectos fisiopatológicos, el procesamiento de los logros en materia de prevención, alcanzados por la autora en su lucha contra esta enfermedad y además un valiosísimo complemento en forma de dossier que se integra al libro para ofrecer un plan - programa para la prevención del cáncer de mama y un plan de capacitación acerca de este tema para el personal de salud. Ponemos en las manos de los lectores este fundamental aporte, el cual, seguros estamos redundará en provecho y progreso de las mayorías, en aras de conquistar mejores condiciones de vida, y sin duda se convierte en un gran instrumento para el investigador y el personal que labora en el campo de salud.

ACERCAMIENTO A LA PROBLEMÁTICA

El cáncer es una de las pocas enfermedades que se ha identificado tanto con la muerte inevitable, su alta incidencia y curso prolongado y doloroso, lo han convertido en un padecimiento de interés para expertos y para la población en general, aunque los logros en el diagnóstico temprano y en la terapéutica son alentadores y recalcan el pronóstico, no deja de ser una enfermedad fatal.

A nivel mundial, cada dos minutos una mujer es diagnosticada con cáncer de mama y se estima que anualmente se diagnostican más de un millón de casos, por lo que la tasa de mortalidad se acerca a las 400 mil personas por año en el mundo. (<http://www.cronica.com>).

Según la web de salud general en su artículo: “Continúa la lucha contra el cáncer de mama” señala que la Organización Mundial de la Salud estima que el 8 al 9% de las mujeres desarrollará a lo largo de su vida cáncer de mama, siendo su principal causa de mortalidad. Tanto el número de casos como las tasas de incidencia aumentan lentamente en todo el mundo, probablemente debido al envejecimiento de la población y a un diagnóstico cada vez más precoz. (<http://www.saludalia.com>.)

El cáncer de mama es la neoplasia más frecuente en la mujer, y uno de los problemas de salud más importantes tanto por su frecuencia como por la mortalidad que origina, además del impacto en la calidad de vida que ocasiona. Según datos de la OMS una de cada nueve mujeres contrae cáncer de mama.

La Organización Editorial Mexicana en una nota de prensa manifiesta: “Entre 2007 y 2030, la Organización Mundial de la Salud (OMS) prevé que aumentará en un 45 por ciento la mortalidad por cáncer a nivel mundial, ya que se estima que pasará de 7.9 a 11.5 millones de muertes por año, resultado del crecimiento demográfico y el envejecimiento de la población. En ese sentido, espera que, durante el mismo periodo, el número de casos nuevos de cáncer aumentará de 11.3 a 15.5 millones”.

El informe mundial sobre el cáncer demuestra que las actuaciones sobre el consumo de tabaco, la dieta y las infecciones pueden prevenir un tercio de los cánceres, y de que es posible curar otro tercio.

Este escenario antes descrito no es diferente en la Comunidad de Chirijos, ya que, en el perfil epidemiológico del año 2010, del total de atenciones, el 38% correspondieron a ganglios en seno, situación que ameritó fortalecer la vigilancia epidemiológica en esta enfermedad. Por ello se realizó un diagnóstico situacional participativo en el que se pudo identificar como problema principal el desconocimiento de prácticas de detección oportuna de cáncer, identificándose entre sus factores causales el que el Sub Centro de Salud no ha implementado un programa de detección oportuna de cáncer de mama; el personal de salud esta desactualizado en esta temática y las mujeres de la comunidad están poco informadas sobre la detección oportuna del cáncer de mama.

Como respuesta a esta problemática se implementó el presente trabajo de intervención, desarrollado bajo la metodología del Marco Lógico cuyo fin ha sido contribuir a la disminución de

la morbimortalidad por cáncer de mama; Su propósito: el que las mujeres de e 35 a 65 años de la Comunidad de Chirijos tengan conocimiento de prácticas de detección oportuna de cáncer de mama ; y sus RESULTADOS: programa de detección oportuna de CaMa diseñado e implementado; personal de salud actualizado en detección temprana de CaMa; y mujeres de la comunidad informadas sobre detección oportuna de cáncer de mama.

El proyecto se desarrolló en torno a tres objetivos específicos el primero, diseñar e implementar el programa, el cual se inició con una amplia revisión bibliográfica y redacción de la propuesta, la misma que fue presentada al equipo de salud para su discusión y aprobación; identificación del grupo de riesgo en la que se hizo visitas domiciliarias para la captación de casos , valoración clínica,(con consultas iniciales y de seguimiento) para ello se utilizó un registro especializado (historia clínica) realización de mamografías, realizando posteriormente las siguientes actividades consulta de enfermería para la conserjería y derivación a pacientes con examen sospechoso, orientación a pacientes con la enfermedad, vigilancia de casos ya diagnosticados. El segundo Objetivo fue la actualización del equipo de salud sobre detección temprana de cáncer de mama, este proceso se centró en la identificación de factores de riesgo y focalización del tamizaje; procedimientos y algoritmos de atención; y fichas de registro (historia clínica, examen clínico de mamas, diagnóstico y tratamiento oportuno. El tercer objetivo fue el informar a las mujeres sobre la detección oportuna del cáncer de mama, para ello se hizo la preparación del material informativo, sensibilización en domicilios, educación en el

subcentro y se culminó con una casa abierta.

En este sentido, el reporte de la Fundación Mexicana para la Salud, A.C.E.I. (2009). *Cáncer de Mama en América Latina y el Caribe: Morbilidad, Mortalidad y Carga de la Enfermedad*, indica que:

“El cáncer de mama (CaMa) es el tumor maligno de mayor frecuencia y la principal causa de muerte por cáncer en las mujeres en el mundo. La morbilidad (casos) y mortalidad (defunciones) por CaMa varían entre los países a nivel mundial y regional. La tendencia de la morbilidad es ascendente tanto en países con pocos recursos como en los de mayores ingresos. De los casi 6 millones de tumores malignos que ocurren en las mujeres, el más común es el CaMa seguido por el cáncer cérvico uterino (CaCu).

“A nivel mundial se diagnostican alrededor de 10 millones de casos nuevos de cáncer anualmente en hombres y mujeres. De los casi 6 millones de tumores malignos que ocurren en las mujeres, el más común es el CaMa. En particular y es además la primera causa de muerte.

En el período 2002-2007, el número de casos nuevos de CaMa se incrementó a nivel mundial (13%) y en específico 18% en la región de América Latina y el Caribe (ALC). Es importante destacar, que el incremento proporcional fue dos veces mayor en países en desarrollo (15%) vs. Desarrollados (7%).

En ALC el CaMa representa el 12% de los tumores malignos y se encuentra entre los primeros lugares, de

tumores diagnosticados, en las distintas subregiones.

En la región de ALC el CaMa destaca entre las primeras cinco causas de muerte y ocasiona del 5 al 9% del total de las defunciones en las mujeres de 20-59 años de edad. En algunos países de la región ha desplazado al cáncer cérvico-uterino y ocupa el primer lugar como causa de muerte por cáncer.

El CaMa tiene un impacto de gran magnitud por la discapacidad que provoca desde edades tempranas, que sería aún mucho mayor si se considerara el daño familiar, social y sexual, para los cuales la información es incipiente.”

En el Ecuador de acuerdo con datos de la Sociedad Ecuatoriana de Oncología, el cáncer de seno se incrementa en su frecuencia a un ritmo del 0,5% al año. En 2009, la última cifra del Registro Nacional de Tumores de SOLCA (Sociedad de Lucha contra el Cáncer) indica que 14 de cada 100 ecuatorianos murieron de cáncer.

En un artículo de la Revista Vistazo, el doctor Mario Leone manifiesta “en Guayaquil existen aproximadamente 700 mil mujeres en edad de practicarse una mamografía y que deberían hacerlo anualmente. Generalmente quien diagnostica aquí un cáncer de mama es la propia paciente que viene al doctor cuando ya ha palpado un nódulo y ahí estamos hablando de un tumor de dos a tres centímetros”,

Asimismo, explica:

“Haciendo cuentas, a una mujer que tiene cáncer de seno y metástasis al hueso, cada ciclo de quimioterapia le cuesta alrededor de \$2 800,00 la cirugía, cerca de \$2 000,00 y la radioterapia (radiación), aproximadamente \$2 000,00. Ello, sin contar los medicamentos que involucra el tratamiento, como hormonas (vía oral), cuyo valor aproximado es de \$30,00. Se aplican una vez al mes durante cinco años. Además, están los inhibidores (droga que se suministra vía oral e impide el crecimiento de las células malignas), con un valor cercano a \$160, que se los debe tomar cada 30 días, también por un período de cinco años. Si se necesita radioterapia después de la cirugía, esta llega a costar entre \$2 000 y \$3 500. La cirugía vale desde \$1 400,00, solo la sala de operaciones, sin honorarios médicos>. Revista Vistazo 07-10-2010)

En Manabí, según reporte de El Diario señala “el cáncer de mama en Manabí en este año tiene un promedio de detección de 12 nuevos casos por mes. Los especialistas creen que la concienciación de la población sobre el riesgo de esta enfermedad está logrando estas cifras. En Manabí se han detectado 304 casos de cáncer de pecho en los últimos 45 meses, dos de ellos en hombres, según las estadísticas que dio el médico Byron Landívar, jefe de registro de tumores de SOLCA”. (El Diario 24 de octubre 2006).

Para el año 2008 el Diario La Hora indica. “Sólo entre enero y agosto, SOLCA ha detectado 85 casos de cáncer de mama. De este grupo, la paciente más joven es de 23 años”.

En el año 2009, según El diario en su artículo: Estadísticas

de Cáncer sorprenden a Médicos, “sólo en Manabí se han detectado 34 casos de cáncer cérvico-uterino este año, 216 de cáncer de piel, 136 de cáncer de mamas y 50 de próstata”.

Este panorama no es diferente en la Comunidad de Chirijos, ya que, en el perfil epidemiológico del año 2010, del total de atenciones, el 38% correspondieron a ganglios en seno, situación que ameritó fortalecer la vigilancia epidemiológica en esta enfermedad. Por ello se realizó un diagnóstico situacional participativo en el que se pudo identificar como problema principal el desconocimiento de prácticas de detección oportuna de cáncer de mama en las mujeres de 35 a 45 años de edad, señalándose como factores determinantes los siguientes:

1. El Sub Centro de Salud no ha implementado un programa de detección oportuna de cáncer de mama, debido a que no ha sido una necesidad priorizada y porque el personal cumple múltiples funciones, situación que trae como consecuencia, diagnósticos tardíos, lo que a su vez ocasiona que el cáncer de mama se vuelva irreversible con las consecuentes complicaciones de la salud.
2. El personal de salud está desactualizado en la detección oportuna del cáncer de mama, debido en gran medida a que no existen planes de educación continua y porque hay poco interés de las autoridades del área, aspecto que ha generado el hecho de que las usuarias no sean integrales, estén expuestas a riesgos y éstas deterioren el estado de salud de estas mujeres.
3. Las mujeres de la comunidad están poco informadas sobre la detección oportuna del cáncer de mama, situación

generada en gran medida porque el Sub Centro de Salud no da importancia a la salud y sobre todo porque hay poca disponibilidad de recursos, situación que ocasiona que los colectivos de mujeres mantengan hábitos nocivos especialmente en los estilos de vida, con la consecuente vulnerabilidad a la presencia de enfermedades y por ende el incremento del riesgo de padecer cáncer.

Las mamas son uno de los órganos femeninos que más enorgullece a las mujeres, son símbolo de femeneidad y, si bien, la mayoría se siente muy orgullosa de lucirlos bajo alguna prenda muy sexy, lo cierto es que pocas mujeres les dedican los cuidados necesarios para prevenir una terrible enfermedad, como el cáncer de mama, que hoy en día es una de las primeras causas de muerte en mujeres, principalmente adultas jóvenes en edad reproductiva. (Día Mundial del Cáncer de Mama, 2008)

Según la OMS, el cáncer de mama ocupa el primer lugar entre los cinco tipos de cánceres más comunes que causan la muerte a mujeres en el mundo. El cáncer de mama, a diferencia de otros, es totalmente detectable y puede prevenirse a tiempo si la mujer está bien enterada de sus síntomas y mantiene un programa permanente y sistemático de autoexploración a partir de los 20 años y se realiza una mamografía anual a partir de los 40 años, ya que los tumores muy pequeños no son detectados en una autoexploración, lo que ocasiona que el cáncer no pueda ser atendido y erradicado a tiempo. (<http://alocubano.wordpress.com>, 2008).

Como la mama puede ser examinada con facilidad y las mujeres desempeñan un papel importante en el hallazgo de su

enfermedad es recomendable la divulgación del auto examen de la mama, esto permitirá la determinación de anomalías que pueden corresponderse con las manifestaciones clínicas de las neoplasias esta es la relevancia social científica del proyecto.

Se considera importante la necesidad del diagnóstico del cáncer de mama en etapas cada vez más tempranas y la posibilidad de efectuar acciones de salud encaminadas a incrementar la percepción de riesgo y enseñar el auto examen de mama, por ello la relevancia contemporánea del proyecto es importante.

El proponer una estrategia educativa para contribuir a la prevención del cáncer de mama en la población femenina con la participación de la atención primaria constituye la relevancia social del proyecto.

Con el desarrollo del proyecto la Universidad Técnica Particular de Loja, a través de la Maestría en Gerencia de Salud para el Desarrollo Local, para ha podido vincularse de manera más efectiva con la comunidad y de esta manera contribuir en la solución de problemas sociales.

En el aspecto humano el desarrollo del proyecto ha sido importante ya que el padecer Cáncer de Mama no es sinónimo de muerte. Gracias a los programas de detección precoz se están logrando intervenciones oportunas.

Así pues, esta obra se propone promocionar en las mujeres de entre 35 a 65 años de la Comunidad de Chirijos las prácticas de detección oportuna del cáncer, mediante la implementación de un Programa de Detección Oportuna de Cáncer de Mama,

para reducir su morbi-mortalidad.

Así mismo, de manera específica se ha pretendido:

- Implementar un programa de detección oportuna de cáncer de mama.
- Capacitar al equipo de salud en manejo de la detección temprana de cáncer mamario.
- Informar a la comunidad sobre la importancia de la detección oportuna de cáncer de mama.
- Medir el impacto en las mujeres



ESCENARIO DE LA OBRA

La Parroquia Chirijos pertenece al Cantón Portoviejo, Provincia de Manabí. De la carretera E-30 (Antes llamada Manta-Quevedo), aproximadamente en el Km. 70, es decir a unos 46 km de Portoviejo, sale una vía que conduce a Chirijos.

La cabecera parroquial se encuentra a unos 6 km, del eje principal de la vía que conduce al Cantón Pichincha. En junio del 2003, se empezaron los trabajos para la construcción de la carretera hacia el sitio El Tigre y apenas a inicios del 2004 se procedió a realizar el asfalto hacia Cañales quedando empedrada hasta El Tigre y camino veraniego hacia el sitio Roncón.



Límites:

La Parroquia Chirijos tiene los siguientes límites: (eruditos. net)

Al Norte: La tablada de Cañales

Al Sur: La tablada de la Victoria

Al Este: Recinto la Paja

Al Oeste: Recinto Jesús María

Clima

Al ser una comunidad de la Costa, ecuatoriana, el clima es cálido seco. Existen dos estaciones bien marcadas: invierno y verano, con predominio de abundantes lluvias en la primera, y a veces sequía y un calor extremo en la segunda. (Diagnóstico de la Comunidad – 2010)

Flora

La vegetación es variada, ya que el terreno y el clima favorecen el desarrollo de árboles frutales como naranja, mamey, maní, zapote, mango, etc. Además, abundantes extensiones de tierra dedicadas a los cultivos de ciclo corto. (Diagnóstico de la Comunidad – 2010)

Fauna

La mayoría de las casas tiene al menos un perro, y en un número importante también gatos; otros animales domésticos como ganado vacuno, porcino y equino ocupan también importancia dentro de la economía de los habitantes, así como la cría de aves de corral. Entre la fauna silvestre se debe mencionar las ardillas, monos y serpientes, estas últimas aparecen principalmente en invierno y pueden a menudo llegar a morder a las personas causando un serio problema de salud. (Diagnóstico de la Comunidad – 2010)

Vías de acceso

A partir del Eje Transversal E-30, inmediatamente de pasar por la parroquia Alhajuela, sale una vía que conduce hasta la cabecera parroquial de Chirijos, la cual es una pequeña carretera asfaltada con una longitud de aproximadamente 8 Km., gracias a su arreglo se ha facilitado el acceso a la comunidad y la extracción de los productos para venderlos en las otras zonas. Este asfalto esta hasta el sitio El tigre. (Diagnóstico de la Comunidad – 2010)

Medios de transporte

Desde hace unos 5 años la Cooperativa de Transporte “San Plácido” sirve a la comunidad, cumpliendo con 5 turnos diarios con el recorrido Portoviejo - Chirijos (específicamente sitio El Tigre esto en verano, pero en el invierno debido a la creciente del río y por no haber puente, no llega hasta el anteriormente mencionado Tigre). (Diagnóstico de la Comunidad – 2010)

Vivienda

La mayoría de las viviendas son de caña guadua y/ o madera con techo de cady, y algunas con techo de zinc, en la actualidad se está observando un incremento en las construcciones mixtas, y construcciones de cemento, ladrillo o bloque, con un promedio de seis habitantes por casa, pero en algunas existen verdaderos hacinamientos como en otras que viven ancianos completamente solos.

Servicios básicos

En la actualidad todas las viviendas cuentan con luz eléctrica,

dicho servicio ha mejorado, aunque en los últimos meses han aumentado los cortes de energía eléctrica por cortocircuitos producidos por una estructura de cableado antigua y deteriorada.

El agua es obtenida desde los pozos o de la recolectada en la etapa lluviosa, y trasladada por mangueras para el riego de los sembríos y para el consumo en viviendas, aunque no siempre acostumbran a hervirla.

No existe sistema de alcantarillado, la mayoría de domicilios cuentan con letrina y pozos sépticos. La basura es quemada o enterrada en zonas alejadas.

El sistema telefónico solo existe en la cabecera parroquial, a modo de una cabina del CNT, ubicada en la Cooperativa de Ahorro y Crédito de Chirijos, también existe telefonía celular (porta) que beneficia a la comunidad con su señal amplificada a través de este medio por mensajes escritos los pacientes se comunican con la voluntaria de S.C.S., y últimamente se está prestando servicio de internet que aún está a prueba y en el que se capacitara a muchas personas para su correcto uso. (Diagnóstico de la Comunidad – 2010)

Educación

Un grupo pequeño de población adulta es completamente analfabeta algunos no concluyeron sus estudios, y quieren que sus hijos aprendan por eso los matriculan en los diferentes centros educativos más cercanos a sus domicilios. (Diagnóstico de la Comunidad – 2010)

Actualmente en la comunidad existen 3 centros educativos

primarios y uno secundario el de se reparte de la siguiente manera: (Diagnostico de la Comunidad – 2010)

- Escuela Fiscal Mixta “Guaranda No. 43 (Chirijos)
- Escuela Fiscal “Aída Zambrano de Veloz “(Boquerón)
- Colegio Particular Mixto “San Vicente de Paúl”
- Escuela Julio Cobo Hernández (Jesús María)

Alimentación

Su alimentación es principalmente el arroz, plátano, yuca, camote, maíz, acompañado de granos como el fréjol de palo, plátano, habichuela, poco consumo de carne, también de variedades de frutas banano, mandarina, papaya, etc. (Diagnóstico de la Comunidad – 2010)

Ocupación

Un 95% de la población se dedica totalmente a la agricultura y ganadería siendo esta su única fuente de ingreso. Las mujeres cuando no acompañan a sus esposos en las labores del campo se quedan en sus hogares realizando sus quehaceres domésticos. La juventud que desea superarse migra a otros sectores en busca de empleo en su mayoría Portoviejo y Manta, y cuando la economía lo permite fuera del país como Venezuela o España. (Diagnóstico de la Comunidad – 2010)

Dinámica poblacional

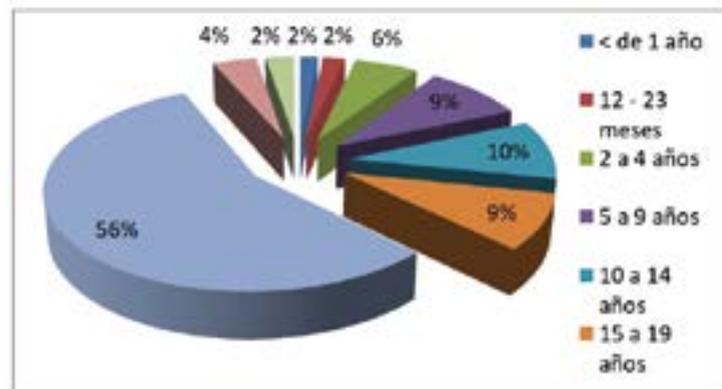
Distribución de la población de la Parroquia Chirijos del canton Portoviejo según grupos de edad. 2010

EDAD	POBLACIÓN	%
< 1 año	102	1,6%
12-23 meses	125	2%
2-4 años	372	5,8%
5-9 años	597	9,2%
10-14 años	619	9,6%
15-19 años	582	9%
20-64 años	3632	56,2%
65- 74 años	259	4%
75 y más años	171	2,6%
Total	6459	100%

Fuente: Diagnóstico de Salud del Sub Centro de Salud Chirijos 2010.

Elaboración: Lcda. María Quijije

La distribución de la población se evidencia en el siguiente gráfico:



Misión de la institución

El POA del 2010, la Misión del Sub Centro de Salud de Chirijos es:

“Prestar mayor y mejor servicio de salud, recurriendo a entidades del Estado, particulares o autogestión. Instruir a la comunidad para la prevención. Controlar la salud de niños menores de 5 años y mujeres embarazadas. Realizar trabajos de emergencia clínica y quirúrgica menor.

Visión de la institución

Según el POA del 2010, la Misión del Sub Centro de Salud de Chirijos es:

“Ser un S.C.S. con mayor capacidad resolutive, que cumpla con las metas propuestas, con personal de salud de planta y con infraestructura adecuada para laborar.”

Organización administrativa

El POA 2010 el Sub Centro de Salud de Chirijos 2009-2014, esta unidad operativa tiene la siguiente estructura administrativa:

Organigrama



Servicios que presta la institución

Además de la atención primaria en salud, salud integral, se atiende los siguientes programas que el Ministerio de Salud Pública tiene implementado en nuestro país como son:

- **Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI),**
Provee de las vacunas básicas del M.S.P, para niños y mujeres embarazadas o en edad fértil.
- **Programa Integrado de Micronutrientes (PIM).**
Incluye la dotación de hierro a los niños menores de 5 años y mujeres embarazadas.
- **Programa Nacional de Alimentación y Nutrición (PANN 2000).**
Consiste en la entrega mensual de 2 Kg. de Mi Papilla a

niños a partir de los 6 meses hasta los 36 meses y de MÍ Bebida mujeres embarazadas o madres lactantes.

- **Programa de Control de Tuberculosis (PCT)**
Consiste en la captación de posibles pacientes con tuberculosis y su debido tratamiento y control en áreas de la unidad operativa.

- **Programa de Vigilancia Epidemiológica.**
Se refiere a la detección precoz de caso, brote o epidemia de alguna determinada enfermedad para realizar el respectivo cerco epidemiológico, tratamiento, seguimiento y de esta manera controlar y prevenir que se presente nuevamente la patología.

- **Programa de Salud Escolar.**
Consiste en la atención médica, vacunación respectiva y educación sobre medidas higiénico-sanitaria a los estudiantes de los planteles de dicha comunidad. En la actualidad se está implementando el programa de escuelitas saludables.

Datos estadísticos de cobertura (Estado de salud enfermedad de la población)

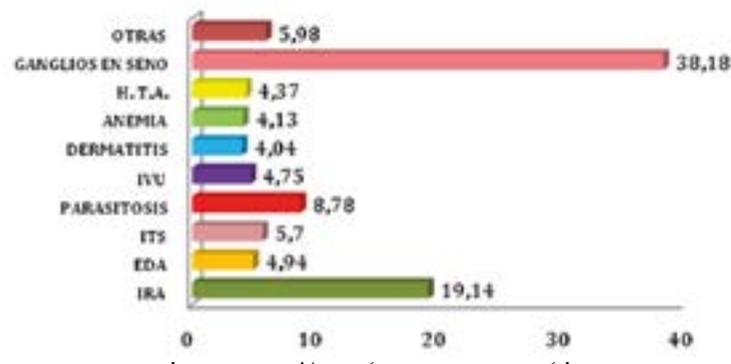
S.C.S. Chirijos

10 primeras causas de morbilidad 2010

CAUSAS	F	%
IRA	403	19,14
EDA	104	4,94
ITS	120	5,70
Parasitosis	185	8,78
IVU	100	4,75
Dermatitis	85	4,04
Anemia	87	4,13
H.T.A.	92	4,37
Ganglios en seno	804	38,18
Otras	126	5,98
TOTAL	2106	100

Fuente: Registro de Atenciones del S.C.S. Chirijos

Elaboración: Lcda. María Augusta Quijije



el 8.78%; y otras patologías con el 5.98%. El resto con índices menores como eda, its, ivu, dermatitis, anemia, y hta.

Características geo-físicas de la institución

El Sub Centro de Salud de Chirijos está armado una estructura de hormigón de 64m2 de construcción principal y una bodega también de hormigón con 12 m2.

A principios del 2008 se construyó el cerramiento del Sub Centro Salud que fue gestionado por la Junta Parroquial de Chirijos y financiada por la municipalidad de Portoviejo durante la alcaldía de la Sra. Patricia Briones.



La unidad operativa cuenta con:

- 1 sala de espera,
- 1 consultorio médico
- 1 área de vacunación y
- 1 sala de partos, en la actualidad en este lugar se ha instalado el área de DOTS y curación,

- 1 área de estadísticas y preparación de pacientes, bodega, departamento de inmunización y 2 baños,

Al igual que la mayoría de casas del sector, el Sub Centro Salud cuenta con energía eléctrica y agua gracias que se obtiene a través del pozo de la escuela que esta adjunto.

Políticas de la institución

El Sub Centro de Salud Chirijos se maneja con la política del gobierno actual, la misma que es de protección social en salud definida como una política de Estado, pretende satisfacer las necesidades y demandas en salud a toda la población del territorio nacional a través de un modelo de atención y gestión basado en la atención primaria y la promoción de la salud. La política de protección social ubica al individuo, la familia y la comunidad en el centro de su accionar y el vivir bien “*alli causai*” es su fin.

La protección social en salud es una herramienta de política pública destinada a combatir la exclusión en salud, las inequidades y la privatización del Estado.

Uno de los logros del MSP para la definición e implementación del modelo de atención, el mismo que busca establecer un Plan Integral de Salud que garantice el acceso a servicios de salud de calidad, un conjunto de prestaciones de promoción, prevención y recuperación y un financiamiento sostenible.



EL CÁNCER DE MAMA

Según el portal saludalia de la web, “el cáncer de mama es el tipo de cáncer más frecuente en la mujer, le siguen el de colon, pulmón, útero y ovarios. Es el cáncer más temido debido a su elevada frecuencia, la incidencia está creciendo ya que 1 de cada 9 mujeres desarrolla un cáncer de mama a lo largo de su vida, y porque todavía la comunidad científica no sabe cómo prevenirlo y el tratamiento, a menudo incluye la pérdida de un pecho”.

En esta página web también se indica que el 80-90% de los cánceres de mama se originan en los conductos de leche que llegan hasta el pezón y se les llama carcinomas ductales. Cuando están localizados en el conducto, pero sin atravesar su pared hablamos de carcinoma intraductal in situ y cuando atraviesan la pared e invaden a los tejidos de alrededor se denominan carcinomas ductales invasivos.

Los carcinomas lobulillares se originan en las glándulas productoras de leche y representan el 5% de los cánceres de la mama.

Embriología, anatomía y fisiología de la mama

Maturana B., Miguel; Pabst Feller, Yvonne (2011) en su artículo embriología, desarrollo, anatomía y fisiología de la mama indica que estas no son más que glándulas sudoríparas altamente especializadas. En el embrión, a la 6ª - 7ª semana de gestación aparece un engrosamiento ectodérmico bilateral que se extiende desde las regiones axilares hasta las regiones

inguinales (las llamadas crestas mamarias); en la especie humana esta cresta mamaria desaparece en el embrión con cerca de 15mm, quedando sólo reducida a la región torácica anterior. La persistencia de esta cresta en la especie humana lleva a la aparición de mamas o pezones supernumerarios en la vida adulta (Polimastia y/o Politelia). Alrededor del 7º mes, ya se formaron los conductos galactóforos y se inicia la formación de los ácinos, estas formaciones constituyen la base de las unidades ductolobulares.

Cerca de los 9 - 10 años aparece una protuberancia retroareolar, que es el llamado “botón mamario”, que es la primera señal de crecimiento mamario, esta estructura debe ser respetada y no debe ser sometida a ningún procedimiento quirúrgico porque se corre el riesgo de alterar seriamente el crecimiento mamario. Más tarde, alrededor de los 12 años es que la glándula comienza a presentar un verdadero desarrollo, y a los 13 - 14 años comienza un intenso crecimiento retroareolar, en vista a su forma definitiva. (Maturana B. et. als., 2011)

En referencia a la anatomía, en el Illustrated Medical Dictionary, (2011) de la web, se señala que:

“La mama se extiende del 2º al 6º arco costal y entre la línea paraesternal y la axilar anterior. La mama propiamente dicha, está formada por alrededor de 20 unidades lobulares con sus canales excretores, separados unas de otras por fascias de tejido fibroso que unen estas unidades entre sí, son los “Ligamentos de Cooper”. El compromiso de éstos por una lesión maligna, dará los signos de retracción de la piel,

tan importante en el diagnóstico clínico del cáncer de mama. El adelgazamiento de éstos, junto a la involución lipomatosa, así como a la pérdida de la elasticidad de la piel, serán responsables más tarde de la ptosis mamaria.

La irrigación arterial está a cargo de la arteria mamaria interna, ramas de la arteria axilar, así como de ramas de las arterias intercostales. La inervación está a cargo de ramas de los nervios intercostales laterales y medianos, de predominio simpático. La inervación del pezón es hecha por ramas del 4º nervio intercostal, de predominio sensitivo”. Illustrated Medical Dictionary, (2011)

En cuanto al drenaje venoso Fernández Alfonso, Cid Fenollera (2000), indica que comprende un sistema superficial, con las venas toracoepigástricas y el sistema profundo, al que se le atribuye gran importancia en términos de diseminación hematogena del cáncer, sigue básicamente a la irrigación arterial. Así las venas subescapular y laterotorácica drenan en la vena axilar y la vena mamaria interna drena en la vena subclavia.

Igualmente, este autor revela que el drenaje linfático tiene un papel extremadamente importante en la diseminación de las enfermedades malignas. Además, se señala que toda la mama es muy rica en canales linfáticos. En la zona areola-pezón existe una red circunareolar y se consideran básicamente 3 vías de drenaje linfático de la mama: axilar, interpectoral y mamaria interna.

Factores de riesgo del cáncer de mama

Hoy en día se sabe que una célula cancerosa de mama tiene como tiempo de duplicación entre 100 a 300 días. (Villaseñor Navarro Yolanda, 2007). Así mismo, una neoplasia de mama con 1cm de tamaño sufre cerca de 30 duplicaciones antes de alcanzar este tamaño y este cáncer con 1cm tiene, como mínimo, cerca de 7 años de evolución. (Urquizo José Alfaro (2011)).

Desde el nacimiento hasta la menarquía, pocas transformaciones se han dado en la mama. En este momento por acciones hormonales, toman forma adulta las unidades funcionales de la mama, los acinos. El número de estas unidades aumenta en cada ciclo menstrual hasta aproximadamente los 35 años.

Por consiguiente, se puede deducir que, cuantos más ciclos menstruales existen, más unidades funcionales existirán. Tal vez por eso el aumento de frecuencia de neoplasia de mama en mujeres con menarquías precoces y menopausias tardías.

A partir de los 35 años aproximadamente, comienza la involución mamaria, que es más notoria a partir de la menopausia. Es a partir de este momento en que comienza a aparecer más patología mamaria, en base a las alteraciones que van a dar lugar a la involución. (Villaseñor Navarro Yolanda, 2007).

Es también en este momento que los mecanismos de regeneración celular pueden comenzar a sufrir alteraciones. Así, el esquema normal de regeneración celular puede ser sustituido por mecanismos que lleven a fibrosis, adenosis o a hiperplasia.

Esta hiperplasia puede llevar a atipia celular, llegando al límite de benigno/maligno, o sea la Hiperplasia Epitelial Atípica. La transformación de “neoplasia In Situ” a “neoplasia Invasiva”, corresponde al pasaje de la membrana basal, último reducto de la localización de la dolencia maligna.

Por otra parte, al considerar los factores de riesgo, el cáncer de mama es raro en la mujer joven, aunque se han descrito casos incluso en la niñez, pero en general el riesgo es bajo en las mujeres menores de 35 años. Sin embargo, en los últimos años, y debido al avance y mejora de los medios de diagnóstico sobre todo en imagenología, los diagnósticos son más precoces y el pico más alto de edad de incidencia está disminuyendo. En general, se considera que la edad de mayor riesgo en la mujer está entre los 45 y 65 años. (Ravelo Celis José Antonio, 2001).

Otro factor importante de riesgo es la historia reproductiva. Cuanto más largo es el tiempo de influjo hormonal ovárico, las posibilidades de hacer un cáncer de mama son mayores; esto sucede con las mujeres que tienen una menarquía temprana y una menopausia tardía. La castración, ya sea quirúrgica o por radioterapia reduce sustancialmente en la mujer el riesgo a tener cáncer de mama. Si es realizada antes de los 35 años, la reducción es al 40% de la mujer que tiene su menopausia natural. (Urquizo José Alfaro (2011)).

Este mismo autor señala que desde hace mucho tiempo se han relacionado la lactancia y el cáncer de mama, y ha habido numerosos estudios en la literatura tratando de probar el efecto protector de la lactancia en la génesis de esta enfermedad. Sin embargo, la mayoría de los estudios muestran en forma

concluyente que ésta no representa un factor de protección contra el cáncer de mama.

En lo referente a la historia familiar, éste es un factor de riesgo fundamental, ya que todos los estudios muestran que las mujeres que tienen familiares en primer grado con cáncer de mama, poseen un riesgo tres veces mayor que la población en general; este riesgo es un incremento adicional si la familiar fue afectada a una edad temprana o tiene enfermedad bilateral. Así se ha estimado que, si una mujer tiene una familiar en primer grado con cáncer de mama bilateral y está en la pre menopausia, tiene un riesgo adicional en nueve veces de presentar la enfermedad.

El Dr. José Alfaro Urquizo (2011), manifiesta a este respecto que “la relación entre las enfermedades benignas de la mama y el cáncer, es controversial, y parte de esta controversia es relacionada al uso del término “Enfermedad Benigna de la Mama”, el cual incluye una variedad de condiciones tales como: macroquistes, microquistes, adenosis, cambios apócrinos, fibrosis, fibroadenomas y la hiperplasia epitelial; de todas estas condiciones, la mayoría de los autores creen que sólo la Hiperplasia Epitelial en su variedad atípica está relacionada al desarrollo del cáncer de mama, lo cual tampoco quiere decir que todas las hiperplasias atípicas se transformarán en carcinomas in situ o en carcinomas invasivos”. Urquizo José Alfaro (2011).

Datos acumulados indican que el tratamiento hormonal a largo plazo, más de 10 años, con estrógenos, por sintomatología de la menopausia, incrementa el riesgo de cáncer de mama en 1.5 veces en relación a las mujeres no tratadas, sin embargo,

el beneficio que se obtiene en relación a la prevención de la osteoporosis y de los problemas cardiocirculatorios, compensan este pequeño aumento en el riesgo para la neoplasia de mama. Los anticonceptivos orales no tienen influencia sobre la incidencia del cáncer de mama, sólo existe alguna relación en aquellos casos en que se han tomado por más de 5 años seguidos y en mujeres menores de 25 años, en este caso el incremento del riesgo es de 1.6 veces. (Díaz-Faes José, Álvaro Ruibal, 2006).

Últimamente se ha mencionado que la Dieta es también un factor de relativa importancia en cuanto a incrementar el riesgo para esta enfermedad. Así diversos autores admiten que el consumo de grasas saturadas, así como la obesidad podrían ser factores predisponentes para el cáncer de mama, sobre todo en mujeres postmenopáusicas.

También existen reportes que mencionan que el consumo excesivo de alcohol y tabaco estarían relacionados con el cáncer de mama.

Historia natural del cáncer de mama

Se entiende por historia natural del cáncer de mama al comportamiento clínico evolutivo en el tiempo desde que apareció la primera célula tumoral hasta la muerte del portador de la neoplasia.

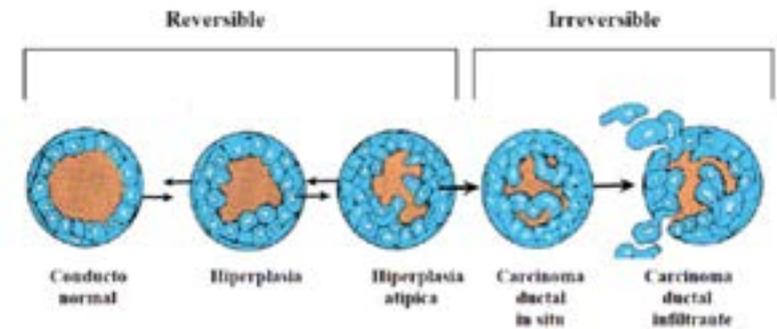
Todavía existe una considerable controversia sobre la historia natural del cáncer de mama a pesar de los innumerables estudios dedicados a ello. Como ocurre con otros tumores, el desarrollo y crecimiento de la enfermedad es variable y, probablemente, esté influenciado por características específicas

del tumor, del huésped y de los factores ambientales. Se admite que transcurren de 10 a 15 años como tiempo medio desde que aparecen las primeras lesiones pre cancerosas hasta que la enfermedad se hace sistémica.

Hay dos teorías sobre el crecimiento del cáncer de mama:

La teoría del contínuum postula que después de un período variable de lesión in situ confinada al ducto, invade la membrana basal convirtiéndose en enfermedad invasiva. A este respecto los médicos Javier Amorós Oliveros y Joaquín Lemos Zunzunegui (2011), en su obra *Cáncer de Mama: Criterios Ecográficos de Malignidad*, refieren que “múltiples publicaciones resaltan la evolución de hiperplasia a neoplasia, de entre todas ellas conviene resaltar los trabajos histopatológicos publicados por Gallager y Martín en 1969 quien han postulado una progresión lógica de la lesión epitelial a cáncer in situ”.

Asimismo, señalan que el modelo más frecuentemente aceptado del desarrollo del cáncer de mama describe las fases reversibles de hiperplasia e hiperplasia atípica; cuando la hiperplasia atípica se convierte en carcinoma in situ es probablemente irreversible y, pasado un tiempo la lesión progresa a cáncer infiltrante como señala la siguiente figura. (Amorós Javier, et als, 2011)



La teoría dual, por su parte, defiende la existencia de dos tipos de cánceres: el cáncer rápidamente invasivo desde el origen que se hace sistémico e incurable antes de que pueda ser detectado y otro es el cáncer encontrado en biopsias hechas al azar en mamas asintomáticas y que no parece afectar a la vida de la mujer. (Javier Amorós Oliveros y Joaquín Lemos Zunzunegui, 2011)

Alternativas de tamizaje

Existen tres estrategias claramente definidas para la detección temprana en cáncer de mama: la detección temprana sin tamizaje, el tamizaje de oportunidad y el tamizaje organizado. (Díaz Sandra, Marion Piñeros, Oswaldo Sánchez. (2005).

La detección temprana sin tamizaje ocurre por una respuesta oportuna del personal de salud a signos clínicos detectados en un examen de rutina o a los síntomas expresados por las mujeres en el momento de consultar. Se pueden establecer programas de detección temprana sin tamizaje, basados en la educación oportuna y apropiada de la población y de los profesionales de la salud, con el fin de identificar signos y síntomas de alerta que permitan un diagnóstico en etapas tempranas de la enfermedad.

(Díaz Sandra et als 2005)

El tamizaje de oportunidad se presenta cuando una mujer asintomática obtiene una prueba de tamizaje por fuera de un programa formal, lo cual puede facilitar el diagnóstico temprano de lesiones no palpables. (Díaz Sandra et als 2005)

A su vez, el tamizaje organizado es el establecimiento de un programa formal de tamizaje, en el que deben cumplirse requerimientos, además de normas técnicas y administrativas para su aplicación en condiciones óptimas: contar con una política explícita; definir la población con categorías específicas de edad; definir las pruebas que se utilizarán y los intervalos de aplicación; establecer un equipo responsable de su implementación; garantizar la oferta y la accesibilidad a instituciones de salud para el diagnóstico y el tratamiento oportunos; implementar estrategias de inducción de la demanda; establecer un programa de aseguramiento de la calidad; contar con un sistema de información adecuado; detectar la ocurrencia de la enfermedad en la población, y definir una metodología de evaluación y seguimiento. (Díaz Sandra et als 2005)

Alternativas de detección

Detección es la capacidad para encontrar anomalías, de las que un “significativo” número de ellas se probará que son malignas, mientras que diagnóstico es la capacidad de caracterizar las anomalías detectadas como benignas o malignas (Kopans 1994). El diagnóstico se hace considerando que la mama es un órgano fácilmente accesible al examen y por consiguiente susceptible de un diagnóstico rápido, para ser

sometida a un tratamiento precoz y adecuado.

Según la Guía Técnica de Prevención y control del cáncer de mama publicada por El Ministerio de Salud Pública de El Salvador, entre las alternativas de detección del cáncer de mama se tiene:

“El *Auto examen de mama (AEM)*, que no causa ninguna incomodidad y permite detectar el cáncer de mama en su etapa inicial; generalmente debe realizarse una vez por mes, dos o tres días después de finalizada la menstruación durante al menos 2 minutos por la misma mujer sin ropa preferiblemente de la cintura para arriba.

El *Examen clínico de mama (ECM)*, es aquel realizado por un profesional de la salud para verificar cambios en el tamaño y movilidad de la mama, en el aspecto de la piel o del pezón, la aparición de una secreción anormal, de dolor importante o la presencia de ganglios aumentados de tamaño en las axilas.

La *Mamografía* que es una radiografía de baja radiación realizada en la glándula mamaria, que puede detectar anomalías que clínicamente no son perceptibles, delinear masas palpables e identificar posibles irregularidades asociadas en el seno contra lateral y según la proyección utilizada, demostrar la presencia de ganglios anormales en la axila”.

En el siguiente cuadro se sintetiza lo que estos autores señalan como la sensibilidad y especificidad, beneficios y limitaciones de los métodos antes descritos:

METODO	SENSIBILIDAD* Y ESPECIFICIDAD**	BENEFICIOS	LIMITACIONES
Autoexamen de mama	Sensibilidad: 26 a 41%	<ul style="list-style-type: none"> Identifica abultamientos de 0.5 a 1cm 	<ul style="list-style-type: none"> Aumento de la ansiedad en la mujer Incremento en el número de visitas médicas Aumento en la proporción de biopsias con resultado negativo
Examen clínico de mama	Sensibilidad: 40 a 69% Especificidad: 88 a 99%	<ul style="list-style-type: none"> Identifica abultamientos de 2mm Permite la detección temprana de los cánceres "perdidos" por la mamografía Permite proporcionar a la mujer la información educativa 	<ul style="list-style-type: none"> Aumento de la ansiedad en la mujer La posibilidad de error influye en el aumento de biopsias innecesarias
Mamografía	Sensibilidad: 77 a 95% con un rango de 54 a 58% entre las mujeres menores de 40 años Especificidad: 94 a 95%	<ul style="list-style-type: none"> Identifica abultamientos de 2mm Se ha confirmado que contribuye a la disminución de la mortalidad por cáncer de mama 	<ul style="list-style-type: none"> Aumento de la ansiedad en la mujer La tasa de mamografías falsas negativas es de 10% en las mujeres entre 50 - 69 años, y de 25% en las mujeres entre 40 - 49 años. La tasa de mamografías falsas positivas es de 7 a 8% en las mujeres entre 40 - 59 años, y de 4 a 5% en las mujeres entre 60 - 79 años.

Etapas de la prevención del cáncer de mama

Prevención primaria.

Se debe realizar mediante la información, orientación y educación a toda la población femenina sobre los factores de riesgo y la promoción de conductas favorables a la salud.

La constituyen las medidas destinadas a evitar el cáncer detectando los factores que lo producen. Realmente no puede hacerse gran cosa ante los factores de riesgo como son la edad, herencia, factores ginecológicos y reproductivos. El resto de los factores causales no se conocen claramente, aunque puede

insistirse en la importancia del control del peso en la juventud como en la edad adulta, realizar ejercicio físico y seguir una alimentación determinada. (Guía Técnica de Prevención y control del cáncer de mama publicada por El Ministerio de Salud Pública de El Salvador, 2006)

Prevención secundaria.

Se debe efectuar mediante el auto examen de mama, examen clínico de mama y mamografía. Una vez detectada la lesión a través de dichos procedimientos, se procede al diagnóstico confirmatorio y al tratamiento adecuado de manera oportuna y con calidad. Consiste en detectar y diagnosticar precozmente el cáncer de mama y, por consiguiente, interrumpir la historia natural del tumor, aumentar la supervivencia y disminuir la mortalidad. Como hasta el momento no existen métodos eficaces de prevención primaria, desde los años 60 en los que el estudio HIP demostró una reducción de la mortalidad de 23% en el grupo sometido al programa de detección precoz, se han desarrollado en muchos países programas de detección precoz basados en la mamografía sistemática a población de riesgo asintomática con esta finalidad. (Guía Técnica de Prevención y control del cáncer de mama publicada por El Ministerio de Salud Pública de El Salvador, 2006)

Prevención terciaria.

Se debe ejecutar en los casos necesarios mediante la rehabilitación reconstructiva, estética y psicológica de las mujeres que reciben tratamiento quirúrgico, quimioterapia, radioterapia u hormonoterapia, según lo ameriten. Además,

se debe orientar sobre la existencia de grupos de apoyo. (Guía Técnica de Prevención y control del cáncer de mama publicada por El Ministerio de Salud Pública de El Salvador, 2006)

Screening de cancer de mama

La palabra screening proviene del inglés y significa selección, investigación; en español, se mantiene el anglicismo o se traduce por cribado, fundamentalmente cuando se refiere a un screening masivo o poblacional.

El médico Alonso Álvaro Ángel. (2006) en su artículo: Screening en patología mamaria: definiciones y conceptos. Métodos aplicables señala que:

“El screening de cáncer de mama se define como la exploración de una población de mujeres asintomáticas en un esfuerzo por detectar una enfermedad no sospechada en un tiempo en que la curación todavía es posible. Permite a la mayoría de las mujeres, que no tienen cáncer, pasar a través de la criba, mientras se seleccionan para una valoración más profunda aquellas con anomalías que pueden indicar cáncer. Un screening para el cáncer de mama puede encontrar también cambios benignos que no son separados inmediatamente de aquellos que son malignos. Los umbrales de preocupación en un programa de screening de cáncer de mama son similares a los poros de un filtro. Cuanto más estrecho sean los poros del filtro se atraparán más material tanto benigno como maligno. Un abordaje más agresivo del screening del cáncer de mama atrapa más cánceres en estadio precoz a costa de elevar la preocupación sobre más lesiones que se prueba que son benignas; mientras que un umbral más alto de intervención disminuye el número de lesiones

benignas, pero permite que algunos cánceres pasen a su través. La función del diagnóstico consiste en diferenciar estos dos tipos de anomalías. Alonso Álvaro Ángel. (2006)

La mamografía en el screening de cáncer de mama

La utilización de la mamografía como método diagnóstico data de principios del siglo XX. Sin embargo, han sido los avances tecnológicos de los últimos 30 años los que han hecho posible su introducción primero como método auxiliar y actualmente como método fundamental de detección de la patología mamaria, no siendo aceptado en nuestros días ningún programa de detección precoz del cáncer de mama que no incluya a la mamografía como prueba.

El Colegio Americano de Radiología (ACR) ha sistematizado los hallazgos de mamografía en una clasificación conocida internacionalmente como BI-RADS (Breast Imaging Reporting and Data System) (American College of Radiology 1993), la cual es el producto de la colaboración entre miembros de diferentes comités del propio ACR, el Instituto Nacional del Cáncer, la FDA (Food and Drug Administration) y diferentes asociaciones médicas, quirúrgicas y anatomopatológicas.

Según Rocío Quesada Hernández, Andrea Lawrence Villalobos. (2007). La ventaja principal de la clasificación BI-RADS es que no sólo aporta un lenguaje estandarizado para los hallazgos radiológicos de la mamografía, agrupándolas en cinco categorías, sino que además asocia a cada una de las categorías una recomendación de manejo específica. Así:

“*Categoría 1 (Mamografía Negativa)* es el patrón radiológico de normalidad. No existe, por tanto, ningún hallazgo en la mamografía que sugiera la presencia de un cáncer de mama. Aproximadamente el 90% de las mamografías que se realizan en un programa de detección precoz de cáncer de mama se encuentra en esta categoría, y una de las labores más importantes de un radiólogo dedicado a la lectura de mamografías de un programa es saber reconocer la casi infinita gama de patrones de normalidad. Para esta categoría, lógicamente, no existe ningún tipo de recomendación de técnicas complementarias diagnósticas, por lo que la mujer debe ser remitida de nuevo al programa, para continuar con sus intervalos mamográficos rutinarios.

Categoría 2 (Benigna), en esta categoría se agrupan un conjunto de hallazgos radiológicos que, aunque puede ser deseable que consten en el informe radiológico, desde el punto de vista del análisis mamográfico no muestran evidencia de malignidad. La mujer debe ser remitida de nuevo al programa para continuar con sus intervalos de mamografía rutinarios como las mujeres de la categoría. El tipo de hallazgo radiológico encuadrable en esta categoría son las imágenes nodulares de densidad radioluciente o densidad mixta (radiodensa y radioluciente): ganglio intramamario, quiste oleoso, lipoma y hamartoma; y los grupos de calcificaciones con partículas con características radiológicas de benignidad:

adenosis, mastitis de células plasmáticas, fibroadenoma hialinizado, necroadiposis, etc.

Categoría 3 (probablemente benigna), Esta categoría agrupa a un conjunto de hallazgos radiológicos cuyas características sugieren casi total seguridad de que la lesión es benigna, pero debido a una muy baja probabilidad (globalmente, inferior al 2%) de que pueda tratarse de un tumor maligno es prudente realizar, al menos, una nueva evaluación en un período corto de tiempo (aproximadamente 6 meses). Se incluyen en esta categoría las imágenes de carácter nodular (solitaria o múltiple) de naturaleza sólida en el estudio ecográfico que poseen unos bordes bien definidos, al menos en un 75% de su contorno en las proyecciones efectuadas con técnica de magnificación; los grupos de calcificaciones con partículas redondeadas puntiformes homogéneas en tamaño, forma y densidad y las áreas de asimetría glandular.

Categoría 4 (probablemente maligna), en esta categoría se encuadran un conjunto de hallazgos muy numerosos en los que existe una mayor probabilidad de malignidad (superior al 20%) y, por tanto, la biopsia siempre es necesaria: nódulos de contornos mal definidos, irregulares o lobulados, áreas de asimetría de densidad o densidad de nueva aparición, grupos de calcificaciones con partículas de aspecto granular, polimorfos, heterogéneas en forma, tamaño y densidad con una distribución lineal o segmentaria y áreas de distorsión arquitectural. En

todos los casos la biopsia es necesaria, y probablemente es en esta categoría donde las técnicas de punción-biopsia guiadas por imagen (estereotaxia o ecografía) demuestran su mayor utilidad como alternativa a la cirugía diagnóstica, ya que es bien conocido que los costes en biopsia quirúrgica que se generan durante un programa de detección de cáncer de mama pueden exceder los costes del propio programa, para obtener además un resultado histológico de benignidad en la gran mayoría de los casos.

Categoría 5 (maligna), en esta categoría se encuadran un tipo numeroso de lesiones cuya morfología es característica de la malignidad y, aunque la mamografía no asegura el diagnóstico, su aspecto radiológico indica que es necesaria una intervención quirúrgica. Fundamentalmente existen dos tipos de lesiones: masa de bordes claramente espiculados y las calcificaciones lineales, moldeadas, características del carcinoma intraductal. En conjunto, el valor predictivo positivo para carcinoma de este tipo es superior al 85%, por lo que virtualmente en casi todos los casos estas imágenes están en relación con un carcinoma”.

Pruebas complementarias diagnósticas

En el momento actual, la *ecografía* mamaria se ha convertido en un importante método diagnóstico complementario en el estudio de la patología mamaria. Se deben reconocer sus importantes limitaciones, sobre todo la imposibilidad para detectar calcificaciones si no están asociadas a una masa.

Las indicaciones de la ecografía en el programa de screening son: caracterizar las masas (sean palpables o no), detectadas en la mamografía como quísticas o sólidas; evaluar anomalías no palpables detectadas en la mamografía con diagnóstico dudoso; ayudar a excluir una masa en una asimetría de densidad vista en la mamografía; confirmar o mejorar la visualización de una lesión que se ve parcialmente o en una sola proyección mamográfica; guiar procedimientos intervencionistas, como aspiración de quistes, biopsia cilindro con aguja gruesa, biopsia aspiración con aguja fina y localización pre quirúrgica. (Guía Técnica de Prevención y control del cáncer de mama publicada por El Ministerio de Salud Pública de El Salvador, 2006)

Otros métodos de imagen que pueden utilizarse en el estudio de la patología mamaria derivada del programa de detección precoz del cáncer de mama, pero siguen teniendo unas aplicaciones limitadas son la Ecografía Doppler, Resonancia Magnética, Medicina Nuclear, Mamografía Digital, Tomografía por Emisión de Positrones.

Deteccion, diagnóstico y tratamiento oportuno

Las acciones de promoción y detección precoz se hacen esencialmente en el nivel primario de atención, el diagnóstico en el nivel secundario y el tratamiento en el nivel terciario. (MSP El Salvador: Guía Técnica de Prevención y control del cáncer de mama, 2006)

Sin embargo, señala esta guía, hay *actividades de apoyo* que son indispensables para asegurar la calidad de atención a las pacientes y lograr eficiencia y eficacia en el programa, como

la educación, consejería, capacitación del personal de salud, registro de casos sospechosos o confirmados, seguimiento, visitas domiciliarias, participación comunitaria, coordinación, monitoreo y evaluación, cuidado al paciente terminal.

En el *nivel primario de atención* al que corresponde el Sub Centro de Salud de Chirijos se debe hacer:

- **Detección con:** identificación de grupos de riesgo (edad y antecedentes de cáncer de mama familiar), enseñanza del auto examen de mama, anamnesis y examen físico periódico por personal entrenado, indicación de mamografía de tamizaje, seguimiento de pacientes con examen físico negativo, derivación de pacientes con examen sospechoso, orientación a pacientes con la enfermedad, vigilancia de casos ya diagnosticados, cuidados paliativos. apoyo psicológico.
- **Trabajo comunitario:** especialmente con la mujer en edad fértil y pos menopáusica, por lo tanto, su capacitación y educación para el auto cuidado dependerá en gran parte del trabajo comunitario. El cual persigue la participación de organizaciones grupos e individuos que puedan ser agentes multiplicadores en el proceso educativo y actúen en coordinación con el establecimiento de salud, con el propósito de garantizar una atención oportuna a las mujeres captadas.
- Todos los profesionales del nivel primario deberán estar *capacitados* en hacer un buen examen físico de mama

y enseñar el auto examen de mamas a toda mujer en edad fértil y pos menopáusica, como también aspectos generales sobre el cuidado de pacientes con diagnóstico de cáncer de mama. Los casos que deben derivarse al nivel secundario de atención es toda lesión benigna y/o sospechosa de malignidad: tumor palpable, nódulo axilar sospechoso, alteraciones del pezón (secreción sanguinolenta, retracción, eczema), alteraciones de la piel de la mama (retracción, ulceración), cambios de coloración y aspecto (edema).

En el Nivel secundario de atención se debe hacer:

- El control de calidad del examen físico efectuado por el personal del nivel primario.
- Establecer el diagnóstico definitivo de los casos sospechosos en el nivel secundario mediante los siguientes procedimientos: anamnesis y examen físico, indicación de mamografía de tamizaje y diagnóstica, ultrasonografía (de ser necesaria), punción citológica (CAAF), toma de biopsia (debe ser realizada por médico especialista capacitado), estudio histopatológico y/o citológico.
- Cuidados paliativos.
- Apoyo psicológico.
- Vigilancia de casos ya diagnosticados.
- Derivación de los casos con diagnóstico de cáncer al tercer nivel de atención (servicio de cirugía oncológica o ginecología oncológica)



EL MARCO LÓGICO COMPLEJO

Para el desarrollo de esta investigación se utilizó el Marco Lógico que es una técnica para la conceptualización, diseño, ejecución y evaluación de programas y proyectos en el escenario complejo actual que obliga a la toma de decisiones participativas. Adquiere su importancia al lograr integrar los tres niveles (estratégico, táctico y operativo) en sus tres etapas (planificación, gestión y evaluación).

El estudio se cimentó en la metodología del Marco Lógico mismo que se fundamenta en el paradigma de la complejidad que se basa en los siguientes principios:

- Complejidad: con aspectos como Auto organización, Artificialidad, Auto consistencia, Auto semejanza, Conectividad, Constructivismo, Correlación, Criticabilidad, Flujicidad, Inclusión, Metadimensionalidad, Omnijetividad, Recursión, Virtualidad.
- Relación: la unión de las diversas partes constituye el todo, que a su vez retro actúa sobre los diversos elementos que lo constituyen confiriéndoles propiedades de las que antes carecían. La relación del todo con las partes no es meramente acumulativa, es solidaria.
- Auto explicación: conciencia ecológica con reintegración del medio ambiente en la conciencia antropológica y en la complejización de la idea de naturaleza a través de las ideas de ecosistema y de biosfera.

- Hologramático: En el que no solo la parte está en el todo, sino que el todo, en cierto modo, está en la parte.
- Dialógico: mantiene la dualidad en el seno de la unidad, asocia dos términos a la vez complementarios y antagonistas, uno suprime al otro pero, al mismo tiempo, producen la organización y la complejidad.
- Recursión: que aproxima a una nueva forma de pensar la realidad, con un conocimiento de la diversidad y lo particular

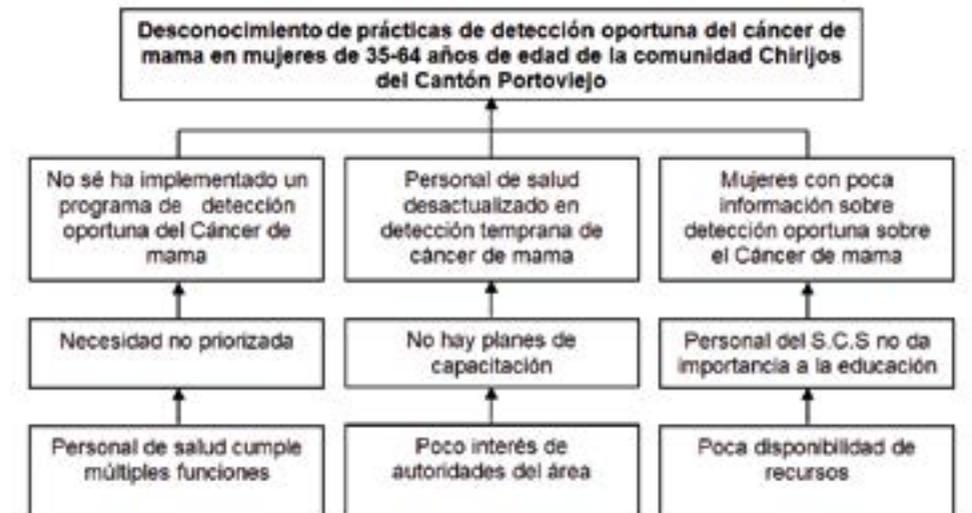
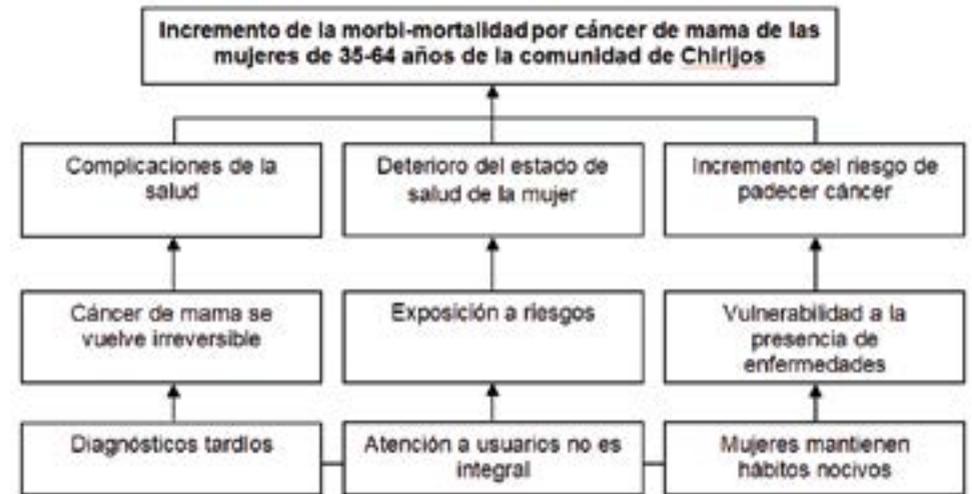
Las herramientas metodológicas que permitieron desarrollar las etapas de diseño, ejecución y evaluación del proyecto fueron: matriz de involucrados, árbol de problemas, árbol de objetivos, matriz del marco lógico.

Matriz de involucrados

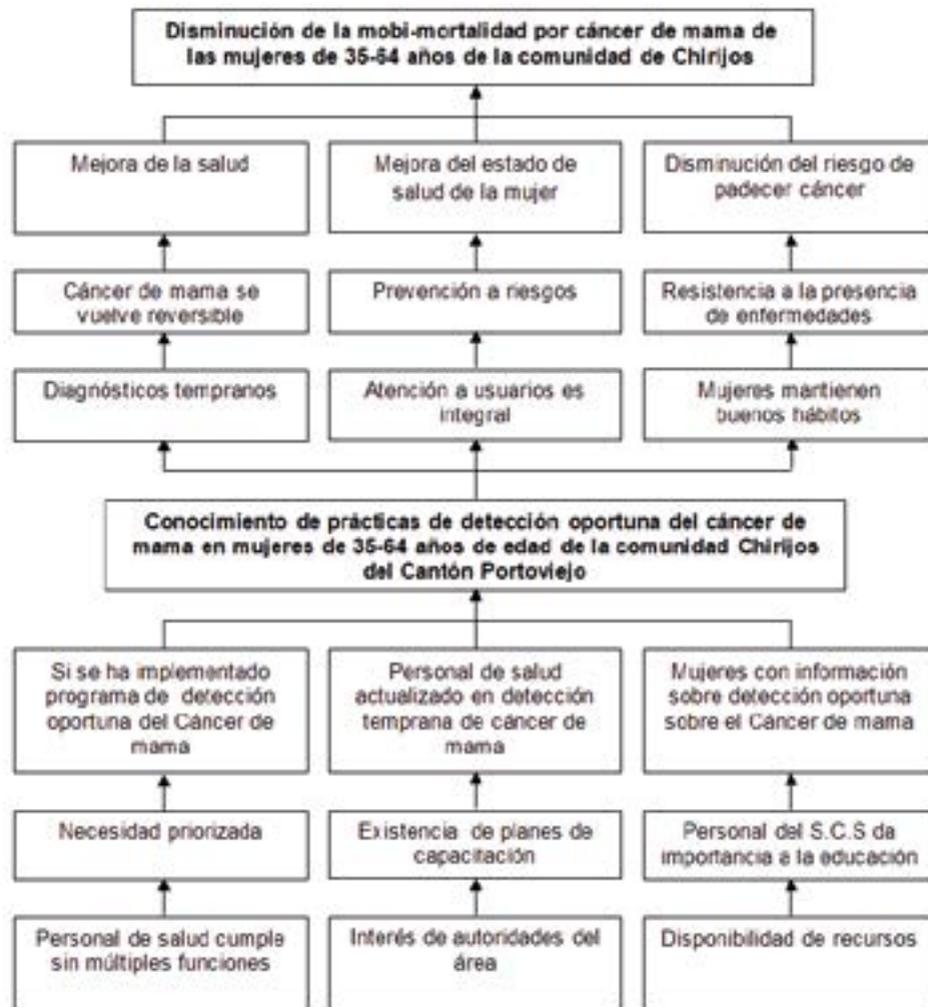
GRUPOS O INSTITUCIONES	INTERESES	RECURSOS Y MANDATOS	PROBLEMAS PERCIBIDOS
Líder del S.C.S Chirijos.	Formular e implementar políticas, programas y acciones de promoción, prevención y atención integral de salud, especialmente de mujeres de edad -fértil (35-64 años).	<p>Recursos: Humanos Materiales Tecnológicos Infraestructura</p> <p>Mandatos: Cumplir con el acceso a la salud que tienen las personas que es un derecho humano inalienable, indivisible, irrenunciable e intangible, cuya protección y garantía es responsabilidad de las unidades de salud</p> <p>(Art. 3 Ley Orgánica de la Salud)</p>	<p>Incremento del índice de problemas mamarios</p> <p>Desmotivación en la usuaria</p> <p>Interés en otros programas</p> <p>Bajas coberturas en detección oportuna de CaMa</p> <p>Atención a mujeres de edad -fértil (35-64 años) no es integral</p>
Equipo de Salud del S.C.S Chirijos.	Garantizar una calidad de atención oportuna, eficiente, equitativa, cálida y eficaz en concordancia con las aspiraciones de las pacientes de 35-64 años.	<p>Recursos: Humanos Materiales</p> <p>Mandatos: Efectivizar el derecho universal a la salud consagrado en la Ley, aplicando los principios de equidad, integralidad, solidaridad, universalidad, irrenunciabilidad, indivisibilidad, participación, pluralidad, calidad y eficiencia, con enfoque de derechos, intercultural, de género, generacional, bioética.</p> <p>(Art. 1. Ley Orgánica de la Salud)</p>	No hay planes de capacitación

Comunidad	Lograr que las usuarias se adhieran a los tratamientos con el fin de reducir el índice de casos presentados.	Recursos: Humanos Mandatos: Alcanzar un buen control del problema estimulando la relación personal del subcentro-usuarias, a través de los programas de tratamiento y educación.	No hay programas educativos preventivos de CA de mama. Desinterés del personal de salud.
Usuarias	Realizar las actividades de la vida diaria con las menores limitaciones y ser los principales responsables de controlar su enfermedad.	Recursos: Humanos Materiales Mandatos: Participar de manera individual y colectiva en todas las actividades de salud y vigilar la calidad de los servicios mediante la conformación de veedurías ciudadanas y contribuir al desarrollo de entornos saludables, a nivel laboral, y comunitario. familiar Art. 8 Ley Orgánica de la Salud)	Escasa información acerca de la enfermedad. Desconocen procedimientos preventivos del CA de mama. No saben al auto examen de mama Personal del S.C.S no da importancia a la educación
Maestrante	Implementar un programa de Detección oportuna de CaMa dirigido a mujeres de 35-64 años que acuden al S.C.S Chirijos.	Recursos: Humanos Materiales Financieros Mandatos: Cumplir con la Misión de la Universidad Técnica Particular de Loja que señala: "Buscar la verdad y formar al hombre, a través de la ciencia, para que sirva a la humanidad"	No existe un programa de detección oportuna del Cáncer de mama Personal de salud desactualizado en detección temprana de cáncer de mama Mujeres con poca información sobre detección oportuna sobre el Cáncer de mama

Árbol de problemas



Árbol de objetivos



Matriz del marco lógico

RESUMEN NARRATIVO	INDICADORES	MEDIOS DE VERIFICACIÓN	SUPUESTOS
Fin: Contribuir a la disminución de la morbilidad por cáncer de mama de las mujeres de 35-64 años de la comunidad de Chirijos	Hasta 30/12/2011, se realiza tamizaje para Ca de mama al 30% de mujeres entre 20 y 65 años de la comunidad	Registro de atención Estadística del SCS	Mujeres de 35-64 años de edad de la comunidad y equipo de salud comprometido en el desarrollo de proyecto
Propósito: Mujeres de 35-64 años de edad de la comunidad Chirijos del Cantón Portoviejo con conocimiento de prácticas de detección oportuna del cáncer de mama.	Hasta 30/07/2011, 60% de usuarias del SCS entre 35-64 años de edad de la comunidad, se capacitan en auto examen de mama		Motivación e interés de Mujeres de 35-64 años de edad de la comunidad en mejorar su salud y condición de vida
Resultado 1: Programa de de detección oportuna del Cáncer de mama implementado	Hasta 30/07/2011, se implementa en un 100% el programa de detección oportuna.	Programa	disponibilidad de recursos y participación activa del equipo de salud y usuarias
Resultado 2: Personal de salud actualizado en detección temprana de cáncer de mama	Hasta 04/02/2011, el 100% del personal del SCS se actualizan en detección temprana de Ca de mama	Programa Asistencia Fotografías	Motivación del equipo de salud en mejorar la calidad de atención
Resultado 3: Mujeres informadas sobre detección oportuna sobre el Cáncer de mama	Hasta 30/04/2011 El 50% de mujeres de la comunidad están informadas sobre detección oportuna sobre el Cáncer de mama, con énfasis en auto examen de mama	Fotos Encuesta Boletines de prensa Trípticos	Interés de las mujeres de la comunidad su cultura de auto cuidado
Actividades	Responsable	Cronograma	Recursos
R 1: Programa de de detección oportuna del Cáncer de mama implementado			

A1. Implementación del programa <ul style="list-style-type: none"> Revisión bibliográfica Redacción de la propuesta Presentación de la propuesta al equipo de salud Reproducción del material Difusión a la comunidad 	Maestrante	7 al 12/02/2011	Fotocopia
	Equipo de salud		Material de oficina
	Director de tesis	14 al 22/02/2011	Diseño gráfico
		24/02/2011	200 USD
		14 al 18/02/2011	
		15 al 28/02/2011	
A2. Identificación del grupo de riesgo <ul style="list-style-type: none"> Identificación de riesgo 	Maestrante	1 al 30/03/2011	Material de oficina
	Equipo de salud		10 USD
A3. Valoración clínica <ul style="list-style-type: none"> Historia clínica Atención programada 	Maestrante		Fotocopia
	Equipo de salud	7 de abril al 26 de mayo	Material de oficina
			200 USD
A4. Realización de mamografías <ul style="list-style-type: none"> Consulta de enfermería Derivación Atención de seguimiento 	Maestrante	2 al 30 de junio	Pago de mamografía 910 USD
	Centro de imágenes		
		Del 07 al 28 de julio	
R 2. Personal de salud actualizado en detección temprana de cáncer de mama			
A1. Difusión de algoritmos de detección temprana de cáncer de mama	Maestrante	21 y 28/01/2011	Material de oficina
	Equipo de salud	3/02/2011	10 USD
A2. Organización de la capacitación	Maestrante	3 al 8/01/2011	Material de oficina
			20 USD

A3. Ejecución de talleres de discusión la capacitación	Maestrante	13 y 14/01/2011	Material de oficina y lunch
	Equipo de salud	20 y 21/01 /2011	80 USD
		27 y 28/01/2011	
		3 y 4/02/2011	
A.4. Evaluación de la capacitación	Maestrante	4/02/2011	Sin costo
R3. Mujeres informadas sobre detección oportuna sobre el Cáncer de mama			
A1. Elaboración de material informativo	Maestrante	21 al 31 de marzo	Material de oficina
			Diseño gráfico
			20USD
A2. Sensibilización Domicilios	Maestrante	4 al 30/03/2011	Impresiones
			30 USD
A3. Sensibilización Sub centro de salud	Maestrante	7/04 al 30/07/ 2001	Impresiones
			Material de oficina
			30USD
A4. Casa abierta	Maestrante	29/07/2011	100 USD
	Equipo de salud		
TOTAL			1610 USD



LOGROS CONCRETOS PARA LA DETECCIÓN OPORTUNA DEL CÁNCER DE MAMA

Resultado 1: Programa de detección oportuna del cáncer de mama implementado

Para el cumplimiento de este resultado se efectuaron las siguientes actividades:

Previo al inicio de la ejecución de las actividades contempladas en el proyecto se realizó el trámite en el SCS de Chirijos para contar con la autorización respectiva, para ello se envió oficio y se mantuvo una reunión en la que se firmó como garantía de lo acordado una Acta de Compromiso, en la cual la Directora del Sub Centro el trabajo de quipo de salud, infraestructura, insumos, etc. (Ver Anexo N°1 y 3)





ACTIVIDAD 1.- Difusión del programa

Una de las primeras tareas para el diseño de esta propuesta fue la revisión bibliográfica, misma que se efectuó del 7 al 12 de febrero del 2011, luego se procedió a redactar la propuesta del 14 al 22 de este mismo mes, para posteriormente presentarla al equipo de salud el jueves 24 de febrero. Concomitantemente, del 14 al 18 de febrero se hizo la reproducción del material necesario para el desarrollo del programa (formularios de historia clínica e informativos a entregar a las pacientes). Del 15 al 28 de febrero se procedió a realizar la difusión sobre el programa en la comunidad. En Anexo N° 4 se encuentra el programa en su totalidad.



Actividad 2.- Identificación del grupo de riesgo

Esta actividad se cumplió del primero al 30 de marzo y consistió en la realización de una entrevista (en el SCS o en los domicilios) a las usuarias para identificar el riesgo cualitativo y cuantitativo, el mismo que se sintetiza a continuación:

ESTABLECIDOS

- Edad

FACTORES HEREDITARIOS

- Familiares
- Genéticos

ANTECEDENTES PERSONALES DE CÁNCER DE MAMA

- In Situ
- Invasor
- Enfermedad mamaria benigna
- Hiperplasia atípica

FACTORES ENDOCRINOS

- Menarquía antes de los 12 años
- Menopausia después de los 50 años
- Primer embarazo después de los 30 años
- Obesidad después de la menopausia

FACTORES ENDOCRINOS EXÓGENOS

- Tratamiento sustitutivo postmenopáusic con estrógenos
- Anticonceptivos orales

FACTORES AMBIENTALES

- Terapia radiactiva en tórax antes de los 30 años
- Región de nacimiento
- Alto consumo de alcohol

POSIBLES

- Alto consumo de grasas en la dieta
- Consumo inadecuado de frutas y vegetales
- Estilo de vida sedentaria
- Fumar tabaco
- No amamantar
- Toxinas medioambientales



Con esta actividad se identificaron a 91 usuarias. Además el SCS estableció como día de atención a este grupo los días jueves.

Actividad 3.- Valoración clínica

Esta actividad se cumplió a través de una atención programada. Se aplicó la historia clínica específica para CaMa.



El Calendario de atención fue el siguiente:

Fecha	Pacientes atendidas
7 Abril 2011	15
14 Abril 2011	12
28 Abril 2011	13
5 Mayo 2011	12
12 Mayo 2011	12
19 Mayo 2011	14
26 Mayo 2011	13
Total	91

Actividad 4.- Realización de mamografías

Para efectuar esta actividad se realizó la vinculación con el Centro Radiológico Enloza, quienes motivados por la labor social redujeron en un 60% los costos de cada mamografía. Esta actividad se cumplió del 2 al 30 de junio del 2011.

La atención de seguimiento se los hizo del 7 al 28 de julio del 2011

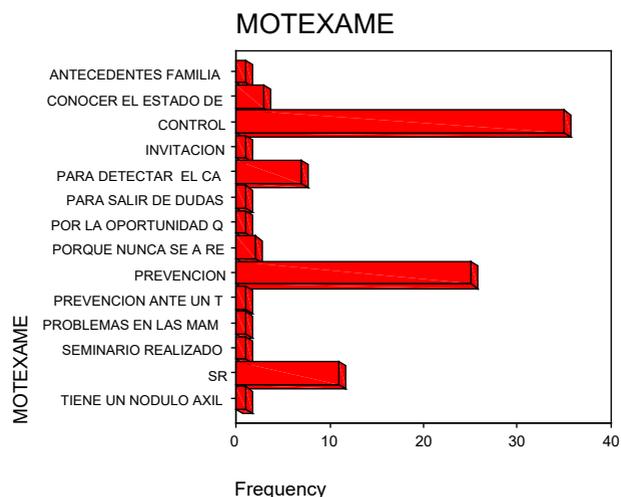
Las mamografías se realizaron a las 91 usuarias. (En Anexo N° 5 se ubica la lista de las usuarias con su respectivo resumen de conclusión, clasificación y recomendaciones de las mamografías) Los resultados de los estudios mamográficos se presentan en los siguientes cuadros y gráficos:

CUADRO N°1

Opinion de las usuarias del scs Chirijos sobre el motivo para realizarse la mamografía. Junio 2011

MOTIVO PARA REALIZARSE LA MAMOGRAFÍA

	Frequency	Percen
Valid ANTECEDENTES FAMILIARES	1	
CONOCER EL ESTADO DE SUS MAMAS	3	
CONTROL	35	58,3
INVITACION	1	
PARA DETECTAR EL CANCER	7	11,7
PARA SALIR DE DUDAS SI TIENE O NO TIENE CANCER	1	
POR LA OPORTUNIDAD QUE ESTAN BRINDANDO	1	
PORQUE NUNCA SE A REALIZADO EL EXAM	2	3,3
PREVENCION	25	41,7
PREVENCION ANTE UN TUMOR MALIGNO	1	
PROBLEMAS EN LAS MAMAS	1	
SEMINARIO REALIZADO EN LA UTM	1	
SR	11	18,0
TIENE UN NODULO AXILA IZQ. Y HAY DOLOR	1	



Fuente: Resultados de las Mamografía

Elaboración: Lcda. María Quijije

Análisis e interpretación

El cuadro y gráfico indica que el 38,5% de personas encuestadas se realizan la mamografía por control, un 27,5% lo hace por prevención, un 7,7% para detectar el cáncer de mama; un 14,2% lo hace por diversos criterios. Se conoce que un diagnóstico oportuno del cáncer de mama permite efectuar un tratamiento adecuado en un estado precoz de la enfermedad.

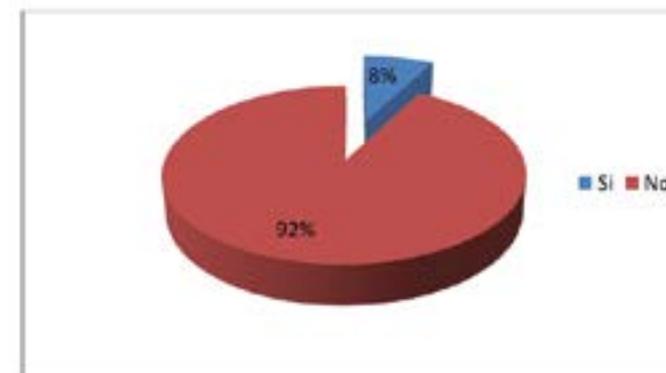
CUADRO N° 2

Respuesta a la interrogante sobre el numero de hijos de las usuarias del SCS Chirijos que se realizaron la mamografía. Junio 2011

N° DE HIJOS	FRECUENCIA	PORCENTAJE (%)
Si	7	7,7
No	84	92,3
TOTAL	60	100

Fuente: Resultados de las Mamografía

Elaboración: Lcda. María Quijije



Análisis e interpretación

Del grupo de estudio el 92,3% señala tener hijos, tan solo el 7,7% de entrevistadas no tienen hijos estos datos son de importancia puesto que nunca haber tenido hijos, o dar a luz su primer hijo después de los 30 años de edad aumenta su riesgo de cáncer mamario.

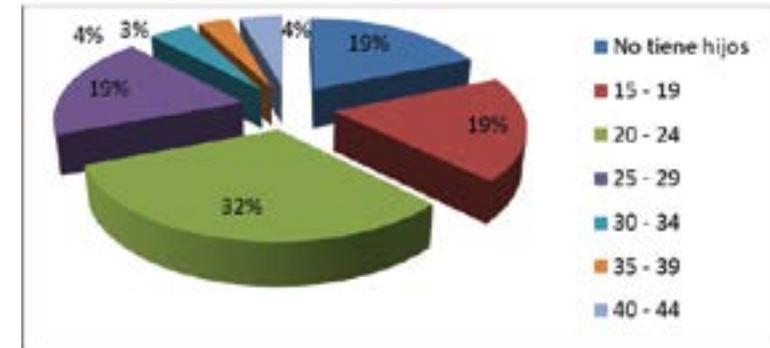
CUADRO N°3

Respuesta a la interrogante sobre edad del primer parto de las usuarias del scs chirijos que se realizaron la mamografía. Junio 2011

EDAD DEL PRIMER PARTO	FRECUENCIA	PORCENTAJE (%)
No tiene hijos	17	18,7
15 – 19	17	18,7
20 – 24	29	31,8
25 – 29	17	18,7
30 – 34	4	4,4
35 – 39	3	3,3
40 – 44	4	4,4
TOTAL	91	100

Fuente: Resultados de las Mamografía

Elaboración: Lcda. María Quijije



Análisis e interpretación

En el grupo en estudio se puede apreciar que la edad en que tuvieron el primer parto fue entre los 20 a 24 años con el 31,8%; de 25 a 29 años con el 18,7% con igual porcentaje se está el grupo de 15 a 19 años y el grupo que no tiene hijos, de 30 a 44 años el 4,4%. Se conoce por estudios realizados, que 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.

CUADRO N°4

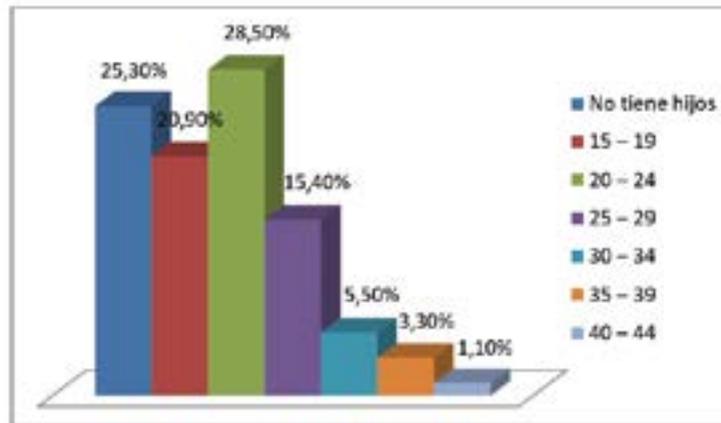
Respuesta a la interrogante sobre edad del primer embarazo de las usuarias del SCS Chirijos que se realizaron la mamografía. Junio 2011

EDAD DEL PRIMER EMBARAZO	FRECUENCIA	PORCENTAJE (%)
No tiene hijos	23	25,3
15 – 19	19	20,9
20 – 24	25	28,5

25 – 29	14	15,4
30 – 34	5	5,5
35 – 39	3	3,3
40 – 44	1	1,1
TOTAL	91	100

Fuente: Resultados de las Mamografía

Elaboración: Lcda. María Quijije



Análisis e interpretación

El 64,8% de las mujeres que participaron en el proyecto tuvieron su primer embarazo entre los 15 a 28 años. Se sabe por la bibliografía revisada que las hormonas desempeñan un papel fundamental en la etiología del cáncer de mama; se postula que la exposición a altos niveles hormonales, como ocurre en el embarazo, puede afectar al tejido mamario y aumentar el riesgo de malignidad, en particular en mujeres que tienen su primer embarazo después de los 35 años.

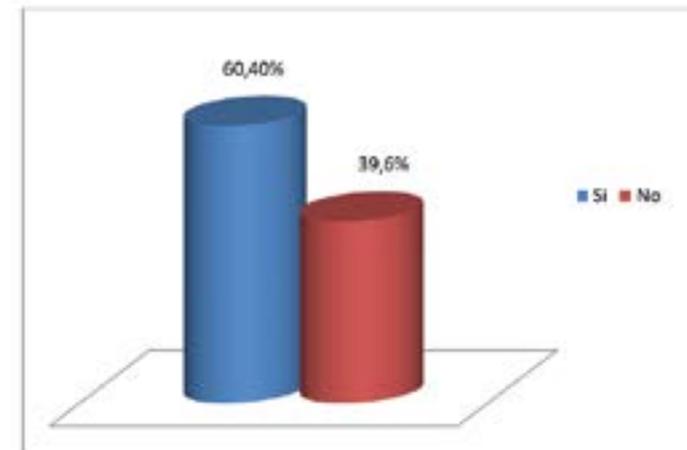
CUADRO N° 5

Respuesta a la interrogante sobre tiene salida de líquido por el pezón de las usuarias del SCS Chirijos que se realizaron la mamografía. Junio 2011

TIENE SALIDA DE LIQUIDO	FRECUENCIA	PORCENTAJE (%)
Si	46	60,4
No	55	39,6
TOTAL	91	100

Fuente: Resultados de las Mamografía

Elaboración: Lcda. María Quijije



Análisis e interpretación

Más de la mitad del grupo en estudio 60,4% indican que no tener secreción en sus pezones, el 39,6% señalan que si tienen secreción. En cuanto a la coloración del líquido del pezón manifiestan que son amarillo, blanco, claro y claro y oscuro.

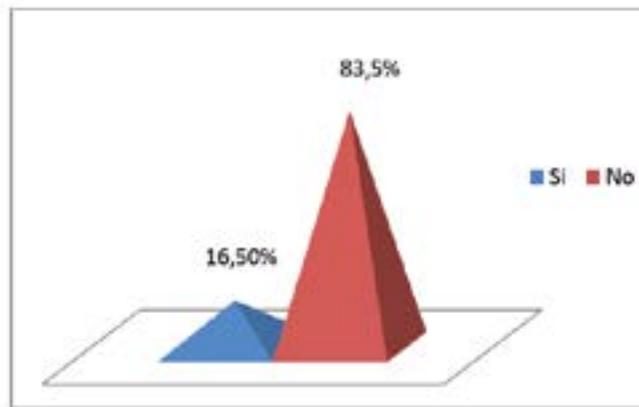
CUADRO N° 6

Respuesta a la interrogante sobre se palpa algún nódulo y tiene dolor de las usuarias del SCS Chirijos que se realizaron la mamografía. Junio 2011

PALPA ALGÚN NÓDULO	FRECUENCIA	PORCENTAJE (%)
Si	15	16,5
No	76	83,5
TOTAL	91	100

Fuente: Resultados de las Mamografía

Elaboración: Lcda. María Quijije



Análisis e interpretación

Del total de mujeres entrevistadas el 83,5% señalan que No tienen nódulos ni tampoco dolor, un 16,5% manifiesta tener nódulos en sus senos. Según estudios realizados, la aparición de los nódulos mamarios se debe en un gran porcentaje a condiciones benignas, pero es necesario realizar un diagnóstico

diferencial adecuado.

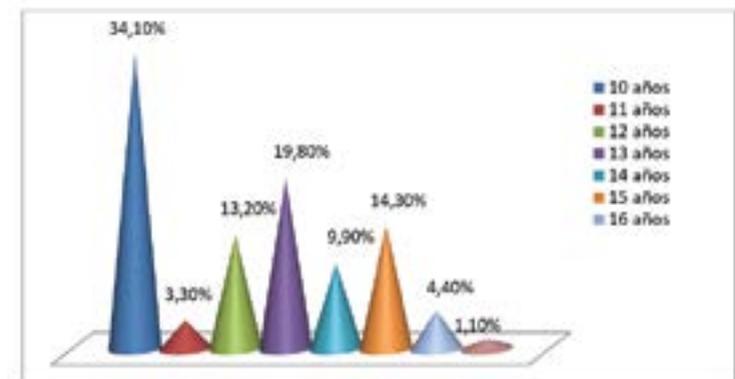
CUADRO N° 7

Respuesta a la interrogante sobre primera menstruación de las usuarias del SCS que se realizaron mamografía. Junio 2011

PRIMERA MENSTRUACIÓN	FRECUENCIA	PORCENTAJE (%)
10 años	31	34,1
11 años	3	3,3
12 años	12	13,2
13 años	18	19,8
14 años	9	9,9
15 años	13	14,3
16 años	4	4,4
17 años	1	1,1
TOTAL	91	100

Fuente: Resultados de las Mamografía

Elaboración: Lcda. María Quijije



Análisis e interpretación

El cuadro y gráfico señalan que la edad de la primera menstruación para la mayoría de mujeres encuestadas fue de 10 años. Según la bibliografía revisada la edad de la menarquía es un determinante principal de la duración de la exposición de una mujer a sus estrógenos, asociándose al desarrollo corporal.

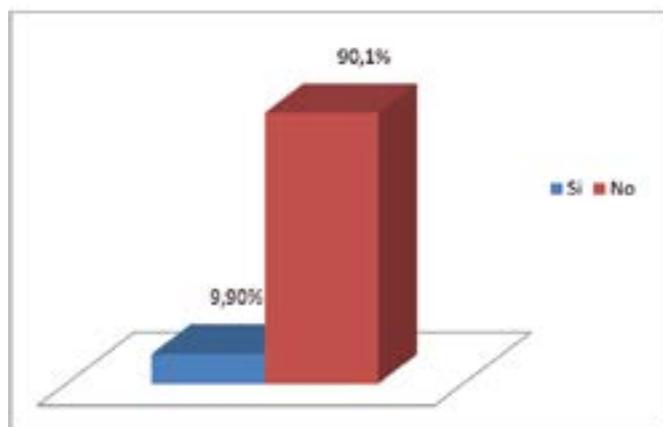
CUADRO N° 8

Respuesta a la interrogante sobre uso de anticonceptivos de las usuarias del SCS que se realizaron mamografía. Junio 2011

USO DE ANTICONCEPTIVOS	FRECUENCIA	PORCENTAJE (%)
Si	9	9,9
No	82	90,1
TOTAL	91	100

Fuente: Resultados de las Mamografía

Elaboración: Lcda. María Quijije



Análisis e interpretación

El 91% de encuestadas no toman anticonceptivos, un 9,9% utiliza diferentes métodos como la toma pastillas, tiene colocado la T, se pone óvulos. El anticonceptivo más utilizado es el microginon.

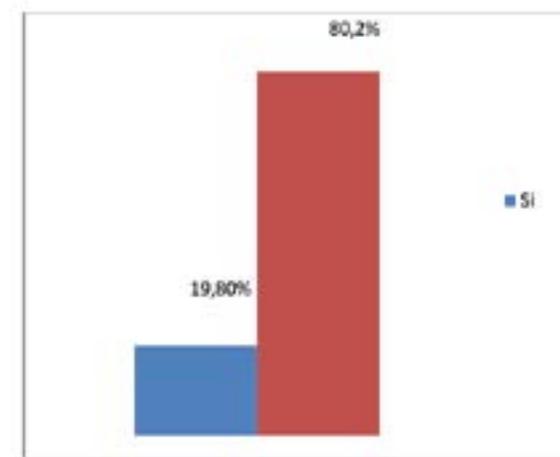
CUADRO N° 9

Respuesta a la interrogante sobre tiene ecografía de mamas anterior de las usuarias del SCS que se realizaron mamografía. Junio 2011

TIENE ECOGRAFIA ANTERIOR	FRECUENCIA	PORCENTAJE (%)
Si	18	19,8
No	73	80,2
TOTAL	91	100

Fuente: Resultados de las Mamografía

Elaboración: Lcda. María Quijije



Análisis e interpretación

El cuadro y gráfico indican que apenas un 19,2% de las personas encuestadas se realizó ecografía mamaria, siendo sus principales hallazgos glándulas inflamadas.

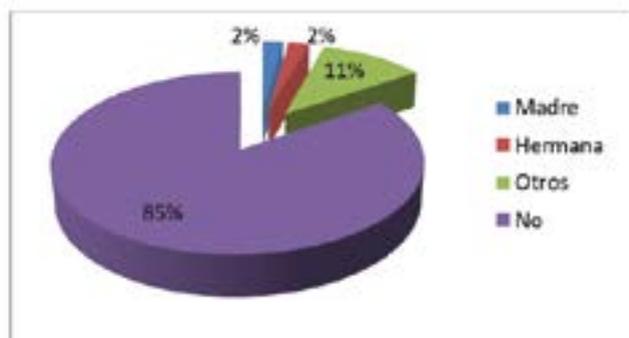
CUADRO N° 10

Respuesta a la interrogante sobre tiene familiar con antecedentes de cáncer de mamas de las usuarias del SCS que se realizaron mamografía. Junio 2011

	FRECUENCIA	PORCENTAJE (%)
Madre	2	2,2
Hermana	2	2,2
Otros	10	11,0
No	77	84,6
TOTAL	91	100

Fuente: Resultados de las Mamografía

Elaboración: Lcda. María Quijije



Análisis e interpretación

Del grupo en estudio el 2,2% manifiesta tener a su madre con antecedentes de cáncer de mama, un porcentaje igual refiere

que tienen una hermana, un 11% señala que otros como tías en primer y segundo grado de consanguinidad; un 85% señala que no tiene familiares con cáncer de mama. Según la bibliografía revisada, el hecho de tener un familiar directo con cáncer de mama aumenta las posibilidades de obtener cáncer de mama más de 3 veces.

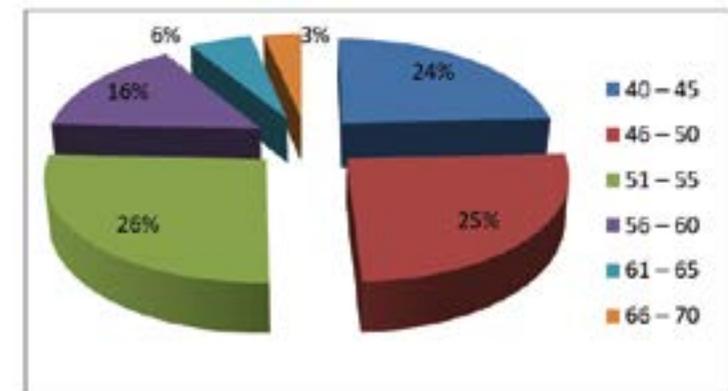
CUADRO N° 11

Distribución de la edad de las usuarias del SCS que se realizaron mamografía. Junio 2011

EDAD	FRECUENCIA	PORCENTAJE (%)
40 – 45	22	24,2
46 – 50	23	25,3
51 – 55	24	26,4
56 – 60	14	15,4
61 – 65	5	5,5
66 – 70	3	3,3
TOTAL	91	100

Fuente: Resultados de las Mamografía

Elaboración: Lcda. María Quijije



Análisis e interpretación

El cuadro y grafico señalan que el grupo de edad en que fue más frecuente se realizó la mamografía fue entre 51-55 con el 26%, el de 46 - 50 con un 25 % y el de 40 - 55 años 5 años con el 24%, de 56-60 el 16%. En menor proporción están las usuarias de 61 a65 años y de 66 a 70.

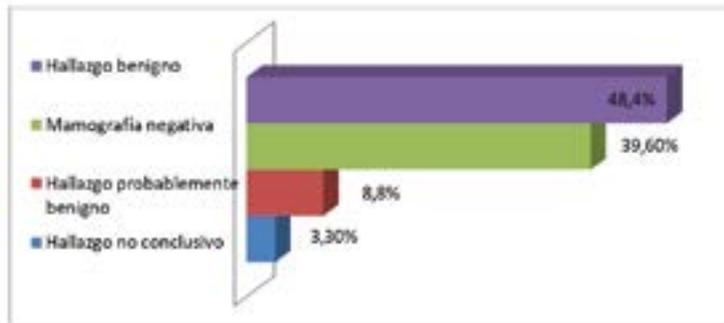
CUADRO N° 12

Resultados de mamografías realizadas a las usuarias del SCS de Chirijos. Junio 2011

RESULTADOS	FRECUENCIA	PORCENTAJE (%)
Hallazgo no conclusivo	3	3,3
Hallazgo probablemente benigno	8	8,8
Mamografía negativa	36	39,6
Hallazgo benigno	44	48,4
TOTAL	91	100

Fuente: Resultados de las Mamografía

Elaboración: Lcda. María Quijije



Análisis e interpretación

Según el cuadro y grafico se puede determinar que el grupo en estudio tuvo en su mayoría un resultado de la mamografía en BI-RADS II con el 48,4%; un 39,6% en BI-RADS I; un 8,8% en BI-RADS III; y el 3,3% en BI-RADS 0.

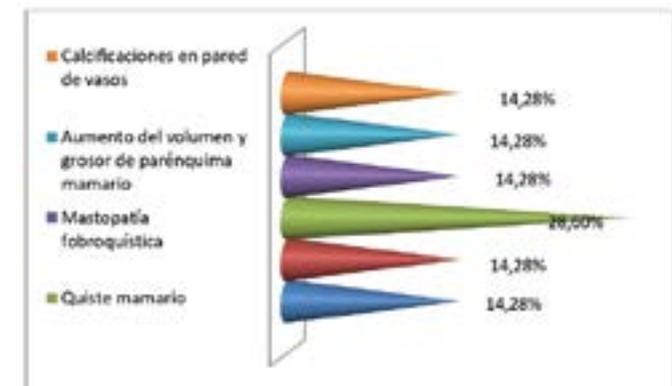
CUADRO N° 13

Resultados de complementación ecográfica realizada a las usuarias del SCS de Chirijos. junio 2011

	FRECUENCIA	PORCENTAJE (%)
Ligero aumento de volumen en parénquima	1	14,28
Nódulo hipoeocogénico + ectasia ductal	1	14,28
Quiste mamario	2	28,6
Mastopatía fobroquística	1	14,28
Aumento del volumen y grosor de parénquima mamario	1	14,28
Calcificaciones en pared de vasos	1	14,28
TOTAL	7	100

Fuente: Resultados de las Mamografía

Elaboración: Lcda. María Quijije



Análisis e interpretación

A siete mujeres del grupo en estudio se les realizó un estudio ecográfico como complementación a la mamografía para descartar signos de peligro, de acuerdo al reporte ecográfico todos los siete casos se ubicaron en BI- RADS II ecográfico. Solamente el caso de Nódulo hipoeogénico + ectasia ductal, amerita control permanente.

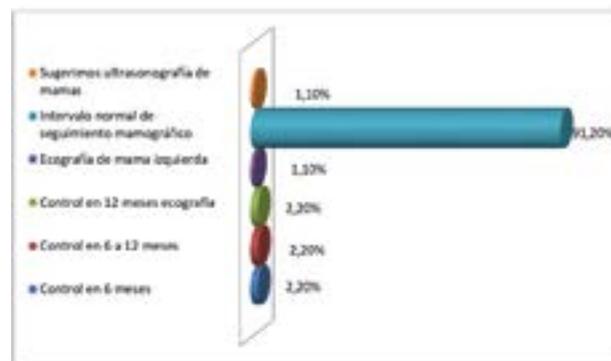
CUADRO N°14

Recomendaciones en resultados de mamografías realizadas a las usuarias del SCS de Chirijos. Junio 2011

RECOMENDACIONES	FRECUENCIA	PORCENTAJE (%)
Control en 6 meses	2	2,2
Control en 6 a 12 meses	2	2,2
Control en 12 meses ecografía	2	2,2
Ecografía de mama izquierda	1	1,1
Intervalo normal de seguimiento mamográfico	83	91,2
Sugerimos ultrasonografía de mamas	1	1,1
TOTAL	91	100

Fuente: Resultados de las Mamografía

Elaboración: Lcda. María Quijije



Análisis e interpretación

El cuadro y grafica señalan que el 91,2% del grupo de mujeres a quien se les realizó la mamografía, deben tener un intervalo normal de seguimiento mamográfico anual; un 8,8% control mamográfico en 6 a 12 meses; un porcentaje igual control en 6 meses; dos personas que corresponden al 1,1% debe hacerse la mamografía en 12 meses haciéndose previamente una ecografía, otra persona (1,1%) debe realizarse ecografía de mama izquierda; igualmente hay una mujer a quien se sugiere la realización de una ultrasonografía de mamas. Estas recomendaciones sin duda permitirán tomar las decisiones pertinentes para llevar a cabo un adecuado plan de prevención de cáncer de mama en este colectivo de mujeres de la comunidad de Chirijos, lo que redundará en mejorar su condición y calidad de vida.

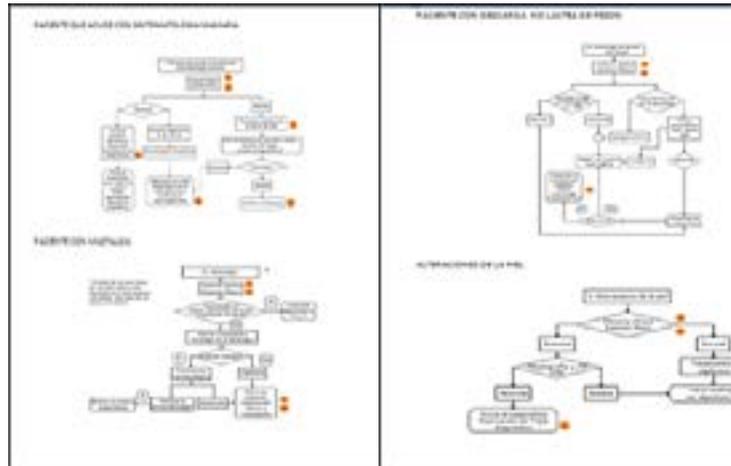
Resultado 2: Personal de salud actualizado en detección temprana de cáncer de mama

El proceso de actualización en detección temprana de cáncer de mama por parte del equipo de salud aplicó como estrategia didáctica el aprender haciendo, por ello la primera tarea realizada fue el diseño de algoritmos, pues el modelo diseñado para la atención contempla la toma de decisiones después del tamizaje.

Actividad 1.- Difusión de algoritmos de detención temprana de cáncer de mama

En fechas 21 y 28 de enero y 3 de febrero del 2011, los miembros del equipo de salud previa revisión bibliográfica

se analizan propuestas de algoritmos y se define los que se utilizarían en la atención programada y de seguimiento.



Los Algoritmos diseñados fueron: (En Anexo N°6 Plan de Capacitación se incluyen todos los algoritmos.

- 1.- Algoritmo de mastalgia
- 2.- Algoritmo de descarga no láctea del pezón
- 3.- Algoritmo de alteraciones de la piel
- 4.- Algoritmo de tumoración y nódulos palpables
- 5.- Algoritmo de sintomatología mamaria
- 6.- Algoritmo de resultados de mamografía

Actividad 2.- Organización de la capacitación

Del 3 al 8 de enero del 2011 se realiza la organización de la capacitación. La estrategia seguida fue las reuniones de trabajo semanales a fin de no entorpecer el trabajo del SCS. Cabe señalar que la capacitación se lo realizó antes de iniciar con el programa de detección oportuna de CaMa.

A continuación, se presenta la matriz de programación, pero en el Anexo N°6 se encuentra el Plan de Capacitación totalmente desarrollado.

Semana-día	Tema	Responsable	Estrategia didáctica	Producto del trabajo
Jueves 13 de Enero 13:30- 15:30 Hs	Generalidades sobre el cáncer de mama	Equipo de Salud	Exposición de diapositivas sobre Ca de Mama	Esquemas de atención
Viernes 14 de Enero 13:30- 15:30 Hs	Organización de la atención a la usuaria	Equipo de Salud	Propuesta de trabajo	Modelo de atención
Jueves 20 de Enero 13:30- 15:30 Hs	Examen clínico	Equipo de Salud	Esquema de examen clínico	Formulario de Historia Clínica para Ca de mama
Viernes 21 de Enero 13:30- 15:30 Hs	Formulario de Historia Clínica			

Actividad 3.- Ejecución de la capacitación

Los días jueves y viernes durante el mes de enero y la primera semana de febrero, se efectuaron las reuniones de trabajo, es decir 13 y 14, 20 y 21, 27 y 28 de enero, 3 y 4 de febrero del 2011. En el Anexo N°6 se incluye las diapositivas que sirvieron de referencia para las reuniones de trabajo.



Actividad 4.- Evaluación de la capacitación

La evaluación de los productos alcanzados en esta actualización se lo hizo con una matriz de cumplimiento de actividades. Los resultados muestran que todos los productos planificados se alcanzaron. Esta tarea se efectuó el 4de febrero del 2011

RODUCTO DE LA SESIÓN DE TRABAJO	CUMPLIMIENTO DEL PRODUCTOS DE TRABAJO	
	SI	NO
Modelo de atención	X	
Formulario de Historia Clínica para Ca de mama	X	
Algoritmo de sintomatología mamaria	X	
Algoritmo de mastalgia	X	
Algoritmo de descarga no láctea del pezón	X	
Algoritmo de alteraciones de la piel	X	
Algoritmo de tumoración y nódulos palpables	X	
Algoritmo de Mamografía	X	
Volantes Informativos	X	

Resultado 3: Mujeres informadas sobre detección oportuna sobre el cáncer de mama

Para el cumplimiento de este resultado se desarrollaron las siguientes actividades:

Actividad 1.- Elaboración de material informativo

Del 21 al 31 de marzo del 2011 se elaboró el material informativo que sería distribuido tanto en la sensibilización intradomiciliaria, en colegio y en el subcentro de salud.



Actividad 2.- Sensibilización Domicilios

Del 4 Al 30 de marzo del 2010 se realizó la sensibilización intradomiciliaria, con esta actividad se logró que muchas de las mujeres se acerquen a la unidad de salud a ser evaluadas y participar en el programa .



Parte de la estrategia de trabajo fue educar a las jóvenes del colegio por lo que se dio charlas educativas:



Actividad 3.- Sensibilización Sub centro de salud.

Esta actividad se realizó de manera permanente durante el proceso de atención inicial y programada, es decir del 7 de abril al 30 de julio del 2011.



Actividad 4.- Casa abierta

Esta actividad se realizó el 29 de julio del 2011 y tuvo una buena acogida.

Se realizó la promoción poniendo lazos en los árboles y lugares más visibles.





Cumplimiento de indicadores de resultados

RESULTADO 1: Programa de detección oportuna del Cáncer de mama diseñado e implementado

INDICADORES:

Hasta el 30 de julio del 2011, se implementa en un 100% el programa de detección oportuna

Este resultado se cumplió en su totalidad se, realizó las consultas para evaluar el riesgo, consultas iniciales en las que se identificaron 91 usuarias que debían participar en el programa de detección oportuna de CaMa. Se tomaron las 91 mamografías, se dio consulta de seguimiento, con el tratamiento y las recomendaciones señaladas en los reportes de las mamografías. Se maneja una historia clínica para mujeres que entran al programa de Detección de CaMa. El equipo de salud utiliza los algoritmos aprobados para la atención de la mujer con sintomatología mamaria. El programa se mantiene porque existe el interés de la comunidad, adicionalmente ENLOZA mantiene los costos especiales para las mamografías que se solicitan del SCS de Chirijos.

Resultado 2: Personal de salud actualizado en detección temprana de cáncer de mama

INDICADORES:

Hasta el 04 de febrero del 2011 el 100% del personal del SCS se actualizan en detección temprana de Ca de mama.

Este indicador se cumplió en un 100% ya que mediante las reuniones semanales se logró cumplir los productos establecidos:

CUMPLIMIENTO DEL PRODUCTOS EN SESIONES DE TRABAJO	SI
Modelo de atención	
Formulario de Historia Clínica para Ca de mama	
Algoritmo de sintomatología mamaria	
Algoritmo de mastalgia	
Algoritmo de descarga no láctea del pezón	
Algoritmo de alteraciones de la piel	
Algoritmo de tumoración y nódulos palpables	
Algoritmo de Mamografía	
Volantes Informativos	

Resultado 3: Mujeres informadas sobre detección oportuna sobre el cáncer de mama

INDICADORES:

Hasta 30/04/2011 El 50% de mujeres de la comunidad están informadas sobre detección oportuna sobre el Cáncer de mama, con énfasis en auto examen de mama

Este indicador se cumplió en un 100%, ya que se preparó trípticos informativos que fueron distribuidos en la comunidad a nivel domiciliario, en el SCS y en el colegio. También se

realizó la casa abierta fin de informar de manera más directa los peligros del cáncer, para ello en la comunidad se colocaron lazos de color rosado y pancartas alusivas al tema.

Cumplimiento de indicadores de propósito

PROPÓSITO: Mujeres de 35-64 años de edad de la comunidad chirijos del cantón Portoviejo con conocimiento de prácticas de detección oportuna del cáncer de mama.

INDICADORES:

Hasta 30/07/2011, 60% de usuarias del SCS entre 35-64 años de edad de la comunidad, se capacitan en auto examen de mama

Este objetivo se cumplió totalmente que las 91 usuarias que se les realizó la mamografía fueron adiestradas en la realización del auto examen de mamas.

Por otra parte, de manera rutinaria se daba charlas educativas en el SCS sobre detección oportuna de CaMa y demostración del auto examen mamario.

Cumplimiento de indicadores de fin

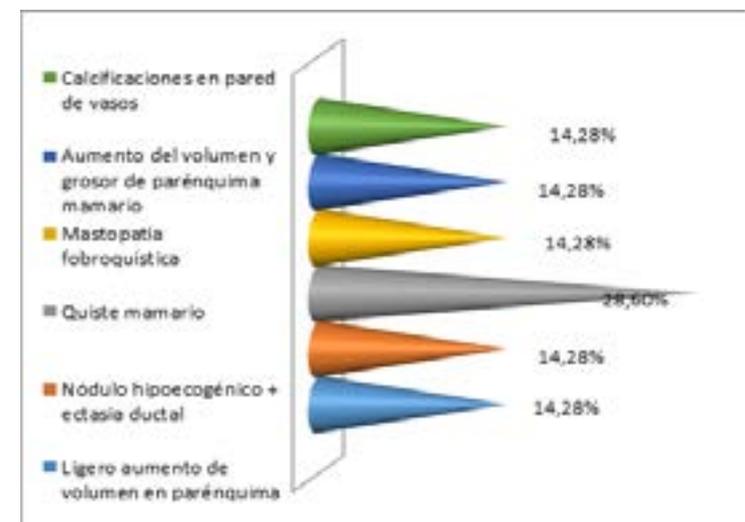
FIN: Contribuir a la disminución de la mobi-mortalidad por cáncer de mama de las mujeres de 35-64 años de la comunidad de chirijos

INDICADOR:

Hasta 30/12/2011, se realiza tamizaje para Ca de mama al 30% de mujeres entre 20 y 65 años de la comunidad

En este indicador se superó la meta ya que se realiza tamizaje en 91 mujeres con factores de riesgo para CaMA, el diagnóstico de la mamografía nos indica los hallazgos de este colectivo de mujeres.

De acuerdo a los resultados se maneja el plan individualizado de tratamiento, los casos que han necesitado ecografía y ultrasonografía fueron derivados a un nivel de atención de mayor complejidad.



RECOMENDACIONES	FRECUENCIA	PORCENTAJE (%)
Control en 6 meses	2	2,2
Control en 6 a 12 meses	2	2,2
Control en 12 meses ecografía	2	2,2
Ecografía de mama izquierda	1	1,1
Intervalo normal de seguimiento mamográfico	83	91,2
Sugerimos ultrasonografía de mamas	1	1,1

Con estos resultados se demuestra que el Programa de Detección Oportuna de Cáncer de Mama ha tenido resultados significativos por lo que se asegura su sostenibilidad.



IDEAS CLAVE PARA LA PROSECUCIÓN

El cáncer de mama constituye una grave amenaza para la salud de las mujeres y el bienestar de las familias, así como para los sistemas de salud y la sociedad en su conjunto. El CaMa tiene un impacto de gran magnitud por la discapacidad que provoca desde edades tempranas. Es importante la exploración de las glándulas mamarias, pues es un procedimiento útil, rápido y fácil de efectuar, e incrementa las posibilidades de diagnosticar oportunamente el cáncer de mama

El nivel de información de las mujeres de la Comunidad de Chirijos sobre el cáncer de mama fue bajo, ya que estas féminas fueron incapaces de identificar, todos los problemas de salud relacionados con esta patología, la población cuenta con información sobre el auto examen de mama, pero no lo realizan. En este sentido resulta prioritario recabar más y mejores datos y mantener registros clínicos detallados.

Se debe poner mayor énfasis en la detección temprana y una medida clave para ello es elevar la conciencia y la educación sobre la salud de la mama entre las mujeres, lo cual debe complementarse con una respuesta desde el ámbito de la oferta.

Las experiencias vividas en el desarrollo del estudio muestran que el cáncer de mama es un desafío clave para la salud de la mujer y también para las unidades de salud del primer nivel. Es esencial la detección temprana, junto con una combinación de intervenciones, para poder hacer frente a este desafío. Por su parte, el mejoramiento de la detección temprana implica una respuesta comunitaria articulada y congruente con las

condiciones y recursos disponibles. Estos esfuerzos deben incluir a la mujer, la familia, pacientes, y la unidad de salud.

La detección temprana podría apoyarse mediante la capacitación de los prestadores de atención primaria en salud. Coordinar con el Departamento de Epidemiología del Dirección de Salud de Manabí para recabar más y mejores datos y mantener registros clínicos detallados.

Así mismo se debe poner mayor énfasis en la detección temprana y una medida clave para ello es elevar la conciencia y la educación sobre la salud de la mama entre las mujeres, lo cual debe complementarse con una respuesta desde el ámbito de la oferta de atención en el SCS.

Finalmente, difundir el trabajo realizado para que sirva de modelo en otras unidades de salud de la comunidad. De igual manera, ofrecer campañas educativas y de concientización, así como intervenciones con las jóvenes de la comunidad a fin de forjar una cultura preventiva.





DOSSIER

**PLAN PROGRAMA DE DETECCIÓN OPORTUNA
DE CÁNCER DE MAMA A MUJERES DE 35 – 64 AÑOS
DE EDAD DE LA COMUNIDAD CHIRIJOS**

Responsable:

Autores

INTRODUCCIÓN

La Organización Mundial de la Salud (OMS) prevé que aumentará en un 45 por ciento la mortalidad por cáncer a nivel mundial, ya que se estima que pasará de 7.9 a 11.5 millones de muertes por año, resultado del crecimiento demográfico y el envejecimiento de la población. En ese sentido, espera que, durante el mismo periodo, el número de casos nuevos de cáncer aumentará de 11.3 a 15.5 millones”.

A nivel mundial se diagnostican alrededor de 10 millones de casos nuevos de cáncer anualmente en hombres y mujeres. De los casi 6 millones de tumores malignos que ocurren en las mujeres, el más común es el CaMa En particular y es además la primera causa de muerte.

En la región de América Latina y el Caribe el CaMA destaca entre las primeras cinco causas de muerte y ocasiona del 5 al 9% del total de las defunciones en las mujeres de 20-59 años de edad (24). En algunos países de la región ha desplazado al cáncer cérvico-uterino y ocupa el primer lugar como causa de muerte `por cáncer.

La salud es uno de los derechos fundamentales del ser humano y representa también una verdadera inversión para contribuir al bienestar familiar, al desarrollo social y al desarrollo económico de una nación. La salud es además una condición indispensable para alcanzar una auténtica igualdad de oportunidades en la población.

Brindar información y servicios de calidad en materia de prevención y control del cáncer mamario, para contribuir a

que las mujeres de la Comunidad de Chirijos tengan una mejor salud.

En el año 2009, sólo en Manabí se han 136 casos de cáncer de mamas.

Este panorama no es diferente en la Comunidad de Chirijos, ya que, en el perfil epidemiológico del año 2010, del total de atenciones, el 38% correspondieron a ganglios en seno.

Por ello el desarrollo del proyecto Implementación de un Programa de Detección Oportuna de Cáncer de Mama a Mujeres De 35 – 64 Años de Edad de la Comunidad Chirijos, se torna una necesidad, toda vez que, a través de la provisión de servicios óptimos de detección, diagnóstico, se podrá iniciar un tratamiento y control del padecimiento, así como la participación responsable de la población en el cuidado de su salud.

Para lograr este objetivo en este programa se han establecido estrategias operativas entre las que destaca, el tamizaje que además de la detección oportuna por mastografía y la evaluación diagnóstica de los casos sospechosos, incluya la instrumentación de mecanismos para el seguimiento de mujeres con resultado anormal y el fortalecimiento del sistema de información para la evaluación.

OBJETIVOS

General

- Lograr una estrategia de identificación y prevención primaria y secundaria para mujeres de alto riesgo para cáncer de mama.

Específicos

- Realizar un asesoramiento adecuado a las mujeres participantes en el programa respecto al riesgo de padecer un cáncer de mama y sus implicaciones personales y familiares.
- Establecer unas pautas de prevención secundaria y primaria adecuadas a los deseos y expectativas de las mujeres que participan en el programa.
- Informar a la mujer sobre el auto cuidado y prevención del cáncer de mamas

ORGANIZACIÓN

El programa se organiza de acuerdo al siguiente modelo:



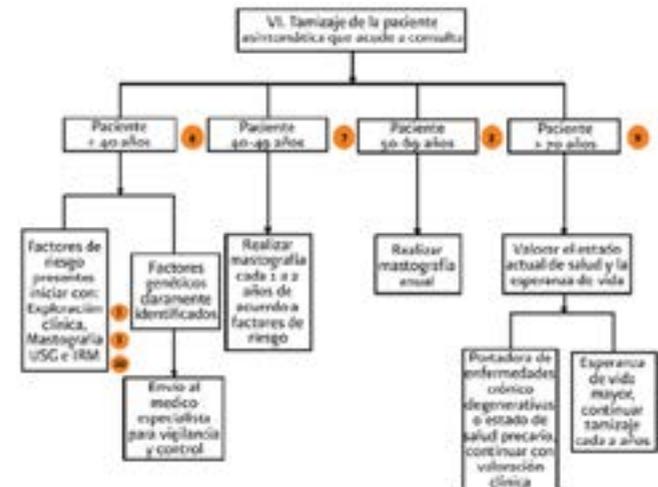
Características esenciales del modelo

- Posee una visión integral de promoción de la salud.
- Asegura coberturas de detección.
- Garantiza el diagnóstico y tratamiento en las mujeres sospechosas de cáncer de mama.
- Se implementará un sistema de información que permite la planeación, monitoreo y evaluación de las acciones de detección, así como el seguimiento de las mujeres con anomalías identificadas.
- El programa se organiza en torno a un proceso de asesoramiento y conserjería.

COMPONENTES:

Consulta de enfermería

Es la puerta de entrada al programa, la enfermera de la unidad realiza las siguientes actividades:



Hay factores de riesgo de cáncer de mama establecidos y estos son:

Establecidos

- Edad

Factores hereditarios

- Familiares
- Genéticos

Antecedentes personales de cáncer de mama

- In Situ
- Invasor
- Enfermedad mamaria benigna
- Hiperplasia atípica

Factores endocrinos

- Menarquía antes de los 12 años
- Menopausia después de los 50 años
- Primer embarazo después de los 30 años
- Obesidad después de la menopausia

Factores endocrinos exógenos

- Tratamiento sustitutivo postmenopáusicos con estrógenos
- Anticonceptivos orales

Factores ambientales

- Terapia radiactiva en tórax antes de los 30 años

- Región de nacimiento
- Alto consumo de alcohol

Posibles

- Alto consumo de grasas en la dieta
- Consumo inadecuado de frutas y vegetales
- Estilo de vida sedentaria
- Fumar tabaco
- No amamantar
- Toxinas medioambientales

Información sobre el plan de prevención individualizado.

Estratificado el riesgo individual, a las mujeres se les informa de las posibilidades de prevención primaria y secundaria recomendables según el mismo, y se les entrega una hoja informativa) en función del protocolo de seguimiento. Dentro de este plan de prevención, en la consulta de enfermería se incide especialmente sobre:

a) Educación Sanitaria. Se aclaran los conceptos de “riesgo”, “prevención primaria” y “prevención secundaria” y se tratan aspectos sobre cambios en estilo de vida, que se centran sobre él en decálogo “Europa contra el cáncer” y sobre los factores de riesgo asociados al desarrollo del cáncer de mama

b) Entrenamiento de autoexploración. Para las mujeres que lo desean y las que pueden obtener un beneficio de la misma, se les entrena en la consulta para la autoexploración mamaria mensual, proporcionándoles un video y un folleto

explicativo que le sirve de recuerdo.

c) Continuidad en la asistencia. Siendo éste un punto central en el programa, se les proporciona un teléfono de contacto, para facilitar el acceso al personal de la unidad en caso necesario.

Actividades principales

Actividades de prevención, que incluyen la información, educación y comunicación en salud a la población para reconocer los factores de riesgo y promover estilos de vida sanos que contribuyan a la disminución de la morbi-mortalidad por el cáncer de la mama.

Asesoramiento y medidas de prevención del cáncer de mama en función de la evaluación de riesgo.

Consejos sobre estilo de vida y dieta (medida de prevención primaria y secundaria).

Se aconsejará:

- Dieta baja en grasa y rica en fibra, con ingesta adecuada de verduras y frutas.
- Ejercicio regular.
- Evitar la obesidad.
- Evitar el uso de carcinogénicos (cigarrillos y alcohol).
- Recordar en decálogo contra el cáncer.

Evaluación del riesgo de cáncer de mama

Toda mujer que cumpla los requisitos y acceda al programa se aplicará el protocolo de evaluación del riesgo cáncer de mama

Autoexploración mamaria

La autoexploración de la glándula mamaria tiene el propósito de familiarizar a la mujer con la forma, volumen, coloración, movilidad, consistencia y sensibilidad de ambas mamas y poder detectar cualquier cambio para reportarlo a su médico lo antes posible.

Se recomienda realizarlo en forma mensual a partir de la menarca, (entre el 7o. y 10o. día de iniciado el sangrado) y para la mujer postmenopáusica conviene realizarse en un día fijo elegido por ella cada mes

Es función del prestador de servicios de salud enseñar la técnica de autoexploración a todas las mujeres que acudan a la unidad de salud, además de realizar actividades extramuros para la difusión de acuerdo con los lineamientos de cada institución. La enseñanza de la autoexploración mamaria la debe realizar personal médico y paramédico previamente capacitado; también conviene identificar y capacitar a mujeres líderes de la comunidad y de agrupaciones sociales para que promuevan la práctica de la detección temprana y el aprendizaje sea significativo.

Exploración clínica

El examen clínico de las mamas debe ser realizado cada año por el médico o la enfermera capacitados, a todas las mujeres mayores de 25 años que asisten a las unidades de salud, previa autorización de la usuaria. La oferta sistemática de la exploración clínica y la enseñanza de la autoexploración de las mamas, debe formalizarse dejando registro del estado actual de los factores de riesgo y los hallazgos de la exploración en el expediente clínico.

Si el resultado es negativo, se recomienda entregar a la usuaria el registro de la valoración en la Cartilla Nacional de Salud de la Mujer, así como en algún otro formato diseñado para tal fin, para que la mujer le dé seguimiento en sus autoexploraciones mensuales o en su examen clínico anual. Si el resultado es sospechoso por factores de riesgo o presencia de tumoración deberá llenarse el formato del Apéndice normativo "A", de la NOM y remitir a la usuaria al servicio de mastografía o a valoración por el servicio de ginecología.

Exploración clínica por profesional sanitario

Mujeres de **bajo riesgo**: En aquéllas que se han sometido por interés personal a mamografías anticipadas (antes de los 50 años), se realizará exploración física anual (al recibir el resultado de la mamografía) por la enfermera del programa.

En mujeres de **riesgo moderado** sometidas a estudio radiológico anual: exploración física anual (al recibir el resultado de la mamografía) por la enfermera del programa y también ante cualquier consulta en relación a la mama que

pueda intranquilizar a una paciente previamente evaluada. Estas últimas se remitirán a consulta del cirujano ante cualquier duda.

En mujeres consideradas de **alto riesgo**: cada 6 meses a partir de los 30 años por el cirujano de la Unidad y también ante cualquier consulta en relación a la mama que pueda intranquilizar a una paciente previamente evaluada.

Estudio de mastografía

Los estudios de gabinete (imagenología) utilizados para la detección y control de los padecimientos mamarios, son la mastografía y el ultrasonido; tienen indicaciones y características específicas y deben ser solicitados por el médico de acuerdo con una valoración y previo consentimiento de la usuaria.

La mastografía de tamizaje es el estudio que consta de la toma de dos proyecciones para cada mama: cráneo-caudal y medio-lateral oblicua, el resultado de este estudio debe ser reportado al médico solicitante de acuerdo con la clasificación de BIRADS11 de la Asociación Americana de Radiología; está indicada en mujeres de 40 años y más clínicamente sanas, conforme a lo establecido en el Apéndice normativo B, de la NOM.

Cuando la mastografía presenta densidad asimétrica, masa o tumor; microcalcificaciones, distorsión de la arquitectura o ectasia ductal asimétrica, es necesaria la toma de proyecciones adicionales (mastografía diagnóstica) y ultrasonido.

Riesgo bajo: En general, no recomendar la mamografía, informando a la paciente sobre los nulos beneficios constatados

para su grupo de edad, las recomendaciones de las sociedades científicas (a favor y en contra) y los riesgos potenciales de la técnica. En caso de que la paciente vea una clara ventaja, y haga una solicitud explícita al efecto, se realizará mamografía anual, doble proyección, comenzando a los 40 años. Comunicación de resultados por la enfermera del programa (coincidiendo con la exploración física anual). Si hay alteraciones (BIRADS 3), consultar a cirujano para medidas correspondientes.

Riesgo moderado: solicitar mamografía anual, doble proyección, comenzando a los 40 años. Comunicación de resultados por la enfermera del programa (coincidiendo con la exploración física anual). Si alteraciones (BIRADS 3), consultar a cirujano para medidas correspondientes.

Riesgo alto: solicitar mamografía anual, doble proyección, comenzando a los 35 años (excepcionalmente puede comenzarse antes, en general no antes de los 25 y unos 5 años antes de la edad del diagnóstico más precoz en un familiar).

BI - RADS - CATEGORIZACIÓN DE HALLAZGOS		
CATEGORÍA	CONCEPTO Y RECOMENDACIÓN	HALLAZGOS
BI-RADS 0	Requiere estudios complementarios. (Ultrasonografía y/o Resonancia Magnética de mama)	El/los hallazgo/s requieren de estudios complementarios que permitan expandirse con una lectura (interpretación) razonable. La aplicación de algoritmos de estudios para cada tipo de hallazgo es la actitud recomendada a fin de categorizarla en un nivel de razonable credibilidad. Los estudios complementarios posteriores acobardará entre un 5% a 10% de probabilidad de cáncer dependiendo de la naturaleza del hallazgo.
BI-RADS 1	No hay nada para comentar	La disposición fibroglandular es simétrica y no se observan anomalías mamográficas focales.
BI-RADS 2	Las características de la anomalía focal indican no poder ni la probabilidad ni la potencialidad de malignidad. Documentar la existencia de un hallazgo focal. Establecimiento ni documentar probabilidad de cáncer	<ul style="list-style-type: none"> > Ganglio linfático intramamario > Nódulo radiolucido lipomatoso > Fibroadenoma > Calcificaciones escintares. > Calcificaciones en glándulas sebáceas. > Calcificación sedimentario-leche cálcica en formaciones microquísticas ductales. > Calcificaciones de procesos inflamatorios como mastitis secretoria o galactoforitis o periductalitis. > Calcificaciones en cáncera de hueso de núcleos lipílicos o liponecrosis o quistes. > Calcificaciones focales o confluentes de los fibroadenomas. > Sutures quirúrgicas > Microcalcificaciones ductales en mama irradiada o trauma.
BI-RADS 3	Hallazgo que tiene hasta un 50% de probabilidad de corresponder a un cáncer. Procesos de certeza diagnóstica deben ser implementados	<ul style="list-style-type: none"> > Densidad con volumen, cualquiera sea su tamaño, de bordes imprecisos, microlobulados o espiculados > Líder combinado con microcalcificaciones irregulares. > Condiciones para las microcalcificaciones, en la estructura molesta, atípica o lineal > Microcalcificaciones irregulares. <p>Comentarios: Admitir el grupo, además de su distribución lineal, ramificada disponiéndose en segmentos, sectores o zonas.</p>

Se deben tomar todas las precauciones necesarias para el caso de las mujeres embarazadas.

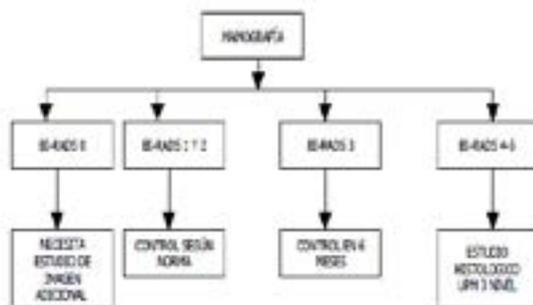
Conducta según resultado:

El resultado del estudio de mamografía debe reportarse de acuerdo a la clasificación de **BIRADS**:

- ✓ BIRADS 0: se requiere estudio complementario (usualmente USG)
- ✓ BIRADS 1: Negativo.
- ✓ BIRADS 2: Hallazgos benignos
- ✓ BIRADS 3: Hallazgos probablemente benignos. Se sugiere control mamográfico en 6 meses.
- ✓ BIRADS 4: Hallazgos probablemente malignos. Se sugiere biopsia.
- ✓ BIRADS 5: Hallazgo maligno. Es indispensable estudio histológico.

En cuanto a la presencia de nodulos

Las lesiones no palpables de mama nos llegan procedentes del tamizaje mamográfico practicado por nuestras unidades de mama y las podemos agrupar según la clasificación BIRADS. La conducta esta descrita en el siguiente flujograma:



Conducta ante una secreción por el pezón

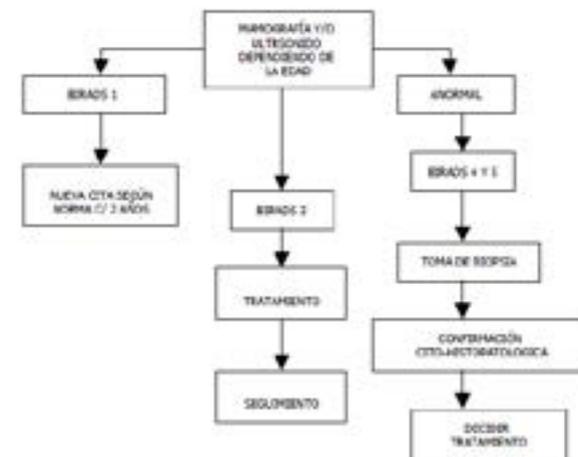
En caso de telorragia (secreción sanguinolenta u oscura) uniorifical y unilateral obtendremos estudio citológico y bacteriológico del líquido secretado por el pezón; practicaremos exploración completa de la mama y mamografía.

Se referirá al tercer nivel con los resultados.

Conducta ante lesiones eczematosas de la mama

Practicaremos impronta de la lesión para estudio citológico del pezón y areola comprendidos en la lesión eczematosa. Solicitar estudio de imágenes complementarias según la edad. Posterior a estos estudios y ante la sospecha de malignidad referir al tercer nivel de atención con los resultados.

PROCEDIMIENTO DIAGNOSTICO (CONDUCTA ANTE EL RESULTADO DE ESTUDIO DE IMÁGENES)



Otras pruebas de imagen.

Ecografía mamaria:

- Se considera complementaria a la mamografía, fundamentalmente cuando ésta sea poco informativa. Se realiza a criterio del radiólogo: no se solicita explícitamente desde la consulta. No sustituye a cribado mamográfico.

Actividades de apoyo

- Educación
- Consejería
- Capacitación del personal de salud
- Registro de casos sospechosos o confirmados
- Seguimiento
- Visitas domiciliarias
- Participación comunitaria
- Coordinación
- Monitoreo y evaluación
- Cuidado al paciente terminal.

Consejería

Para la presente norma la consejería considera como parte de las acciones encaminadas a la prevención, detección y diagnóstico del cáncer de mama y se inicia con actividades de promoción, educación y fomento a la salud.

Características

Mediante la consejería se debe proporcionar información, orientación y asesoría al usuario o usuaria y sus familiares,

de acuerdo con lo establecido en la presente norma, a fin de aclarar las dudas que pudieran tener las o los pacientes acerca del cáncer de mama, en cuanto a los siguientes aspectos:

- ❖ Anatomía y fisiología de la glándula mamaria,
- ❖ Factores de riesgo del cáncer mamario,
- ❖ Manifestaciones clínicas,
- ❖ Exploración clínica y autoexploración de las mamas,
- ❖ Detección y referencia de casos del primero al segundo nivel de atención médica,
- ❖ Detección, diagnóstico y referencia de casos del segundo al tercer nivel de atención médica,
- ❖ Diagnóstico, tratamiento, control y, en su caso, contra referencia del tercero al segundo nivel y de éste al primero,
- ❖ Características y riesgos del tratamiento,
- ❖ Probables secuelas, y
- ❖ Rehabilitación.

La consejería debe plantear la exploración y expresión de los sentimientos, tales como: angustia, temor, ambivalencia, depresión, ira y negación, con objeto de disminuir éstos para facilitar la toma de decisiones y poner en práctica la acción a seguir.

La consejería debe hacer énfasis en la efectividad y limitaciones del tratamiento y en el pronóstico de la enfermedad, con base en la particularidad del caso y las características personales del usuario y la usuaria, hacia su participación activa y comprometida, para lograr el éxito del tratamiento.

Se debe constatar que él o la usuaria han recibido y

comprendido la información proporcionada.

Debido a que el consejero (a), el o la usuaria y sus familiares establecen una comunicación sobre cuestiones de índole personal, es importante que se preserve el carácter privado y confidencial de la consejería, para que se aliente la expresión con absoluta confianza y libertad.

Se debe tener en cuenta que la decisión y el consentimiento de la usuaria deben respetarse, basándose en los principios de respeto, voluntariedad e imparcialidad de la orientación consejería.

Formulario de historia clínica de una paciente con mastografía. El formulario está dividido en varias secciones con checkboxes para registrar antecedentes médicos y familiares. Incluye un espacio para el diagnóstico y una imagen de la mama con una línea de localización.

Actividades permanentes

Promoción de la salud

Sistema de capacitación continua, calificación del personal y acreditación de establecimientos de salud

Oferta de la exploración clínica de la mama en el primer nivel de atención por el médico general, familiar, módulos y servicios de medicina preventiva

Invitación organizada por correspondencia, vía telefónica, visita domiciliar y otras, a tamizaje con mastografía

Unidades de detección del cáncer de mama, exclusivas para el tamizaje con mastografía

Vigilancia epidemiológica, monitoreo y evaluación de las acciones

Actividades secuenciales

Clínicas de patología mamaria, para evaluación diagnóstica de mujeres con sintomatología clínica o mastografía anormal

Evaluación diagnóstica en reuniones multidisciplinarias (clínica conjunta).

**PLAN DE CAPACITACIÓN PARA EL PERSONAL
DE SALUD**

Responsable: Autores

Introducción

El cáncer de mama en nuestro país representa un verdadero reto para la salud pública, ya que a partir del año ya que constituye una de las primeras causas de morbilidad en la población femenina mayor de 25 años.

En Manabí, según reportes del periódico. El Diario de octubre del 2006, señala que hay un promedio de detección de 12 nuevos casos por mes. Para el año 2008 el Diario La Hora indica que solo entre enero y agosto, SOLCA ha detectado 85 casos de cáncer de mama. De este grupo, la paciente más joven es de 23 años. En el año 2009, El diario en su artículo: Estadísticas de Cáncer sorprenden a Médicos, “sólo en Manabí se han detectado 34 casos de cáncer cérvico-uterino este año, 216 de cáncer de piel, 136 de cáncer de mamas y 50 de próstata.

Este panorama no es diferente en la Comunidad de Chirijos, ya que en el perfil epidemiológico del año 2010, del total de atenciones, el 38% correspondieron a ganglios en seno. Por eso fue meritorio realizar por parte de quien hacemos el Sub Centro de Salud Chirijos una intervención para evitar posibles consecuencias en estas mujeres que solicitaron atención por esta causa.

Justificación

El cáncer de mama exige un abordaje multidisciplinario, tanto en las actividades de detección precoz como en el diagnóstico y tratamiento, al estar implicados trabajadores de la salud del ámbito de la atención primaria es un reto para el equipo de salud del Subcentro de Chirijos el organizar con

precisión y de manera coordinada los servicios de salud y al personal multidisciplinario que interviene en los procesos de detección, evaluación diagnóstica, tratamiento y control.

El proyecto “Implementación de un Programa de Detección Oportuna de Cáncer de Mama a Mujeres de 35 – 64 Años de edad de la Comunidad Chirijos disminuir la morbi - mortalidad por esta neoplasia en las mujeres mexicanas, a través de la provisión de servicios óptimos de detección, diagnóstico, tratamiento y control del padecimiento, así como la participación responsable de la población en el cuidado de su salud. Para lograr este objetivo se han establecido estrategias operativas entre las que destaca, el tamizaje que además de la detección oportuna por mamografía y la evaluación diagnóstica de los casos sospechosos, incluya la instrumentación de mecanismos para el seguimiento de mujeres con resultado anormal y el fortalecimiento del sistema de información para la evaluación.

Este plan de capacitación al personal de salud del Sub Centro de Salud De Chirijos, tiene como finalidad actualizar al personal en la detección temprana del Cáncer de mama.

Objetivo general

Establecer lineamientos de atención para la detección y diagnóstico de cáncer de mama, basados en las mejores prácticas, que permitan el incremento de la cobertura de manera eficiente y eficaz, asimismo garantizar el diagnóstico y el tratamiento oportunos.

Objetivos específicos

- Incrementar la detección temprana del cáncer de mama, a través de la organización de servicios específicos que garanticen la eficiencia y calidad de la mastografía priorizando a mujeres de 50 a 69 años de edad y a toda mujer con historia familiar de cáncer de mama en línea directa.
- Reorganizar y fortalecer los servicios de detección, diagnóstico y tratamiento del cáncer de mama para garantizar su atención integral, optimizar los recursos y mejorar el seguimiento de los casos.
- Consolidar el sistema de información para el monitoreo, evaluación y vigilancia epidemiológica, con el fin de disponer de información confiable y sistemática para la mejora continua del programa.

Programacion

La actualización se llevó a efecto a través de reuniones de trabajo en donde se fueron trabajando los procedimientos y algoritmos de atención.

Metodología

El plan de capacitación se trabajará con la metodología participativa, es decir aprender haciendo, se fortalecerá el intercambio de experiencias, la consulta bibliográfica, la consulta a médicos oncólogos de la Ciudad de Portoviejo, la revisión de videos de la web.

Recursos

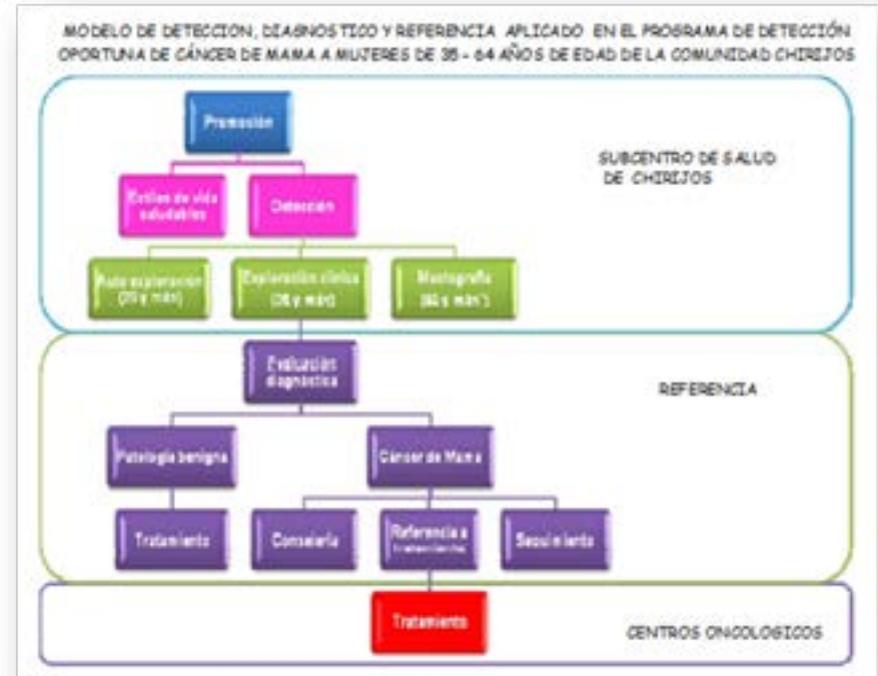
- Material Bibliográfico
- Computadora
- Infocus
- Material de oficina

Evaluación

Se lo hará a través de los resultados de las reuniones de trabajo contemplados en la programación

PRODUCTO DE LA SESIÓN DE TRABAJO	CUMPLIMIENTO DEL PRODUCTOS DE TRABAJO	
	SI	NO
Modelo de atención		
Formulario de Historia Clínica para Ca de mama		
Algoritmo de mastalgia		
Algoritmo de descarga no láctea del pezón		
Algoritmo de alteraciones de la piel		
Algoritmo de tumoración y nódulos palpables		
Volantes Informativos		

1. Modelo de atención



2. Organización de la atención a la usuaria

El Sub Centro de Salud de Chirijos ha organizado los servicios a las usuarias de la comunidad con actividades que permita la atención integral y facilite el acceso de las mujeres a los servicios de salud, mismos que a continuación se señalan:

1. Promoción de la salud
2. Detección oportuna
3. Evaluación diagnóstica
4. Referencia a tratamiento

5. Consejería
6. Seguimiento de resultados anormales

3. Examen clínico

Se elaborará una hoja de historia clínica que anote los siguientes datos:

1. Nombre, edad, No de expediente
2. Historia clínica completa enfocada a la búsqueda de factores de riesgo de cáncer de mama, será completa incidiendo en:
 - a. Fecha de primer síntoma
 - b. Evolución de la sintomatología
 - c. Signos y síntomas locales si los hubiera:
 - Tumor
 - Retracción de pezón
 - Dolor mamario
 - Masa axilar
 - Edema de brazo, etc.
 - d. Historia de enfermedades previas en la mama
 - biopsias anteriores (anotar resultado)
 - mastitis, etc.
 - e. Historia ginecológica de la paciente:
 - Menarquía, menopausia
 - Tipo menstrual, fecha de última regla
 - Número y fecha de embarazos y abortos
 - Antecedente de uso de anticonceptivos
 - Antecedente de uso de terapia de reemplazo

hormonal

- Lactancias y su duración

f. Historia familiar:

- Antecedentes de familiares directos con cáncer de mama
- Antecedentes de familiares directos con cáncer de ovario

g. Factores de riesgo:

Constitucionales:

- Menarquía precoz
- Menopausia tardía
- Nulípara
- Primer embarazo después de los 35 años
- Tiempo de lactancia
- Antecedentes familiares directos
- Obesidad pos menopáusica

Hábitos:

- Tabaco
- Alcohol

4. Exploración física general:

Deberá ser realizado siguiendo una pauta previamente definida:

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

areola y el pezón debe realizarse en forma sistemática con inspección y palpación. Si hay secreción por el pezón se determinará si es espontáneo o provocado, el tipo de secreción (en especial si es seroso o sangre) si es unilateral, multiorificial o uniorificial.

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

a. Inspección:

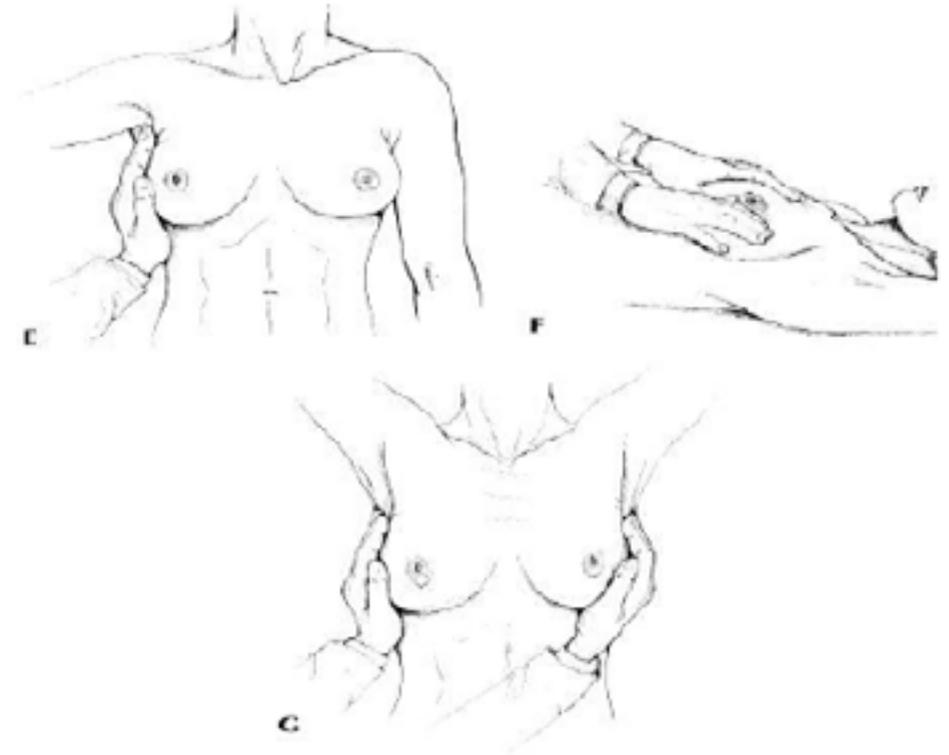
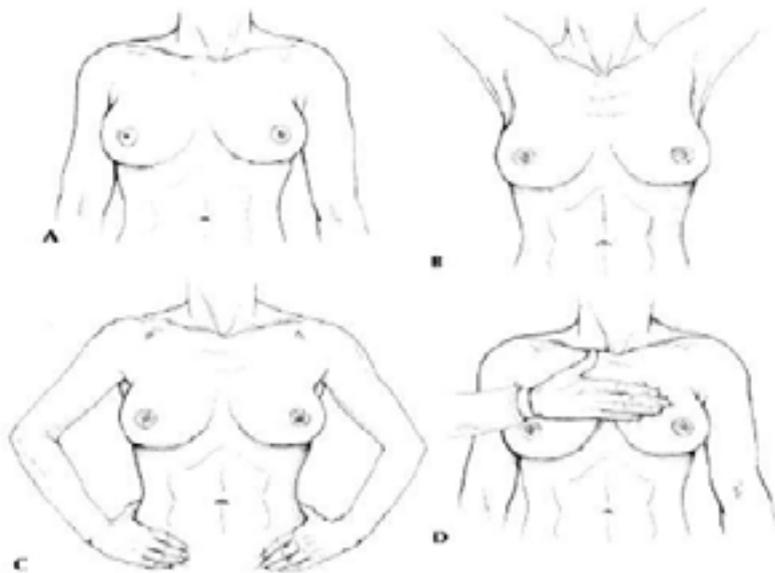
- asimetría mamaria
- retracción del pezón y/o de piel
- ulceraciones y fijaciones de la piel
- coloración de la piel

b. Palpación:

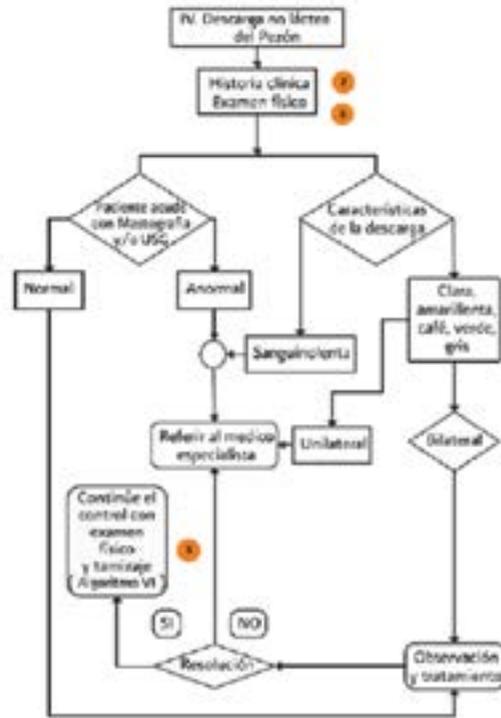
- Masa tumoral
- Tamaño en cm.
- Localización
- Forma
- Onsistencia
- Fijación a piel o parrilla costal
- Cambios en la piel
- Cambios de coloración
- Edema (piel de naranja)
- Aumento de calor

- Ulceraciones
- Pezón
- Cambios de coloración
- Erosión
- Retracción
- Secreción
- Ganglios axilares y supraclaviculares
- Número
- Localización
- Tamaño
- Fijación

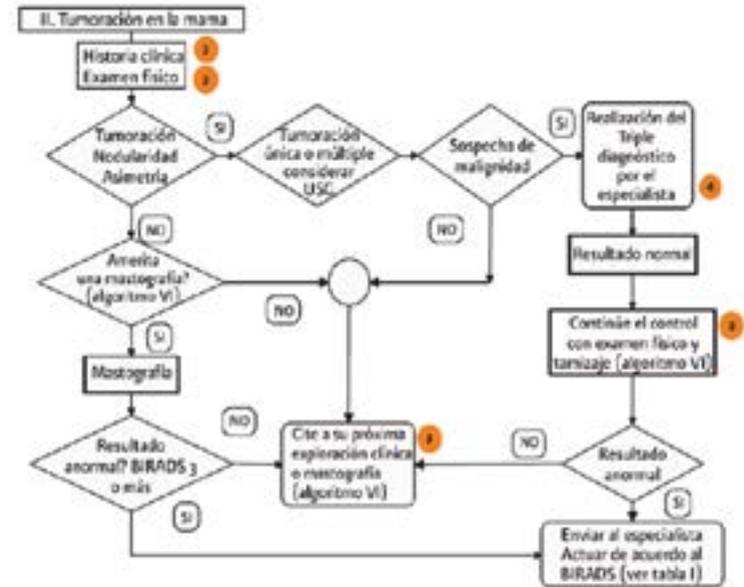
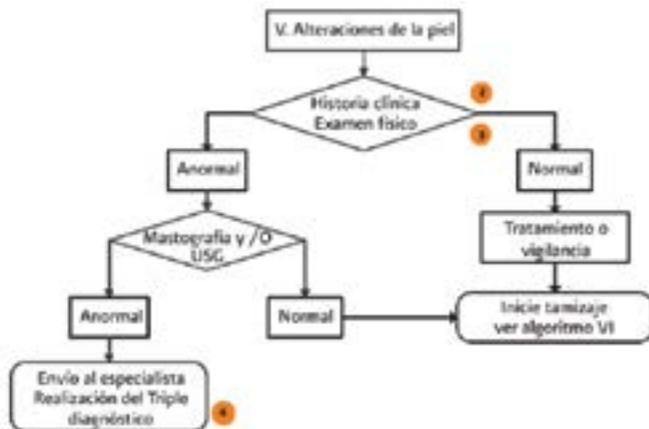
5. Técnica del examen clínico de las mamas



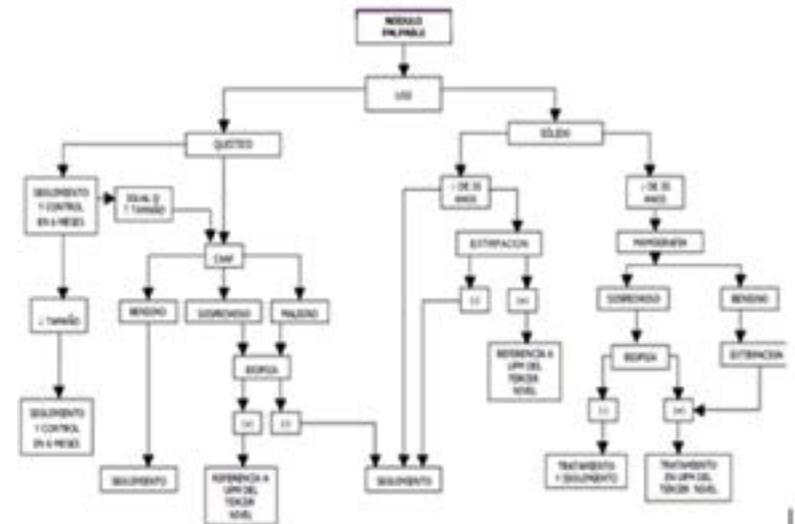
Paciente con descarga no lactea de pezon



Alteraciones de la piel

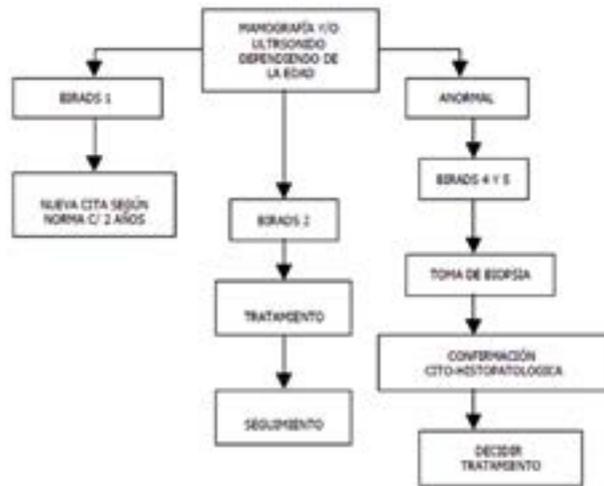


Modulos palpables



8. Educación sobre la técnica del autoexamen de mama

Resultado de la mamografía



ALGORITMO DEL INFORME MAMOGRAFICO Y CONDUCTA A SEGUIR



¿Cómo debe examinarse las mamas?

Con los brazos estirados sobre la cabeza.

¿Busque algo inusual, como un cambio en el aspecto de los pezones, cambios en la piel? Es necesario aprender a conocer el aspecto de tus mamas.

Compare ambos pechos, busque alteraciones en su contorno, nódulos, durezas, retracción del pezón o la piel, ulceraciones, eczemas o secreción de leche (aunque nunca se haya amamantado).

Palpación: La segunda parte consiste en ver cómo se sienten las mamas.

a. Acostada

Es ideal realizarla acostada para que los músculos se relajen.

Si comienza con la mama derecha, levante el brazo derecho, coloca la mano derecha detrás de la cabeza y usa su mano izquierda para palpase la mama.

Un modo de examinar las mamas es pensar en ellas como círculos. Mueve los dedos con un movimiento en espiral desde el exterior hacia el interior del círculo, acercándote gradualmente al pezón, para percibir qué se siente normal y qué se siente diferente en relación con la última vez que se examinó las mamas. Aplica distintos niveles de presión: leve, moderada y fuerte. Esto permitirá sentir las distintas capas de tejido de las mamas. Comience con una presión leve, sigue con una moderada y termina con una presión fuerte para sentir el tejido más profundo. Presione el pezón con los dedos y observe si existe secreción. Después, levante el pezón para comprobar si tiene buena movilidad, y no tiene adherencias. Presione sobre la axila de manera más firme, para poder localizar algún posible nódulo.

Luego repita el mismo procedimiento, pero colocando el brazo izquierdo detrás de la cabeza para palpar la mama izquierda.

Mientras practique el autoexamen, lo ideal es que no saque la mano de la mama, para que no se deje de percibir alguna

anormalidad.

b. Durante el baño

En este momento, es más sencillo practicar la palpación de la mama, esto no sólo es cómodo, sino que, además, el jabón y el agua ayudan a que sus manos se muevan con mayor facilidad sobre las mamas; con las manos enjabonadas y los dedos extendidos examine ambas mamas usando la misma técnica descrita en el paso “acostada”.

Al igual que tantas otras cosas, los senos son distintos en cada mujer. Algunas mujeres tienen senos grandes, otras los tienen pequeños; algunos son simétricos y otros no.

BIBLIOGRAFÍA

Alonso Alvaro Ángel. (2006) Screening en patología mamaria: definiciones y conceptos. Métodos aplicables. Resultados. Recuperado de: <http://www.cirugest.com/htm/revisiones/cir09-06/09-06-06.htm>

Amorós Oliveros Javier F., Joaquín Lemos Zunzunegui. (2011). Cáncer de Mama: Criterios Ecográficos de Malignidad. Recuperado de: <http://www.medicinageneral.org/febrero2000A/179-185.pdf>

Diario Hoy. El cáncer de seno debe atacarse integralmente. Publicación del 29-febrero del 2008. Recuperado de: <http://www.hoy.com.ec/noticias-ecuador/el-cancer-de-seno-debe-atacarse-integralmente-290105-290105.html>

Diario La Hora. Senos saludables, es posible. Publicación del 9 de noviembre del 2008. Recuperado de: http://www.lahora.com.ec/index.php/noticias/show/796664/-1/Senos_saludables%2C_es_posible.html

Díaz-Faes José, Álvaro Ruibal (2006) Cáncer De Mama: Avances En Diagnóstico, Tratamiento E Investigación. © De la edición: Fundación de Estudios Mastológicos. Recuperado de.

<http://www.fundacionestudiosmastologicos.es/cursos/libro-cancermama/Avancesencancerdemama.pdf>

Díaz Sandra, Marion Piñeros, Oswaldo Sánchez. (2005) Detección temprana del cáncer de mama: aspectos críticos para un programa de tamizaje organizado en Colombia. Revista Colombiana Cancerol . Recuperado de: <http://www.>

cancer.gov.co/documentos/RevistaCC2005%20Vol1%209(3)/rcc2005v09n3a04p93-105.pdf

El Diario. Noticias Manabí: Cáncer de Mama. Martes 24 de Octubre 2006. Recuperado de:

<http://www.eldiario.com.ec/noticias-manabi-ecuador/13026-cancer-de-mama-mas-examenes/>

El Diario. Estadísticas de cáncer sorprenden a médicos. Publicación del 27 de agosto del 2011. Recuperado de:

<http://www.eldiario.com.ec/noticias-manabi-ecuador/136584-estadisticas-de-cancer-sorprenden-a-medicos>

eruditos.net. Información sobre la parroquia Chirijos. Recuperado de: [http://eruditos.net/mediawiki/index.php?title=Chirijos_\(Parroquia\)](http://eruditos.net/mediawiki/index.php?title=Chirijos_(Parroquia))

Fernández Alfonso, Cid Fenollera (2000). Mastología. 2da. Edición. Masson S.A. Barcelona España

Fundación Mexicana para la Salud, A.C.El (2009). Cáncer de mama en América Latina y el Caribe: Morbilidad, mortalidad y carga de la enfermedad. Versión preliminar 1. Enero, 2009. Recuperado de: <http://docs.google.com/viewer?a=v&q=cache:2khN9FkDHrAJ:tomateloapecho.org>

García Sosa Jorge (2008). El cáncer de mama es totalmente detectable y puede prevenirse. Recuperado de: <http://alocubano.wordpress.com/2008/10/18/el-cancer-de-mama-es-totalmente-detectable-y-puede-prevenirse/>

Illustrated Medical Dictionary. Atlas de ginecología: Anato-

mía de la mama. Recuperado de: <http://www.iqb.es/ginecologia/atlas/mama/anatomia/mama01.htm>

Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social de El Salvador/ Gerencia de Atención Integral en Salud a la Mujer y Niñez (2006) Guía Técnica de Prevención y control del cáncer de mama. Recuperado de: http://asp.mspas.gob.sv/regulacion/pdf/guia/Guia_Mama_Mujer.pdf

Maturana B., Miguel; Pabst Feller, Yvonne.(2011). Embriología, desarrollo, anatomía y fisiología de la mama. Base de Datos Lilacs. Recuperado de <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS>

Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social de El Salvador/ Gerencia de Atención Integral en Salud a la Mujer y Niñez (2006) Guía Técnica de Prevención y control del cáncer de mama. Recuperado de: http://asp.mspas.gob.sv/regulacion/pdf/guia/Guia_Mama_Mujer.pdf

Organización Mundial de la salud. Salud de la Mujer. Centro de Prensa: Nota descriptiva N°334. Noviembre de 2009. Recuperado de: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs334/es/index.html>

Organización Mundial de la Salud: Salud de la Mujer. Recuperado de: (<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs334/en/>)

Organización Mundial de la salud. La incidencia mundial del cáncer podría aumentar en un 50% y llegar a 15 millones

de nuevos casos en el año 2020. Centro de prensa. Recuperado de: <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2003/pr27/es/index.html>

Organización Editorial Mexicana: Prevé la OMS aumenten en un 45% las muertes por cáncer. Nota de prensa del 4 de febrero de 2011. Recuperado de: <http://www.oem.com.mx/laprensa/notas/n1952777.htm>

Quesada Hernández Rocío, Andrea Lawrence Villalobos. (2007). Efectividad de la Mamografía Como Método de Screening en la Prevención del Cáncer de Mama (Revisión Bibliográfica) Revista Médica De Costa Rica y Centroamérica

Ravelo Celis José Antonio. (2001) Avances en el diagnóstico del cáncer de la mama. Importancia de la pesquisa y diagnóstico precoz. Reflexiones sobre el problema en Venezuela Gaceta Médica. Caracas v.109 n.3 Caracas. Recuperado de: <http://www.scielo.org.ve/scielo.php?pid=S0367>

Revista Vistazo, (2010) Ecuador y Su Lucha: El cáncer es universal, pero las estadísticas no son las mismas en todos los países. Conozca algunos datos sobre la incidencia de la enfermedad en el Ecuador. Publicación del 2010-10-07. Recuperado de: <http://www.vistazo.com/ea/vidamoderna/?eImpresa=1035&id=3668>

Salud de la mujer- Enfermedades: ¿qué es el cáncer de mama? http://www.saludalia.com/docs/Salud/web_saludalia/tu_salud/doc/mujer/doc/doc_causas_cancer_mama.htm

Salud general: Continua la lucha contra el cáncer de mama.

(2010). Recuperado de: <http://www.saludgeneral.com/modules.php?name=News&file=print&sid=947>

Sociedad de Lucha Contra el Cáncer en Manabí y Esmeraldas (2011). V Encuentro Nacional de Registros de Cáncer recuperado de: <http://informativosolcamanabi.blogspot.com/2011/06/v-encuentro-nacional-de-registros-de.html>

UNAM. (2008). Día Mundial del Cáncer de Mama. Diario la Crónica de Hoy. 2008-10-17 Recuperado de: http://www.cronica.com.mx/nota.php?id_notas=391722

Urquiza José Alfaro (2011). CÁNCER DE MAMA. Recuperado de: http://sisbib.unmsm.edu.pe/bibvirtual/libros/medicina/cirugia/tomo_i/Cap_25-2_C%C3%A1ncer%20de%20Mama.htm

Villaseñor Navarro Yolanda. La mamografía continúa siendo el estándar de oro en la detección del cáncer de mama. Gaceta CENETEC Número 5, enero 2007. Recuperado de: <http://www.cenetec.gob.mx/interior/gaceta5/estandar-deteccion.html>