

HOSPITAL GENERAL DOCENTE
“DR. AGOSTINHO NETO”
GUANTANAMO

NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE AUTOEXAMEN DE MAMAS EN FEMINAS

Dra. Lissette Dorsant Rodríguez¹, Dr. Raciél Alarcón González², Lic. René Quintana Pereda³, Dra. Yamile Arteaga García⁴, Dra. María Agustina Favier Torres⁵

RESUMEN

Se realiza un estudio descriptivo longitudinal para determinar el conocimiento sobre autoexamen de mamas en la población femenina mayor de 20 años, en el consultorio médico popular de la comunidad de Curazao, en el municipio Guanare del estado Portuguesa, perteneciente a la República Bolivariana de Venezuela, desde septiembre de 2008 hasta agosto de 2009. El universo está constituido por mujeres de 20 y más años de edad dispensarizadas en el área. La muestra se selecciona de forma aleatoria simple y queda conformada por 143 féminas. A las mismas se les aplica cuestionario, donde la mayoría refiere conocer el autoexamen de mamas. El médico de la comunidad es el medio más importante para adquirir los conocimientos y la mayor cantidad realiza esta técnica mensualmente después de la menstruación.

Palabras clave: AUTOEXAMEN DE MAMAS; CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRACTICA; SALUD DE LA MUJER.

INTRODUCCION

El cáncer de mama desde hace algún tiempo constituye el azote de la población femenina mundial.^{1,2} Una de cada 9 mujeres en Estados Unidos desarrolla cáncer de

¹ *Master en Atención Integral al Niño y Educación Médica. Especialista de II Grado en Pediatría. Profesor Auxiliar. Master en Atención Integral a la Mujer. Especialista de II Grado en Medicina General Integral. Asistente.*

² *Especialista de I Grado en Medicina General Integral. Instructor.*

³ *Licenciado en Enfermería. Instructor.*

⁴ *Master en Urgencias Médicas. Especialista de I Grado en Medicina General Integral. Instructor.*

⁵ *Especialista de II Grado en Medicina General Integral. Asistente.*

mama. La incidencia de éste aumenta a razón del 3 % por año desde 1980 y en 1994 se diagnosticaron más de 140 000.³

El cáncer es un síndrome anatómico clínico con una serie de familias y variedades, tumores muy relacionados entre sí en múltiples aspectos y consecuencias, y que únicamente con esta concepción es que puede enfrentarse el problema con toda seguridad y responsabilidad.⁴

Un tumor o nódulo en las mamas no siempre significa cáncer, de modo que al médico le corresponde diferenciar entre lesiones benignas o no con la mayor rapidez posible, puesto que la neoplasia maligna de este órgano tiene incidencia mundial de 29.9 % x 100 000 mujeres como tasa promedio.^{5,6}

En la actualidad y como resultado del médico de la familia y con este el Programa de Atención Integral a la Mujer es necesario que el médico de nuevo tipo con una convicción totalmente renovada de su labor y dotado de una calidad científica, incluya en su trabajo diario las actividades relacionadas con la prevención y diagnóstico de las enfermedades mamarias debido al aumento creciente de la morbilidad y mortalidad por esta causa.⁵

Mundialmente en la prevención de cáncer de mamas se conjugan los tres métodos diagnósticos utilizados: el examen clínico de mamas, el autoexamen de mamas y la mamografía.⁸ De igual forma, estos métodos se divulgan por los médicos cubanos en la República Bolivariana de Venezuela. Los programas de pesquisa del cáncer mamario son costosos y solo abarcan a la población de mayor riesgo, por eso es importante sensibilizar a los médicos de la familia y a todo el grupo de salud, en la necesidad de entrenar a su población femenina en la práctica del autoexamen mamario que se sabe se incrementa después de las secciones de enseñanza y motivación por parte del personal calificado.^{7,8}

El autoexamen de mamas es un método inocuo y sin costo alguno recomendado por algunos autores como primer nivel de protección.⁹ La reducción de la mortalidad por cáncer constituye uno de los objetivos y propósitos de la Organización Mundial de la Salud, donde la base fundamental que permite acciones de salud encaminadas a cumplimentar este objetivo es, sin duda, el nivel primario de atención y dentro de éste, el equipo de salud comunitario.¹⁰

METODO

Se realiza un estudio descriptivo longitudinal en mujeres de 20 años y más del consultorio popular Curazao, del municipio Guanare, en el estado Portuguesa, perteneciente a la República Bolivariana de Venezuela, para determinar el nivel de conocimientos sobre autoexamen de mamas, durante el período septiembre de 2008 a agosto de 2009.

El universo está constituido por mujeres de 20 y más años que se dispensarizaron en el área. La muestra se selecciona de forma aleatoria simple y quedó conformada por 143 féminas. A las mismas se les aplica cuestionario, previo consentimiento informado, el cual contempla las siguientes variables: edad, escolaridad, ocupación, si conoce el método de autoexamen de mama, cómo lo aprendió, con qué frecuencia lo realizó, qué signos y síntomas consideraban anormales, qué facultativo visitarían ante cualquier alteración y qué métodos diagnósticos consideran de mayor importancia.

Los resultados del cuestionario se presentan en tablas para el análisis y discusión de los mismos, para lo cual se utiliza el método porcentual aritmético.

RESULTADOS Y DISCUSION

Existe asociación entre incremento de riesgo de padecer de cáncer de mama y la edad de la mujer, elemento importante a tener en cuenta para la clasificación de una población femenina de mayor riesgo, es decir a medida que aumenta la edad asciende la posibilidad de que se sumen estos factores a partir de la cuarta década de la vida tiene una incidencia entre 3 y 4 %.^{12,13-14}

Hubo predominio de los grupos de edades de 41-50 y de 31- 40 años con el 39.9 y 32.9 %, respectivamente (Tabla 1).

Esta realidad muestra necesidad del pesquiasaje en la población femenina y determinar grupos vulnerables para reducir la tasa de mortalidad por cáncer

El Programa Nacional de la Reducción de la Mortalidad por cáncer de mamas plantea como técnicas más importantes emplear para su detección temprana, el examen físico y el autoexamen, donde se recomienda que el 100 % de las mujeres sean conocedoras de la técnica⁸ y que en éstas debe jugar un papel fundamental el

médico de la atención primaria, tanto en la enseñanza del autoexamen, como en la realización del mismo a toda mujer de su radio de acción, al menos una vez al año.¹⁵⁻¹⁸

En nuestro estudio se observa en la tabla 2 que el 93.7 % de las encuestadas conocía sobre autoexamen de mamas y que el médico de la comunidad cumplió su papel protagónico, pues el 63.6 % refirió que este había sido la fuente donde adquirió conocimientos sobre autoexamen de mamas (Tabla 3).

Al analizar la frecuencia con que se realizaban el autoexamen de mamas en la Tabla 4, se observa que el 6.3 % de las encuestadas nunca se lo realizó, hallazgo que coincidió con las que desconocían esta técnica; por otro lado fue alentador que el 81.8 % lo practicaba de forma mensual. El 65.7 % realizaba la técnica después de la menstruación (Tabla 5).

Este es un aspecto importante si se tiene en cuenta que la aplicación del programa de prevención del cáncer mamario en la comunidad estudiada aun no tiene el éxito esperado, por lo que se hace indispensable que las mujeres conozcan la importancia que tiene en su calidad vida.

CONCLUSIONES

1. El mayor número de las encuestadas posee conocimientos de autoexamen de mamas.
2. El médico de la comunidad fue el medio fundamental por donde recibieron la primera información.
3. La mayoría practicaron el autoexamen mensual y después de la menstruación.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Steiner E, Austin DF, Prouser NC. Detection and description of small breast masses by residents trained using a standardized clinical breast exam curriculum. *Gen Intern Med.* 2008 Feb;23(2):129-34.
2. Alkhasawneh IM. Knowledge and practice of breast cancer screening among Jordanian nurses. *Oncol Nurs Forum.* 2007 Nov;34(6):1211-7.

3. Hall CP, Hall JD, Pfriemer JT, Wimberley PD, Jones CH. Effects of a culturally sensitive education program on the breast cancer knowledge and beliefs of Hispanic women. *Oncol Nurs Forum*. 2007 Nov;34(6):1195-202.
4. Montgomery DA, Krupa K, Cooke TG. Follow-up in breast cancer: does routine clinical examination improve outcome? A systematic review of the literature. *Br J Cancer*. 2007 Dec 17;97(12):1632-41.
5. Linn SC, Jonkers J. Treating the genetic make-up of breast cancer: a new fashion? *Expert Rev Anticancer Ther*. 2007 Aug;7(8):1065-7.
6. Fisher B, Dignam J, Wolmark N. Lumpectomy and radiation therapy for the treatment of intraductal breast cancer: Finding from the national surgical adjuvant breast and bowel Project B-17. *J Clin Oncol* 2007; 16: 441-452.
7. Linsell L, Burgess CC, Ramirez AJ. Breast cancer awareness among older women. *r J Cancer*. 2008 Oct 21;99(8):1221-5.
8. Peek ME, Sayad JV, Markwardt R. Fear, fatalism and breast cancer screening in low-income African-American women: the role of clinicians and the health care system. *J Gen Intern Med*. 2008 Nov;23(11):1847-53.
9. Anyanwu SN. Temporal trends in breast cancer presentation in the third world. *J Exp Clin Cancer Res*. 2008 Jul 11;27:17.
10. Ross JS, Keyhani S, Keenan PS, Bernheim SM, Penrod JD, Boockvar KS. Use of recommended ambulatory care services: is the Veterans Affairs quality gap narrowing? *Arch Intern Med*. 2008 May 12;168(9):950-8.
11. Sheen V, Tucker MA, Abramson DH, Seddon JM, Kleinerman RA. Cancer screening practices of adult survivors of retinoblastoma at risk of second cancers. *Cancer*. 2008 Jul 15;113(2):434-41.
12. Rim A, Chellman-Jeffers M. Trends in breast cancer screening and diagnosis. *Cleve Clin J Med*. 2008 Mar;75 Suppl 1:S2-9.
13. Lam WW, Chan CP, Chan CF, Mak CC, Chan CF, Chong KW, Leung MH, Tang MH. Factors affecting the palpability of breast lesion by self-examination. *Singapore Med J*. 2008 Mar;49(3):228-32.
14. All KM, Núñez-Rocha GM, Salinas-Martínez AM, Sánchez-Peña SR. Determinants of the use of breast cancer screening among women workers in urban Mexico. *Prev Chronic Dis*. 2008 Apr;5(2):A50.

15. Freire DB, Gigante LP, Béria JU, Palazzo Ldos S, Figueiredo AC, Raymann BC. Access by hearing-disabled individuals to health services in a southern Brazilian city]. *Cad Saude Pública*. 2009 Apr; 25 (4):889-97.
16. Sim HL, Seah M, Tan SM. Breast cancer knowledge and screening practices: a survey of 1,000 Asian women. *Singapore Med J*. 2009 Feb;50(2):132-8.
17. Martins LF, Valente JG, Thuler LC. Factors related to inadequate cervical cancer screening in two Brazilian state capitals. *Rev Saude Pública*. 2009 Apr;43(2):318-25.
18. Ibrahim NA, Odusanya OO. Knowledge of risk factors, beliefs and practices of female healthcare professionals towards breast cancer in a tertiary institution in Lagos, Nigeria. *BMC Cáncer*. 2009 Mar 4;9:76.

TABLA 1. GRUPOS DE EDADES.

EDAD	No.	%
20 – 30	21	14.7
31 – 40	47	32.9
41 – 50	57	39.9
51 – 60	11	7.7
60 y más	7	4.8
TOTAL	143	100

Fuente: Cuestionario.

TABLA 2. CONOCIMIENTO DE AUTOEXAMEN DE MAMAS.

CONOCIMIETO	No.	%
Si	134	93.7
No	9	6.3
TOTAL	143	100

Fuente: Cuestionario.

TABLA 3. MEDIOS POR EL QUE ADQUIRIO CONOCIMIENTOS POR PRIMERA VEZ.

MEDIO	No.	%
TV	41	28.7
Radio	5	3.4
Médico de la comunidad	91	63.6
Amistades	4	2,9
Otros	2	1,4
TOTAL	143	100

Fuente: Cuestionario.

TABLA 4. FRECUENCIA CON QUE SE REALIZA AUTOEXAMEN DE MAMAS.

FRECUENCIA	No.	%
Nunca	9	6.3
Semanal	7	4.9
Mensual	117	81.8
Si me duele	5	3.5
Si tengo algo anormal	5	5
TOTAL	143	100

Fuente: Cuestionario.

TABLA 5. MOMENTO DEL CICLO MENSTRUAL EN QUE SE REALIZA AUTOEXAMEN DE MAMAS.

MOMENTO DE REALIZACION	No.	%
Sin tener en cuenta la menstruación	17	11.9
Antes de la menstruación	23	16.1
Después de la menstruación	94	65.7
No lo conoce	9	6.3
Otras	-	-
TOTAL	100	100

Fuente: Cuestionario.