



Universidad Técnica Particular de Loja
La Universidad Católica

UNIVERSIDAD TÉCNICA PARTICULAR DE LOJA
ESCUELA DE MEDICINA

**MAESTRIA EN GERENCIA DE SALUD PARA EL
DESARROLLO LOCAL**

**“IMPLEMENTACIÓN DE UN PROGRAMA DE DETECCIÓN OPORTUNA DE
CÁNCER DE MAMA A MUJERES DE 35 - 64 AÑOS DE EDAD DE LA
COMUNIDAD CHIRIJOS DEL CANTÓN PORTOVIEJO AÑO 2011”**

**TESIS PREVIA A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE MASTER EN
GERENCIA DE SALUD PARA EL DESARROLLO LOCAL**

AUTORA

LCDA. MARÍA AUGUSTA QUIJIJE ORTEGA

DIRECTORA DE TESIS

Lcda. Susana Donoso P. Mg.Sc.

**Portoviejo – Manabí - Ecuador
2011**

CERTIFICACIÓN

Lcda. Mg.Sc.

Susana Donoso Palomeque

DIRECTORA DE TESIS

CERTIFICA:

Que el presente proyecto de acción titulado: "IMPLEMENTACIÓN DE UN PROGRAMA DE DETECCIÓN OPORTUNA DE CÁNCER DE MAMA A MUJERES DE 35 – 64 AÑOS DE EDAD DE LA COMUNIDAD CHIRIJOS DE LA PARROQUIA CHIRIJO AÑO 2011", ha sido realizado bajo mi dirección, por lo que después de reunir los requisitos estipulados en el Reglamento de Grados y Títulos de la Escuela de Medicina de la Universidad Técnica Particular de Loja, autorizo su presentación ante el tribunal respectivo.

Portoviejo, Agosto del 2011

.....
Lcda. Susana Donoso Palomeque Mg.Sc.

DIRECTORA DE TESIS

AUTORÍA

Todos los criterios, opiniones, afirmaciones, interpretaciones, conclusiones, recomendaciones, que constan en el presente trabajo son de absoluta responsabilidad de su autor.

Portoviejo, Agosto del 2011

.....
Lcda. María Augusta Quijije Ortega
CI: 131002891-3

CESION DE DERECHO

Yo, María Quijije Ortega, declaro conocer y aceptar la disposición del Art. 67 del Estatuto Orgánico de la Universidad Técnica Particular de Loja que en su parte pertinente textualmente dice: "Forman parte del patrimonio de la Universidad la propiedad intelectual de investigaciones, trabajos científicos o técnicos y tesis de grado que se realicen a través, o con el apoyo financiero, académico o institucional (operativo) de la Universidad".

Portoviejo, Agosto del 2011

.....

Lcda. María Augusta Quijije Ortega

CI: 131002891-3

DEDICATORIA

Dedico esta tesis con todo mi amor y cariño:

- **A Dios** por darme la oportunidad de realizar un triunfo más en mi vida profesional.
- **Al Sr. Arturo Delgado** en honor a su memoria.... Mi inolvidable suegro
- **A mi esposo Hugo Delgado** por su apoyo incondicional en los momentos más difíciles. Su amor, comprensión y paciencia fueron las armas que necesite para no decaerme. ¡gracias amor mío!
- **A mi bello hijo Arturito** regalo más hermoso que dios me ha dado. Su sonrisa y travesuras fueron y serán siempre motivo de lucha. ¡te amo hijo mío!
- **A mis padres, hermanos y sobrinitas** quienes siempre han estado para apoyarme en las buenas y malas, por creer en mí. ¡gracias familia!

María Augusta Quijije Ortega

AGRADECIMIENTO

Deseo expresar mi agradecimiento:

- **A la Universidad Particular de Loja** por los conocimientos brindados a través de su cuerpo docente quienes han formado en mi carrera un rango mas de mi preparación profesional.
- **A la Lcda. Susana Donoso Palomeque Mg. Sc.** directora de tesis por su sacrificada dedicación, constante guía y orientación que hizo posible culminar mis ideales.
- **A la doctora Samantha Anchundia** directora del S.C.S. Chirijos por sus sugerencias motivadoras y apoyo para la continuación del presente estudio.
- **Al S.C.S CHIRIJO** por su amplia colaboración en la realización de información de esta tesis.

MARÍA

CERTIFICACIÓN INSTITUCIONAL



SUB CENTRO DE SALUD PALMA JUNTA DE LA PARROQUIA CHIRIJOS

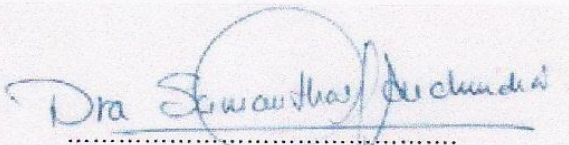
CERTIFICACION

Yo, Dra. Melisa Samantha Anchundia Chávez, Directora del Subcentro de Salud Chirijos del Cantón Portoviejo. Certifico que la Lcda. María Augusta Quijije Ortega, con CI: 131002891-3, realizó en esta Unidad de Salud, la tesis titulada "IMPLEMENTACIÓN DE UN PROGRAMA DE DETECCIÓN OPORTUNA DE CÁNCER DE MAMA A MUJERES DE 35 – 64 AÑOS DE EDAD DE LA COMUNIDAD CHIRIJOS DE LA PARROQUIA CHIRIJO AÑO 2011.", la misma que se cumplió de acuerdo a lo establecido en el cronograma de trabajo.

Agradecemos el trabajo realizado por la Lcda. María Augusta Quijije Ortega, en beneficio de las mujeres de la comunidad y reconocemos el trabajo que viene desarrollando la Universidad Técnica Particular de Loja en el Cantón Portoviejo al solucionar los problemas que aquejan a sus habitantes.

La Lcda. María Augusta Quijije Ortega, puede hacer uso de este documento como estime conveniente.

Chirijos, Julio 26 del 2011

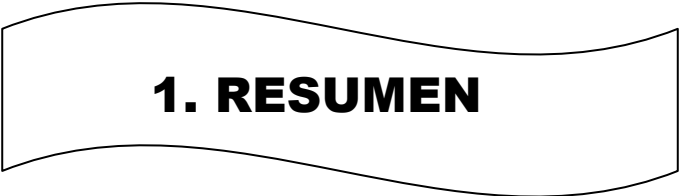


.....
Dra. Melisa Samantha Anchundia Chávez
DIRECTOR
SUB-CENTRO DE SALUD
"CHIRIJO"

INDICE

	Pag.
Carátula	i
Certificación	ii
Autoría	iii
Cesión de Derecho	iv
Dedicatoria	v
Agradecimiento	vi
Certificación Institucional	vii
Índice	viii
1. RESUMEN	1
2. ABSTRACT	3
3. INTRODUCCIÓN	5
4. PROBLEMATIZACIÓN	9
5. JUSTIFICACIÓN	14
6. OBJETIVOS	17
7. MARCO TEÓRICO	19
7.1. Marco Institucional	20
7.1.1. Aspecto geográfico del lugar	20
7.1.2. Dinámica poblacional	24
7.1.3. Misión de la institución	25
7.1.4. Visión de la institución	25
7.1.5. Organización administrativa	25
7.1.6. Servicios que presta la institución	26
7.1.7. Datos estadísticos de cobertura (estado de salud enfermedad de la población)	27
7.1.8. Características geo-físicas de la institución	28
7.1.9. Políticas de la institución	29
7.2. Marco Conceptual	29

7.2.1.	Cáncer de mama	29
7.2.2.	Embriología, anatomía y fisiología de la mama	30
7.2.3.	Factores de riesgo del cáncer de mama	32
7.2.4.	Historia natural del cáncer de mama	34
7.2.5.	Alternativas de tamizaje	36
7.2.6.	Alternativas de detección	37
7.2.7.	Etapas de la prevención del cáncer de mama	38
7.2.8.	Screening de cáncer de mama	40
7.2.9.	La mamografía en el screening de cáncer de mama	40
7.2.10	Pruebas completarías diagnósticas	43
7.2.11	Detección, diagnóstico y tratamiento oportuno	44
8.	DISEÑO METODOLÓGICO	46
8.1.	Matriz de Involucrados	48
8.2.	Árbol de Problemas	51
8.3.	Árbol de Objetivos	52
8.4.	Matriz del Marco Lógico	53
9.	RESULTADOS	56
9.1.	Resultado 1	57
9.2.	Resultado 2	77
9.3.	Resultado 3	80
10.	CONCLUSIONES	88
11.	RECOMENDACIONES	90
12.	BIBLIOGRAFÍA	92
13.	ANEXOS	98



1. RESUMEN

En la Comunidad de Chirijos del Cantón Portoviejo, Provincia de Manabí – Ecuador se desarrolló el proyecto de intervención titulado. “IMPLEMENTACIÓN DE UN PROGRAMA DE DE DETECCIÓN OPORTUNA DE CÁNCER DE MAMA A MUJERES DE 35 A 64 AÑOS DE EDAD”, el mismo que fue desarrollado bajo la metodología del enfoque lógico.

El proyecto se genera como solución a la problemática de salud identificada en la línea base en donde se identifica que de las atenciones otorgadas por el subcentro de salud, el 38% correspondieron a ganglios en seno, por lo que 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.

El proyecto se desarrolló en torno a tres objetivos: el *primero*, implementar el programa, el cual se inició con la redacción de la propuesta, misma que fue aprobada por el equipo de salud; identificación del grupo de riesgo para la captación de casos, valoración clínica, realización de mamografías, consulta de enfermería para la conserjería y derivación de pacientes. El segundo Objetivo fue la actualización del equipo de salud, este proceso se centró en la identificación de factores de riesgo y focalización del tamizaje; procedimientos y algoritmos de atención; y fichas de registro. El tercer objetivo fue el informar a las mujeres sobre la detección oportuna del cáncer de mama, para ello se preparó y distribuyó material informativo, se hizo, sensibilización en domicilios, educación en el subcentro y se culminó con una casa abierta.

Se concluye que las experiencias vividas en el desarrollo del proyecto 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.



2. ABSTRACT

In the Canton Community Chirijos Portoviejo, Manabí - Ecuador project is titled Developing an intervention. "IMPLEMENTATION OF A PROGRAM OF DETECTION OF BREAST CANCER Timely FOR WOMEN 35 TO 64 YEARS OF AGE," The Same That Was Developed under the Methodology of the logical approach.

The project is built as a solution to the health Problems Identified in the baseline WHERE Identified That It Was the care provided by the health sub-center, 38% Were in sinus node, so we conduct Participatory situational analysis as Identified Which was a major Lack of early problem detection the practices for breast cancer.

The project WAS Developed around three objectives: first, Designing and Implementing the program, Which Began With The drafting of the Proposal, Which was Approved by the health team, identification of Risk Group for recruitment of cases, clinical assessment, mammography, nursing Consultation for counseling and referral. The second to update the WAS Objective health team, This process Focus on Identifying Risk Factors and targeting of screening; care Procedures and algorithms, and registration cards. The third Objective WAS to inform women early detection of breast About Cancer, for It Was Prepared and Distributed Was Made material information, addresses awareness, education in sub-center and ended With An open house.

It Concluded That The Experience in the project show breast cancer That is a key challenge for the health of women and Also for the health units of the first level. Early detection is essential, a combination of Along With interventions to tackle this challenge. For ITS part, the improvement of early detection and Consistent Involves a Coordinated Community Response to the Conditions and resources. These Efforts Should include women, family, Patients and the health unit.

3. INTRODUCCIÓN

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 un proyecto de intervención, desarrollado bajo la metodología del Marco Lógico en donde su FIN fue contribuir a la disminución de la morbilidad y mortalidad por cáncer de mama; Su PROPOSITO: el que las mujeres de 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 consejería 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.

4. PROBLEMATIZACIÓN

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 mayor ingreso. 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, la cirugía, cerca de \$2 000 y la radioterapia (radiación), aproximadamente \$2 000.. Ello, sin contar los medicamentos que involucra el tratamiento, como hormonas (vía oral), cuyo valor aproximado es de \$30. 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 <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 esta 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 sea integral, estén expuestas a riesgos y éstas deterioren el estado de salud de estas mujeres.
3. Las mujeres de la comunidad están poco informados 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 el colectivo 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.

Todo este contexto antes descrito conlleva a un incremento de la morbimortalidad por cáncer de mama. Por ello, se hace la siguiente interrogante, ¿Es factible implementar un Programa de Detección Oportuna de Cáncer de Mama en mujeres de 35-64 años de la Comunidad de Chirijos?

5. JUSTIFICACIÓN

Las mamas son uno de los órganos femeninos que más enorgullece a las mujeres, son símbolo de femineidad 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 de el auto examen de la mama, esto permitirá la determinación de anomalías que pueden corresponderse con las manifestaciones clínicas de la neoplasias esta es la relevancia social científica del proyecto.

Se considera importante la necesidad del diagnostico 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.

6. OBJETIVOS

6.1. OBJETIVO GENERAL

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.

6.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Implementar el 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 del programa en las mujeres

7. MARCO TEORICO

7.1. MARCO INSTITUCIONAL

7.1.1. ASPECTO GEOGRÁFICO DEL LUGAR

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.



7.1.1.1. 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

7.1.1.2. 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)

7.1.1.3. 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)

7.1.1.4. 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)

7.1.1.5. 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)

7.1.1.6. MEDIOS DE TRANSPORTE.

Desde hace uno 5 arlos 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 rio y por no haber puente, no llega hasta el anteriormente mencionado Tigre). (Diagnóstico de la Comunidad – 2010)

7.1.1.7. 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.

7.1.1.8. 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 regadío 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 enterradla 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 aun está a prueba y en el que se capacitara a muchas personas para su correcto uso. (Diagnóstico de la Comunidad – 2010)

7.1.1.9. EDUCACIÓN

Un grupo pequeño de población adulta es completamente analfabeta algunos no concluyeron la 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 la comunidad existen 3 centros educativos primarios y uno secundario el de se reparte de la siguiente manera: (Diagnóstico 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)

7.1.1.10. 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)

7.1.1.11. 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)

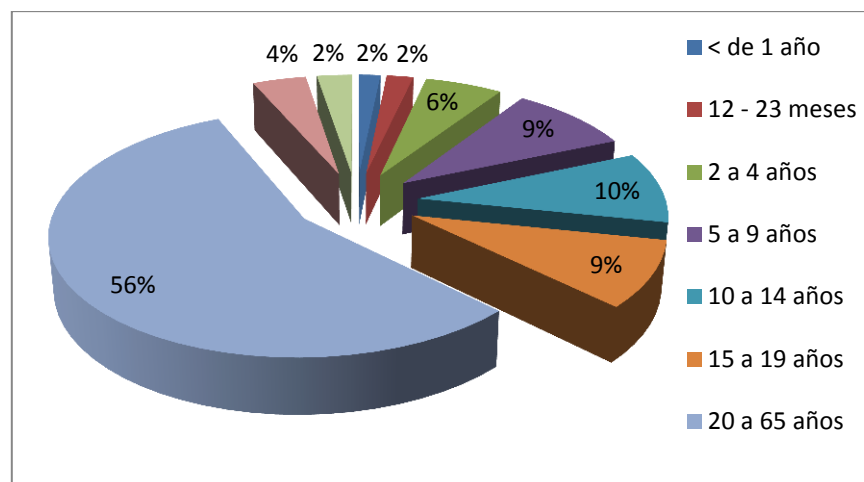
7.2.2. DINÁMICA POBLACIONAL

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:



7.2.3. 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.

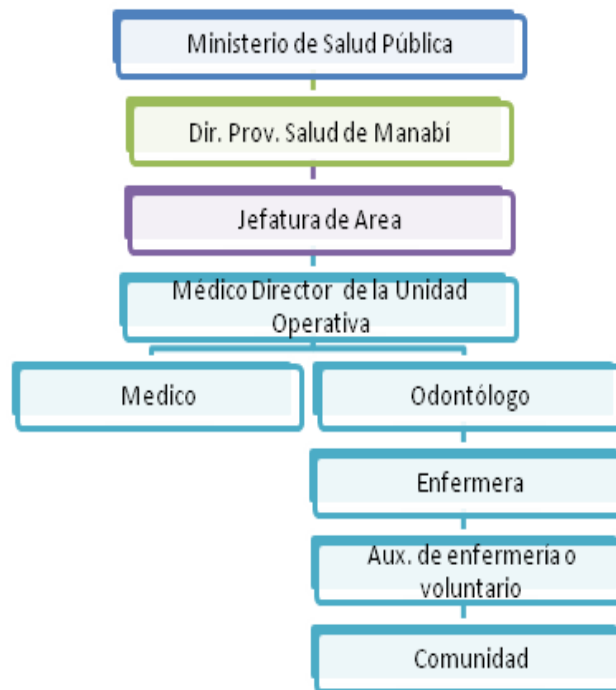
7.2.4. VISIÓN DE LA INSTITUCIÓN

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.”

7.2.5. ORGANIZACIÓN ADMINISTRATIVA

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

ORGANIGRAMA



7.2.6. 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 escuelas saludables.

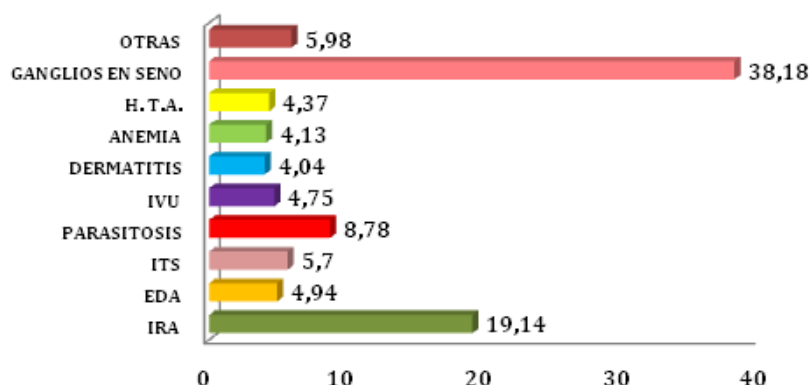
7.2.7. DATOS ESTADÍSTICOS DE COBERTURA (ESTADO DE SALUD ENFERMEDAD DE LA POBLACIÓN)

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



ANÁLISIS: En el presente cuadro y gráfico podemos observar que la mayor causa de morbilidad en el S.C.S. Chirijos, la tiene los ganglios en seno, con el 38.18%; seguido de las infecciones respiratorias agudas, con el 19.14%; parasitosis con el 8.78%; y otras patologías con el 5.98%. El resto con índices menores como EDA, ITS, IVU, dermatitis, anemia, y HTA.

7.2.8. CARACTERÍSTICAS GEO-FÍSICAS DE LA INSTITUCIÓN

El Sub Centro de Salud de Chirijos está armado una estructura de hormigón de 64rn2 de construcción principal y una bodega también de hormigón con 12 m2.

A principios del 2008 se construyo 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.

7.2.9. 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.

7.2. MARCO CONCEPTUAL

7.2.1. CANCER 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.

A este respecto Juan Lucas Bayo Calero, et al (2007) en su libro Cáncer de mama cuestiones más frecuentes señala: “La mayor parte de las neoplasias de mama se desarrollan en el tejido que recubre los ductos y lobulillos, al proceder de una glándula se denominan adenocarcinomas y suelen reproducir estructuras glanduloides más o menos diferenciadas”.

7. 2. 2. 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 hematógica 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.

7. 2.3. 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. (Urquiza 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, llegándose 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.

7.2.4. 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.

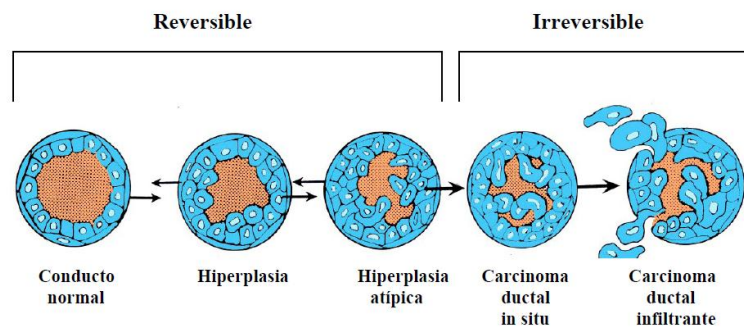
Todavía existe una considerable controversia sobre la historia natural del cáncer de mama a pesar de los innumerables estudios dedicados a ello. Como ocurre con otros tumores, el desarrollo y crecimiento de la enfermedad es variable y, probablemente, esté influenciado por características específicas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

7.2.5. 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)

7.2.6. 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 anormalidades 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:

MÉTODO	SENSIBILIDAD* Y ESPECIFICIDAD**	BENEFICIOS	LIMITACIONES
Autoexamen de mama	Sensibilidad: 26 a 41%	Identifica abultamientos de 0.5 a 1cm	- 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%	- Identifica abultamientos de 2mm - Permite la detección temprana de los cánceres “perdidos” por la mamografía - Permite proporcionar a la mujer la información educativa	- 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%	- Identifica abultamientos de 2mm - Se ha confirmado que contribuye a la disminución de la mortalidad por cáncer de mama	- Aumento de la ansiedad en la mujer - La tasa de mamografías falsas negativas es de 10% en la 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 la mujeres entre 40 - 59 años, y de 4 a 5% en las mujeres entre 60 - 79 años.

7.2.7. ETAPAS DE LA PREVENCIÓN DEL CÁNCER DE MAMA

7.2.7.1 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)

7.2.7.2 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)

7.2.7.3 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)

7.2.8. 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 Alvaro 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 Alvaro Ángel. (2006)

7.2.9. 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 Cancer, 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 hialinado, 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, polimorfas, 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”.

7.2.10. 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.

7.2.11. DETECCIÓN, 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).

8. DISEÑO METODOLOGICO

Para el desarrollo del proyecto 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 proyecto 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.

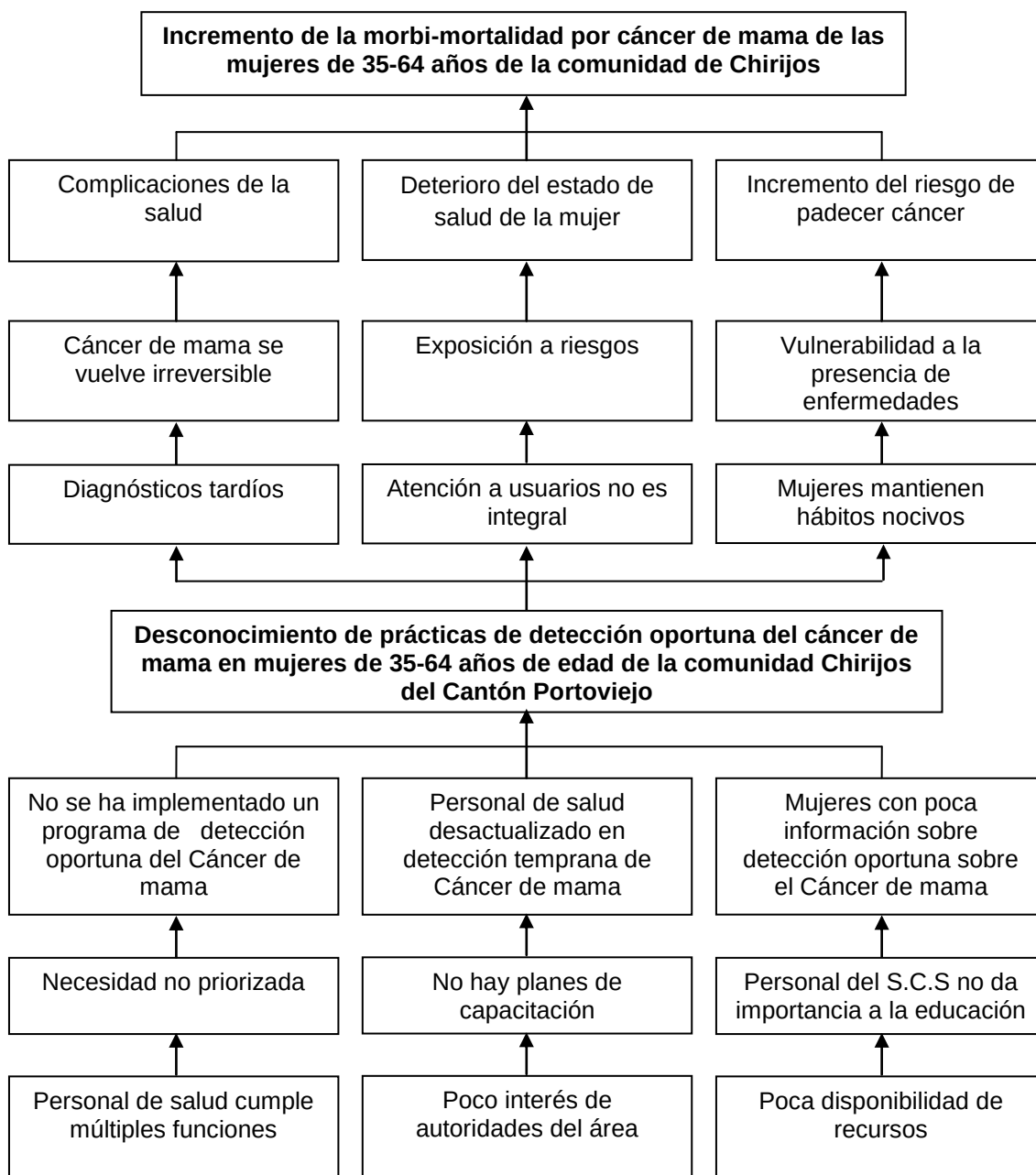
8.1. MATRIZ DE INVOLUCRADOS

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).	Recursos: Humanos Materiales Tecnológicos Infraestructura 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 (Art. 3 Ley Orgánica de la Salud)	Incremento del índice de problemas mamarios Desmotivación en la usuaria Interés en otros programas Bajas coberturas en detección oportuna de CaMa Atención a mujeres de edad -fértil (35-64 años) no es integral
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.	Recursos: Humanos Materiales 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	No hay planes de capacitación

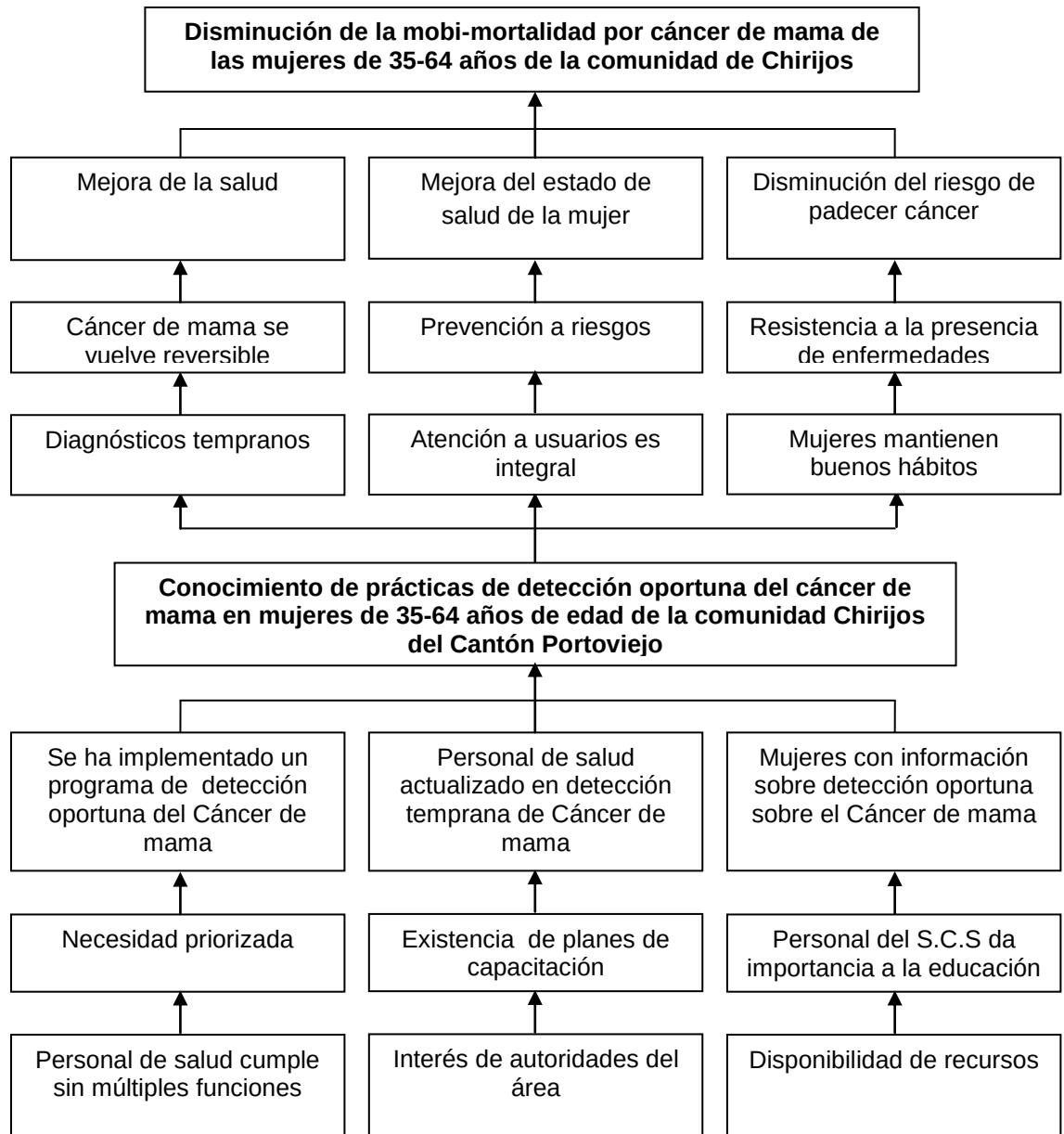
		eficiencia, con enfoque de derechos, intercultural, de género, generacional, bioética. (Art. 1. Ley Orgánica de la Salud)	
Comunidad	Lograr que las usuarias se adhieran a los tratamientos con el fin de reducir el índice de casos presentados.	Recursos: Humanos Mandatos: Alcanzar un buen control del problema 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	Recursos: Humanos Materiales Financieros	No existe un programa de de detección oportuna del Cáncer de

	CaMa dirigido a mujeres de 35-64 años que acuden al S.C.S Chirijos.	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"	mama Personal de salud desactualizado en detección temprana de cáncer de mama Mujeres con poca información sobre detección oportuna sobre el Cáncer de mama
--	---	---	---

8.2. ÁRBOL DE PROBLEMAS



8.3. ÁRBOL DE OBJETIVOS



8.4. MATRIZ DEL MARCO LÓGICO

RESUMEN NARRATIVO	INDICADORES	MEDIOS DE VERIFICACIÓN	SUPUESTOS
Fin: Contribuir a la disminución de la morbi-mortalidad 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: Cáncer de mama detectado oportunamente en mujeres de 35-64 años de edad de la comunidad Chirijos del Cantón Portoviejo y se mejora la calidad de vida.	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 capacitado 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	Fotos Encuesta Boletines de prensa Trípticos	Interés de las mujeres de la comunidad su cultura de auto cuidado

	Cáncer de mama, con énfasis en auto examen de mama		
Actividades	Responsable	Cronograma	Recursos
R 1: Programa de de detección oportuna del Cáncer de mama implementado			
A1. Implementación del programa • Difusión a la comunidad • Motivación • Información	Maestrante Equipo de salud Director de tesis	7 al 28/02/2011	Fotocopia Material de oficina Diseño gráfico 200 USD
A2. Identificación del grupo de riesgo • Identificación de riesgo	Maestrante Equipo de salud	1 al 30/03/2011	Material de oficina 10 USD
A3. Valoración clínica • Historia clínica • Atención programada	Maestrante Equipo de salud	7 de abril al 26 de mayo	Fotocopia Material de oficina 200 USD
A4. Realización de mamografías • Consulta de enfermería • Derivación • Atención de seguimiento	Maestrante Centro de imágenes	2 al 30 de junio Del 07 al 28 de julio	Pago de mamografía 910 USD
R 2. Personal de salud capacitado en detección temprana de cáncer de mama			
A1. Difusión de algoritmos de detección temprana de cáncer de mama	Maestrante Equipo de salud	21 y 28/01/2011 3/02/2011	Material de oficina 10 USD
A2. Organización de	Maestrante	3 al 8/01/2011	Material de oficina

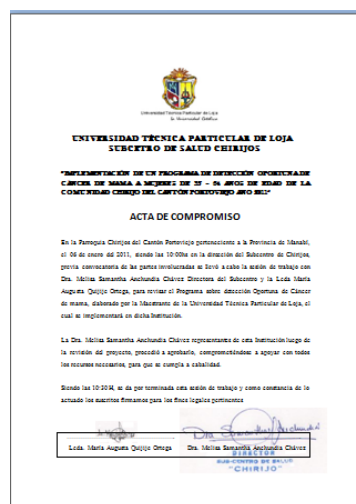
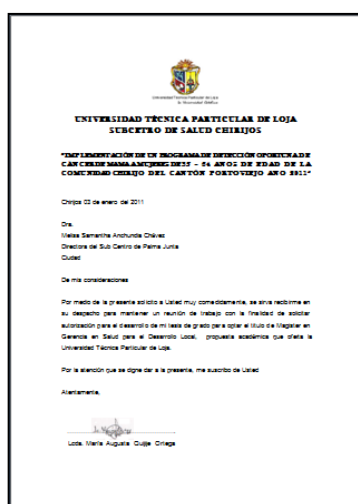
la capacitación			20 USD
A3. Ejecución de talleres de discusión	Maestrante Equipo de salud	13 y 14/01/2011 20 y 21/01 /2011 27 y 28/01/2011 3 y 4/02/2011	Material de oficina y lunch 80 USD
A.4. Evaluación de la capacitación	Maestrante	4/02/2011	Sin costo
R3. Mujeres informadas sobre detección oportuna sobre el Cáncer de mama			
A1. Elaboración de material informativo	Maestrante	21 al 31 de marzo	Material de oficina Diseño gráfico 20USD
A2. Sensibilización A las mujeres mediante visitas domiciliarias, demostración de auto examen mamario, entrega de folletos educativos	Maestrante	4 al 30/03/2011	Impresiones 30 USD
A3. Sensibilización a las mujeres en Sub centro de salud mediante charlas educativas y entrega de material informativo	Maestrante	7/04 al 30/07/ 2001	Impresiones Material de oficina 30USD
A4. Casa abierta	Maestrante Equipo de salud	29/07/2011	100 USD
TOTAL			1610 USD

9. RESULTADOS

RESULTADO 1: PROGRAMA DE 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.- Implementación del programa

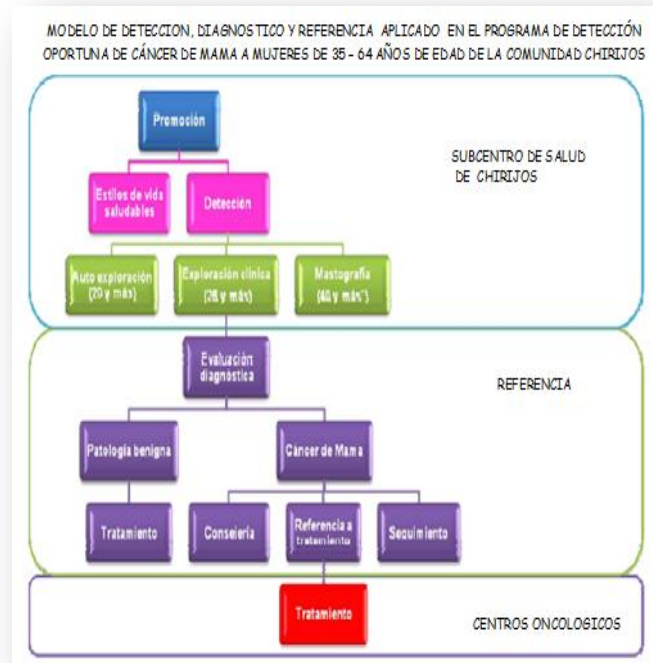
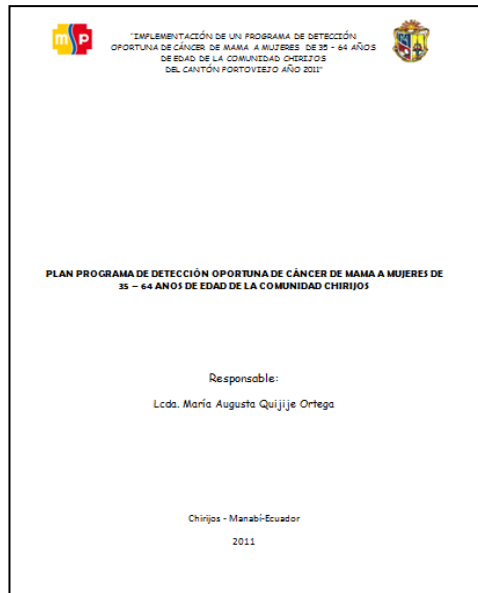
Una de las primeras tareas para el diseño de esta propuesta fue la revisión bibliográfica, misma que se efectuó del 7 al 12 de febrero del 2011, luego se procedió a redactar la propuesta del 14 al 22 de este mismo mes, para posteriormente presentarla al equipo de salud el jueves 24 de febrero. Concomitantemente, 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.



AYÚDANOS A GANAR LA BATALLA
CONTRA EL CÁNCER DE MAMA

SUB-CENTRO DE SALUD DE CHIRIJO





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 postmenopaúsico 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.

A group of nine women are standing in a line outside a light-colored building. From left to right: a woman in a black shirt and brown skirt; a woman in a white shirt and grey skirt; a woman in a pink shirt and grey pants holding a white bag; a woman in a pink shirt and black pants holding several pink balloons; a woman in a beige shirt and grey pants; a woman in a pink shirt and white pants; a woman in a pink shirt and white pants carrying a black bag; and a woman in a pink shirt and black pants holding a white bag. The women are of various ages and are dressed in casual clothing.

ACTIVIDAD 4.- Realización de mamografías

 Servicios de: Densitometría Ósea, Mamografía, Rayos X., Tomografía Helicoidal multicorte y Ecografía (Ultrasonografía), Resonancia Magnética. Dirección: PORTOVIEJO: Calle Quito # 347 y Avenida Manabí. Teléfonos: 2631768 2634964 E-mail: ajpoc@enloza.com Web: www.enloza.com
Portoviejo, Junio 04 / 2011 Paciente: Sra. Alava Clavijo Carmen. Edad: 55 años Examen Realizado: MAMOGRAFIA DIGITAL BILATERAL. INFORME MAMOGRAFICO <i>Piel de espesor normal.</i> <i>Composición mamaria: Simetría mamaria, densidad tipo II.</i> <i>Nódulos: No visualizados.</i> MICROCALCIFICACIONES/CALCIFICACIONES ATÍPICAS: <i>No visualizadas.</i> PROLONGAMIENTOS AXILARES: <i>Libres.</i> CONCLUSION – CLASIFICACION BIRADS. BI-RADS 1: MAMOGRAFIA NEGATIVA. Recomendaciones: <i>Intervalo normal de seguimiento mamográfico (anual).</i> <i>Dr. J. Agustín Loor Guadamud</i> MEDICO RADIOLOGO.

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

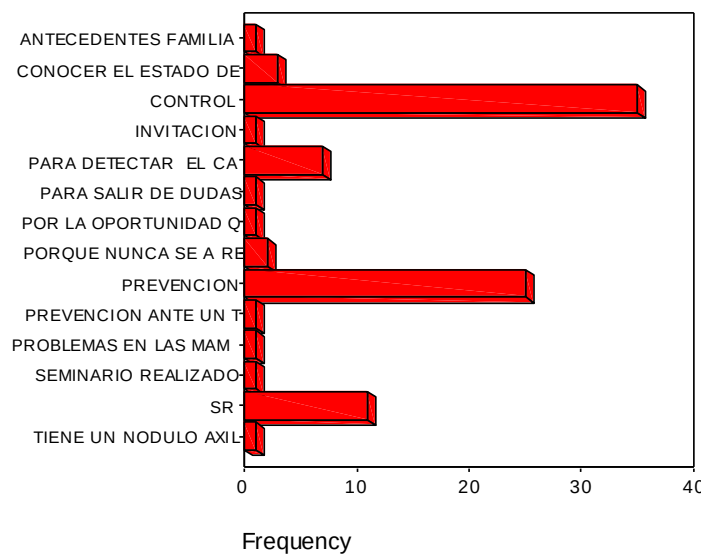
Las mamografías se realizaron a las 91 usuarias. (En Anexo N° 5 se ubica la lista de las usuarias con su respectivo resumen de conclusión, clasificación y recomendaciones de las mamografías) Los resultados de los estudios mamográficos se presentan en los siguientes cuadros y gráficos:

CUADRO N°1

OPINION DE LAS USUARIAS DEL SCS CHIRIJOS SOBRE EL MOTIVO PARA REALIZARSE LA MAMOGRAFÍA. JUNIO 2011

	Frequency	Percent
Valid ANTECEDENTES FAMILIARES	1	1,1
CONOCER EL ESTADO DE SUS MAMAS	3	3,3
CONTROL	35	38,5
INVITACION	1	1,1
PARA DETECTAR EL CANCER	7	7,7
PARA SALIR DE DUDAS SI TIENE O NO TIENE CANCER	1	1,1
POR LA OPORTUNIDAD QUE ESTAN BRINDANDO	1	1,1
PORQUE NUNCA SE A REALIZADO EL EXAM	2	2,2
PREVENCION	25	27,5
PREVENCION ANTE UN TUMOR MALIGNO	1	1,1
PROBLEMAS EN LAS MAMAS	1	1,1
SEMINARIO REALIZADO EN LA UTM	1	1,1
SR	11	12,1
TIENE UN NODULO AXILA IZQ. Y HAY DOLOR	1	1,1
Total	91	100,0

Fuente: Resultados de las Mamografía
Elaboración: Lcda. María Quijije



ANALISIS 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

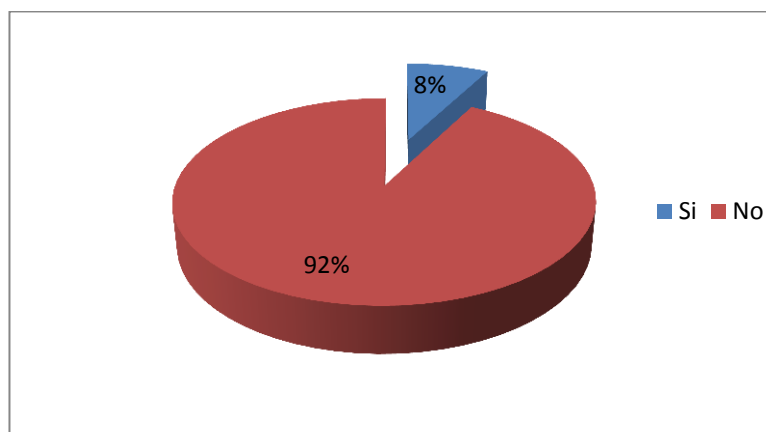
diagnóstico oportuno del cáncer de mama permite efectuar un tratamiento adecuado en un estado precoz de la enfermedad.

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



ANALISIS 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.

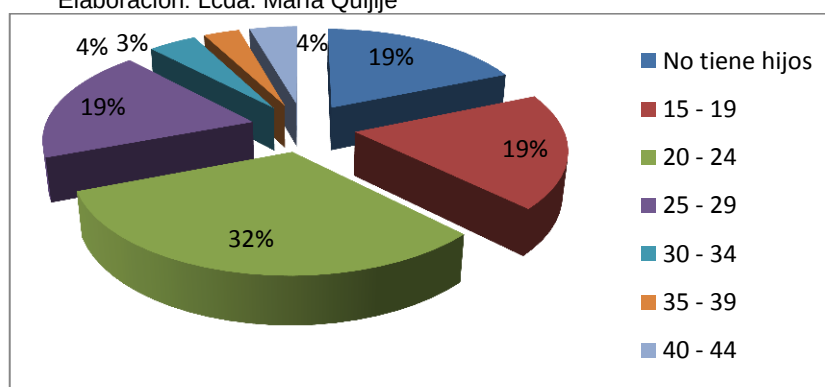
CUADRO N°3

**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

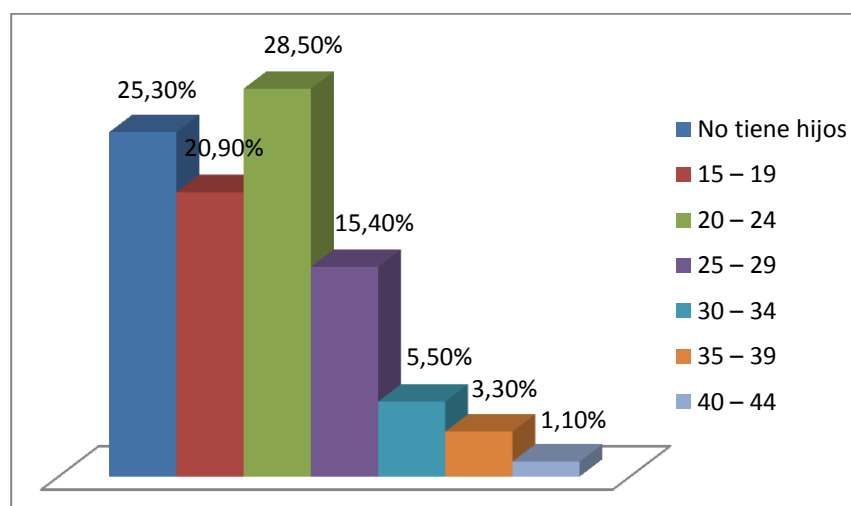
En el grupo en estudio se puede apreciar que la edad en que tuvieron el primer parto fue entre los 20 a 24 años con el 31,8%; de 25 a 29 años con el 18,7% con igual porcentaje se está el grupo de 15 a 19 años y el grupo que no tiene hijos, de 30 a 44 años el 4,4%. Se conoce por estudios realizados, que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



ANALISIS 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

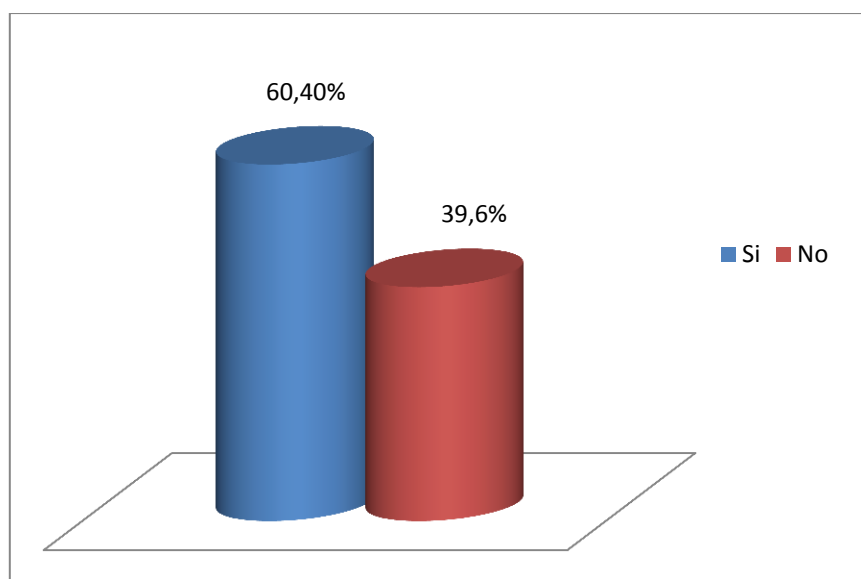
al tejido mamario y aumentar el riesgo de malignidad, en particular en mujeres que tienen su primer embarazo después de los 35 años.

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



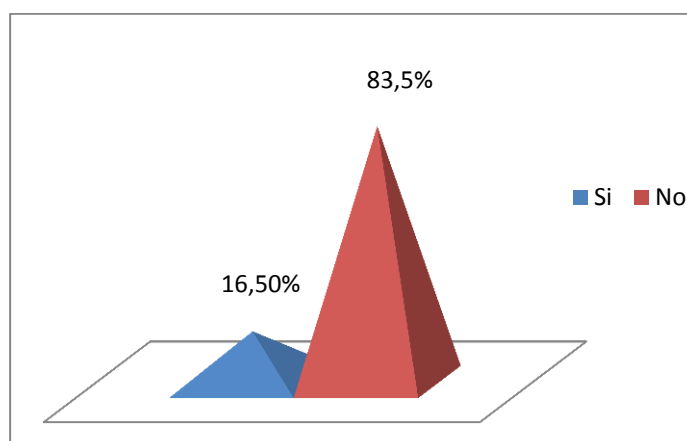
ANALISIS E INTERPRETACIÓN

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



ANALISIS E INTERPRETACIÓN

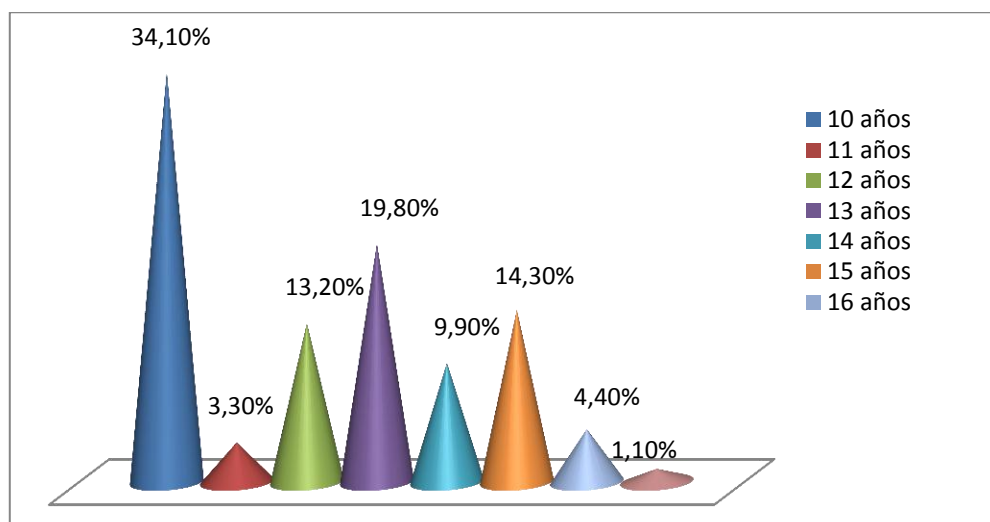
Del total de mujeres entrevistadas el 83,5% señalan que No tienen nódulos ni tampoco dolor, un 16,5% manifiesta tener nódulos en sus senos. Según estudios realizados, la aparición de los nódulos mamarios se debe en un gran porcentaje a condiciones benignas, pero es necesario realizar un diagnóstico diferencial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

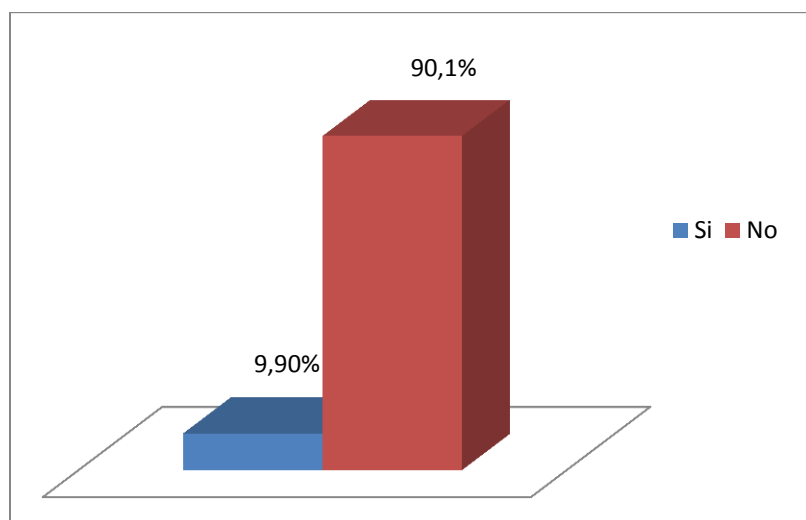
El cuadro y gráfico señalan que la edad de la primera menstruación para la mayoría de mujeres encuestadas fue de 10 años. Según la bibliografía revisada la edad de la

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



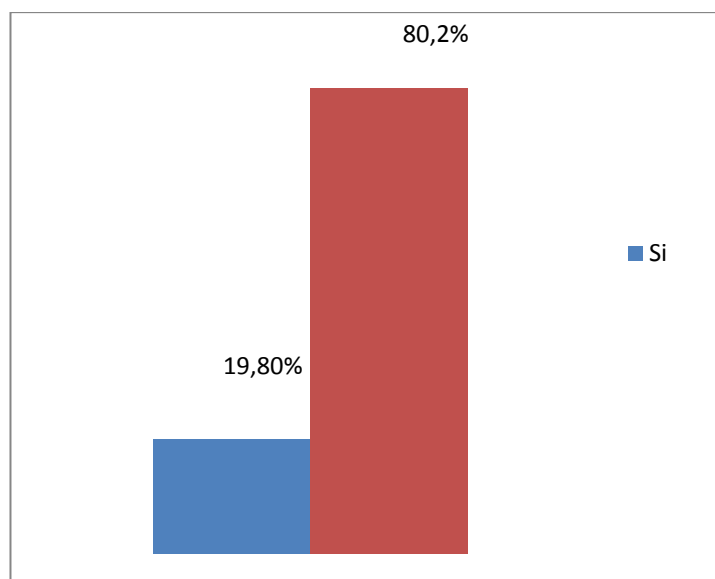
ANALISIS E INTERPRETACIÓN

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 ECOGRAFIA 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 Quijje



ANALISIS E INTERPRETACIÓN

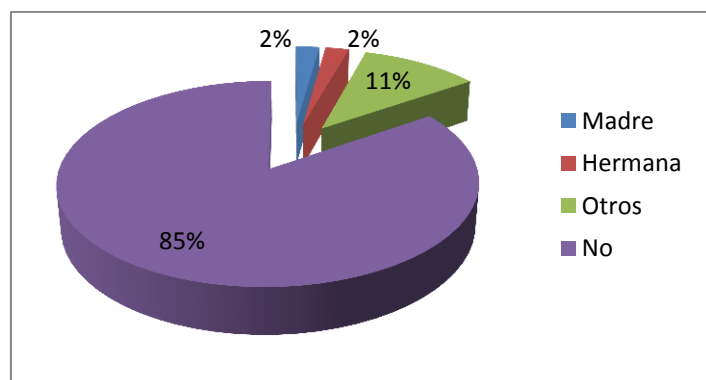
El cuadro y gráfico indican que apenas un 19,2% de las personas encuestadas se realizó ecografía mamaria, siendo sus principales hallazgos glándulas inflamadas.

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 Quijje



ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

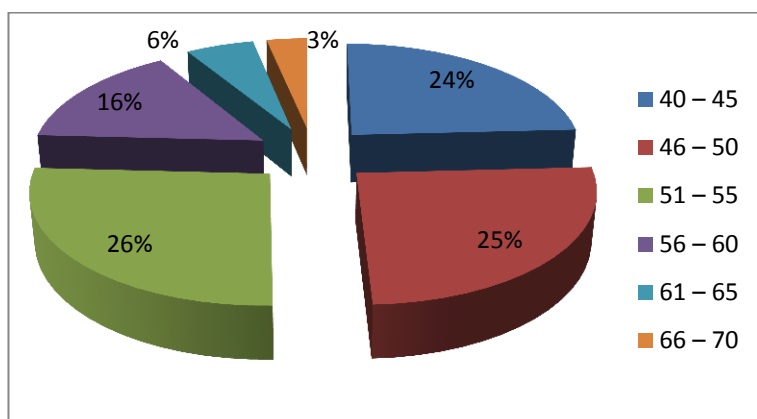
Del grupo en estudio el 2,2% manifiesta tener a su madre con antecedentes de cáncer de mama, un porcentaje igual refiere que tienen una hermana, un 11% señala que otros como tías en primer y segundo grado de consanguinidad; un 85% señala que no tiene familiares con cáncer de mama. Según la bibliografía 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 Nº 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 Quijje



ANALISIS E INTERPRETACIÓN

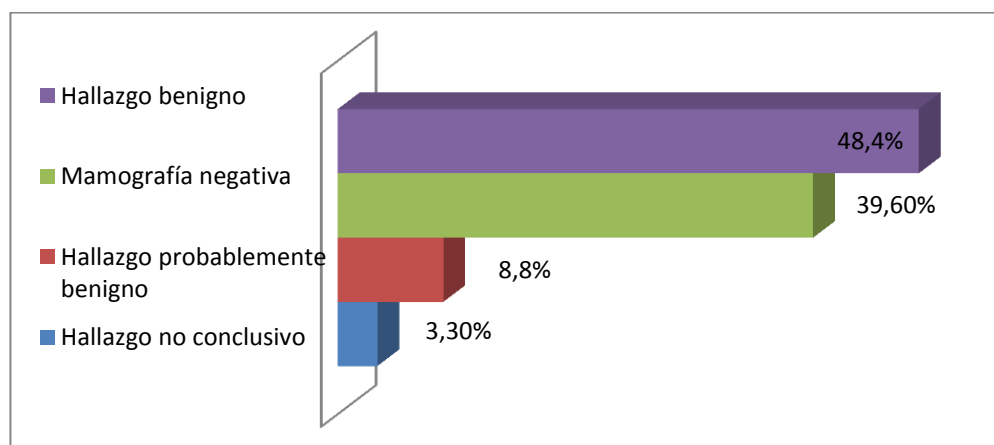
El cuadro y grafico señalan que el grupo de edad en que fue más frecuente se realizó la mamografía fue entre 51-55 con el 26%, el de 46 - 50 con un 25 % y el de 40 - 55 años 5 años con el 24%, de 56-60 el 16%. En menor proporción están las usuarias de 61 a 65 años y de 66 a 70.

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



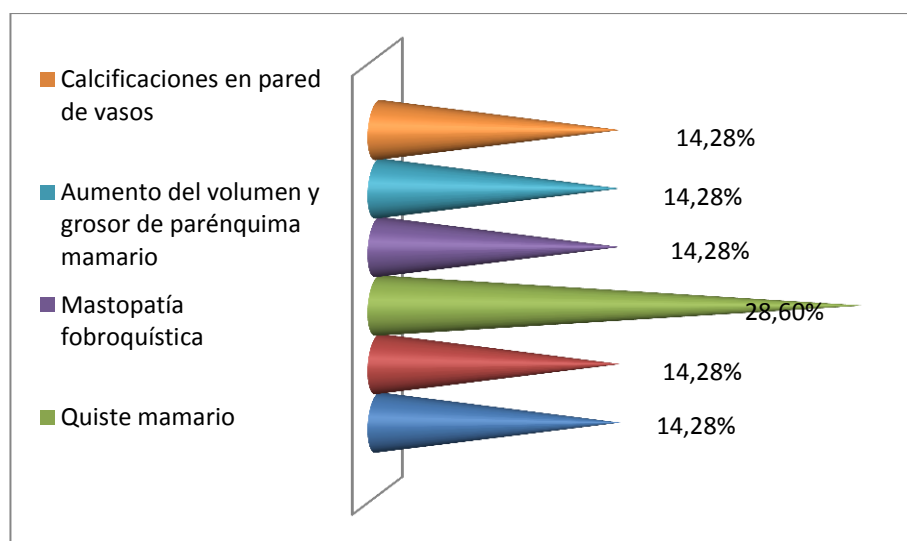
ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

Según el cuadro y gráfico 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 hipoecogénico + 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 Quijje



ANALISIS E INTERPRETACIÓN

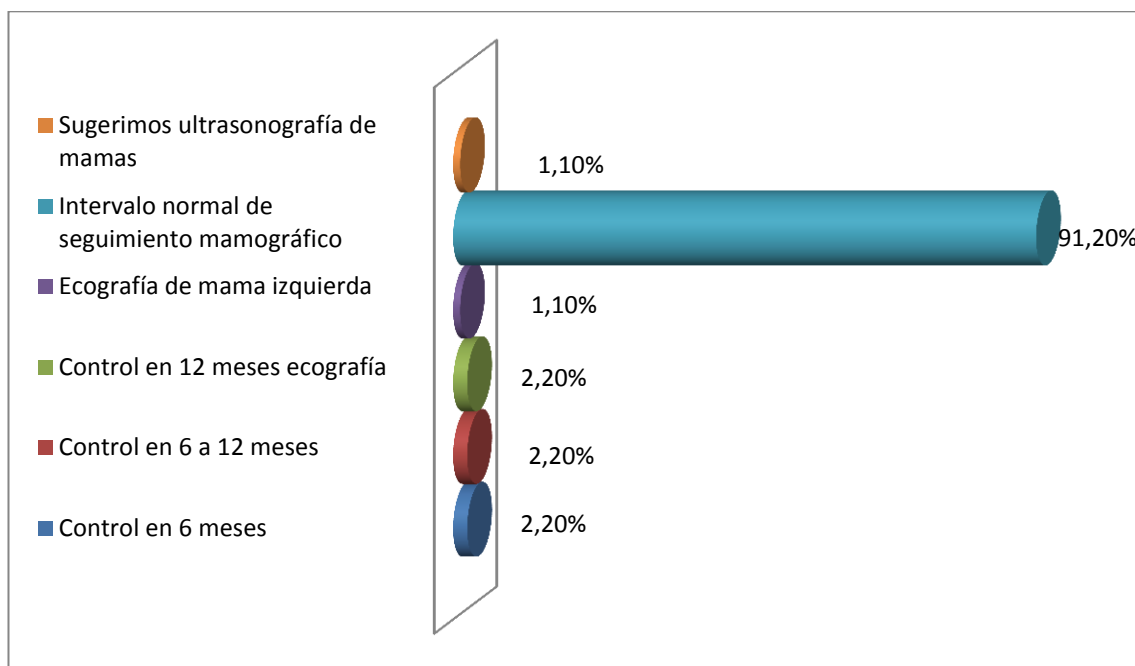
A siete mujeres del grupo en estudio se les realizó un estudio ecográfico como complementación a la mamografía para descartar signos de peligro, de acuerdo al reporte ecográfico todos los siete casos se ubicaron en BI- RADS II ecográfico. Solamente el caso de Nódulo hipoecogénico + ectasia ductal, amerita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



ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

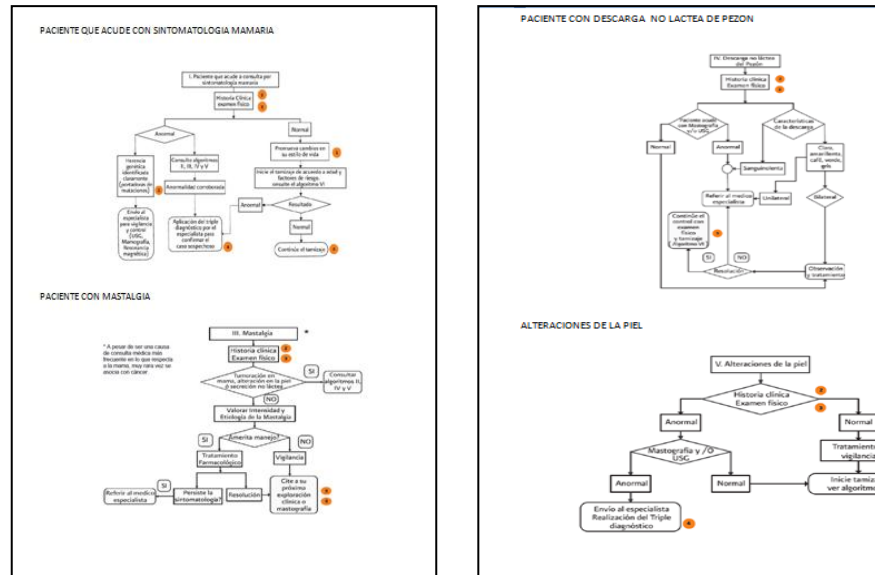
El cuadro y grafica señalan que el 91,2% del grupo de mujeres a quien se les realizó la mamografía, deben tener un intervalo normal de seguimiento mamografico anual; un 8,8% control mamográfico en 6 a 12 meses; un porcentaje igual control en 6 meses; dos personas que corresponden al 1,1% debe hacerse 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			
Jueves 27 de Enero 13:30- 15:30 Hs	Actuación en pacientes con sintomatología mamaria	Equipo de Salud	Manejo de pacientes con mastalgia, descarga no láctea del pezón, alteraciones de la piel, tumoración (nódulos palpables).	Algoritmo de mastalgia Algoritmo de descarga no láctea del pezón Algoritmo de alteraciones de la piel Algoritmo de Mamografía Algoritmo de tumoración y nódulos palpables
Viernes 28 de Enero 13:30- 15:30 Hs	Algoritmo de mastalgia Algoritmo de descarga no láctea del pezón Algoritmo de alteraciones de la piel Algoritmo de Mamografía			
Jueves 03 de Febrero 13:30- 15:30 Hs	Algoritmo de tumoración y nódulos palpables			
Viernes 04 de Febrero 13:30- 15:30 Hs	Educación sobre la técnica de auto examen de mama	Equipo de Salud	Análisis de trípticos a ser entregados a las usuarias	Volantes informativos

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 4 de febrero del 2011

PRODUCTO 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 ha 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 RESULTADO

RESULTADO 1: Programa de de detección oportuna del Cáncer de mama 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 CAPACITADO 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

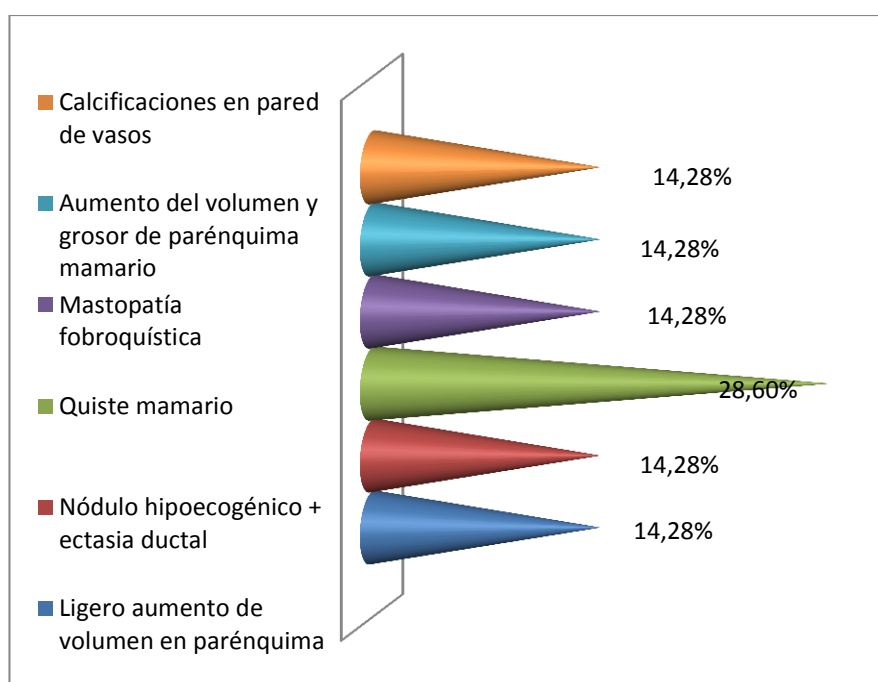
FIN: CONTRIBUIR A LA DISMINUCIÓN DE LA MOBI-MORTALIDAD POR CÁNCER DE MAMA DE LAS MUJERES DE 35-64 AÑOS DE LA COMUNIDAD DE CHIRIJOS

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.

10. CONCLUSIONES

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.

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 proyecto 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.

11. RECOMENDACIONES

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.

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.

Difundir el trabajo realizado para que sirva de modelo en otras unidades de salud de la comunidad.

Se deben ofrecer campañas educativas y de concientización, así como intervenciones con las jóvenes de la comunidad a fin de forjar una cultura preventiva.



12. BIBLIOGRAFIA

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>

Bayo Calero Juan Lucas; Ana Lluch Hernández. (2007). Cáncer de mama cuestiones más frecuentes. GRUPO EDITORIAL ENTHEOS, Madrid

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/librocancermama/Avancescancerdemama.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%20Vol%209\(3\)/rcc2005v09n3a04p93-105.pdf](http://www.cancer.gov.co/documentos/RevistaCC2005%20Vol%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: Anatomía 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](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:

[\(http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs334/en/\)](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>

Petrovski BV. Tumores Malignos: Cáncer de mama. En: Enfermedades Quirúrgicas. Moscú: Editorial Mir

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>

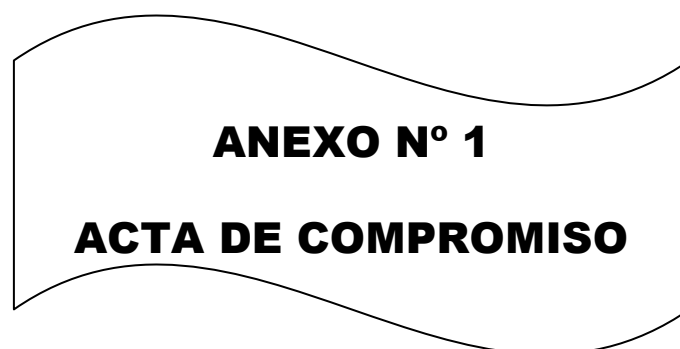
Sociedad de Lucha Contra el Cáncer en Manabí y Esmeraldas (2011). V Encuentro Nacional de Registros de Cáncer recuperado de:
<http://informativosolcamanabi.blogspot.com/2011/06/v-encuentro-nacional-de-registros-de.html>

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>

13. ANEXOS



ANEXO N° 1

ACTA DE COMPROMISO



Universidad Técnica Particular de Loja
La Universidad Católica

UNIVERSIDAD TÉCNICA PARTICULAR DE LOJA SUBCETRO DE SALUD CHIRIJOS

“IMPLEMENTACIÓN DE UN PROGRAMA DE DETECCIÓN OPORTUNA DE CÁNCER DE MAMA A MUJERES DE 35 - 64 AÑOS DE EDAD DE LA COMUNIDAD CHIRIJO DEL CANTÓN PORTOVIEJO AÑO 2011”

ACTA DE COMPROMISO

En la Parroquia Chirijos del Cantón Portoviejo perteneciente a la Provincia de Manabí, el 06 de enero del 2011, siendo las 10:00hs en la dirección del Sub Centro de Chirijos, previa convocatoria de las partes involucradas se llevó a cabo la sesión de trabajo con Dra. Melisa Samantha Anchundia Chávez Directora del Sub Centro y la Lcda María Augusta Quijije Ortega, para revisar el Programa sobre detección Oportuna de Cáncer de mama, elaborado por la Maestrante de la Universidad Técnica Particular de Loja, el cual se implementará en dicha Institución.

La Dra. Melisa Samantha Anchundia Chávez representantes de esta Institución luego de la revisión del proyecto, procedió a aprobarlo, comprometiéndose a apoyar con todos los recursos necesarios, para que se cumpla a cabalidad.

Siendo las 10:30H, se da por terminada esta sesión de trabajo y como constancia de lo actuado los suscritos firmamos para los fines legales pertinentes

Lcda. María Augusta Quijije Ortega

Dra. Melisa Samantha Anchundia Chávez

DIRECTOR
SUB-CENTRO DE SALUD
"CHIRIJO"

ANEXO N° 2
CONTROL DE AVANCE DEL
PROYECTO

TITULO 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 DEL CANTÓN PORTOVIEJO AÑO 2011”

FICHA DE CONTROL DE AVANCE DEL PROYECTO

R 1: Programa de de detección oportuna del Cáncer de mama diseñado e implementado		
ACTIVIDADES	FECHA FIJADA PARA EJECUCIÓN	OBSERVACIONES
A1. Diseño del plan • Revisión bibliográfica • Redacción de la propuesta • Presentación de la propuesta al equipo de salud • Reproducción del material • Difusión a la comunidad	7 al 12/02/2011 14 al 22/02/2011 24/02/2011 14 al 18/02/2011 15 al 28/02/2011	Actividad cumplida en la fecha prevista
A2. Identificación del grupo de riesgo • Identificación de riesgo	1 al 30/03/2011	Actividad cumplida en la fecha prevista
A3. Valoración clínica • Historia clínica • Atención programada	7 de abril al 26 de mayo	Actividad cumplida en la fecha prevista
A4. Realización de mamografías • Consulta de enfermería • Derivación • Atención de seguimiento	2 al 30 de junio Del 07 al 28 de julio	Actividad cumplida en la fecha prevista
R 2. Personal de salud actualizado en detección temprana de cáncer de mama		
ACTIVIDADES	FECHA FIJADA PARA EJECUCIÓN	OBSERVACIONES
A1. Diseño de algoritmos de detención temprana de cáncer de mama	21 y 28/01/2011 3/02/2011	Actividad cumplida en la fecha prevista

A2. Organización de la capacitación	3 al 8/01/2011	Actividad cumplida en la fecha prevista
A3. Ejecución de la capacitación	13 y 14/01/2011 20 y 21/01 /2011 27 y 28/01/2011 3 y 4/02/2011	Actividad cumplida en la fecha prevista
A.4. Evaluación de la capacitación	4/02/2011	Actividad cumplida en la fecha prevista
R3. Mujeres informadas sobre detección oportuna sobre el Cáncer de mama		
ACTIVIDADES	FECHA FIJADA PARA EJECUCIÓN	OBSERVACIONES
A1. Elaboración de material informativo	21 al 31 de marzo	Actividad cumplida en la fecha prevista
A2. Sensibilización Domicilios	4 al 30/03/2011	Actividad cumplida en la fecha prevista
A3. Sensibilización Sub centro de salud	7/04 al 30/07/ 2001	Actividad cumplida en la fecha prevista
A4. Casa abierta	29/07/2011	Actividad cumplida en la fecha prevista

.....
Lcda. Susana Donoso Palomeque Mg. Sc.
DIRECTORA DE TESIS

.....
Lcda. María Augusta Quijije Ortega

ANEXO N° 3
OFICIOS Y ACTAS DE
REUNIÓN



Universidad Técnica Particular de Loja
La Universidad Católica

**UNIVERSIDAD TÉCNICA PARTICULAR DE LOJA
SUBCETRO DE SALUD CHIRIJOS**

**“IMPLEMENTACIÓN DE UN PROGRAMA DE DETECCIÓN OPORTUNA DE
CÁNCER DE MAMA A MUJERES DE 35 - 64 AÑOS DE EDAD DE LA COMUNIDAD
CHIRIJO DEL CANTÓN PORTOVIEJO AÑO 2011”**

Chirijos 03 de enero del 2011

Dra.

Melisa Samantha Anchundia Chávez

Directora del Sub Centro de Palma Junta

Ciudad

De mis consideraciones

Por medio de la presente solicito a Usted muy comedidamente, se sirva recibirme en su despacho para mantener un reunión de trabajo con la finalidad de solicitar autorización para el desarrollo de mi tesis de grado para optar el título de Magister en Gerencia en Salud para el Desarrollo Local, propuesta académica que oferta la Universidad Técnica Particular de Loja.

Por la atención que se digne dar a la presente, me suscribo de Usted
Atentamente,

.....
Lcda. María Augusta Quijije Ortega



Universidad Técnica Particular de Loja
La Universidad Católica

UNIVERSIDAD TÉCNICA PARTICULAR DE LOJA SUBCETRO DE SALUD DE SALUD CHIRIJOS

“IMPLEMENTACIÓN DE UN PROGRAMA DE DETECCIÓN OPORTUNA DE CÁNCER DE MAMA A MUJERES DE 35 - 64 AÑOS DE EDAD DE LA COMUNIDAD CHIRIJO DEL CANTÓN PORTOVIEJO AÑO 2011”

Acta de Reunión

Fecha: 4 de enero del 2011

Hora: 11:00 Hs.

Objetivo de la reunión:

Pedir autorización para realizar de un proyecto sobre “IMPLEMENTACIÓN DE UN PROGRAMA DE DETECCIÓN OPORTUNA DE CÁNCER DE MAMA A MUJERES DE 35 – 64 AÑOS DE EDAD DE LA COMUNIDAD CHIRIJO DEL CANTÓN PORTOVIEJO AÑO 2011”

Resoluciones:

- Aprobación de solicitud de soporte al proyecto.
- Dotación de insumos requeridos para el proyecto.
- Colaboración del equipo de salud.

.....
Lcda. María Augusta Quijije Ortega

MAESTRANTE

ANEXO N° 4
PROGRAMA DE DETECCIÓN
OPORTUNA DE CA MA



"IMPLEMENTACIÓN DE UN PROGRAMA DE DETECCIÓN
OPORTUNA DE CÁNCER DE MAMA A MUJERES DE 35 - 64 AÑOS
DE EDAD DE LA COMUNIDAD CHIRIJOS
DEL CANTÓN PORTOVIEJO AÑO 2011"



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

Responsable:

Lcda. María Augusta Quijije Ortega

Chirijos - Manabí-Ecuador

2011

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.

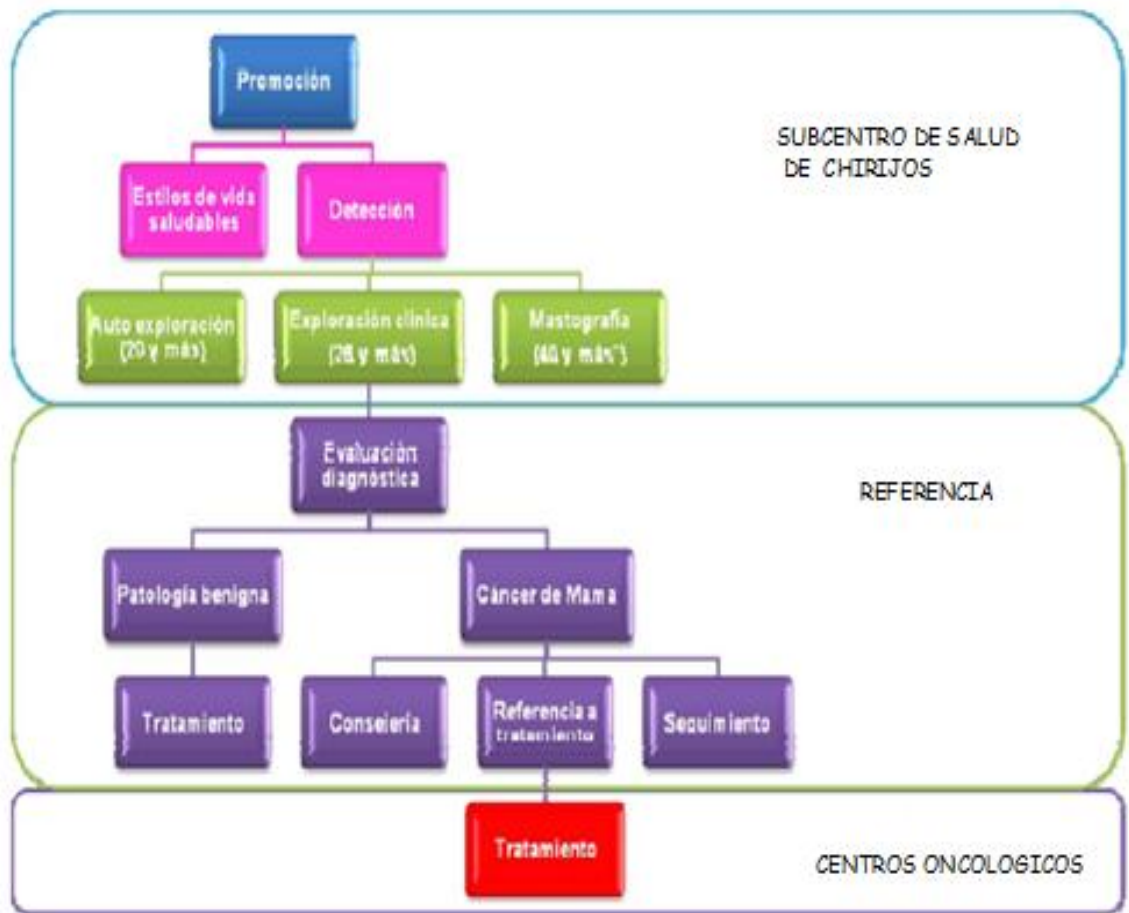
Específicos

- 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:

MODELO DE DETECCIÓN, DIAGNOSTICO Y REFERENCIA APLICADO EN EL PROGRAMA DE DETECCIÓN OPORTUNA DE CÁNCER DE MAMA A MUJERES DE 35 - 64 AÑOS DE EDAD DE LA COMUNIDAD CHIRIJOS



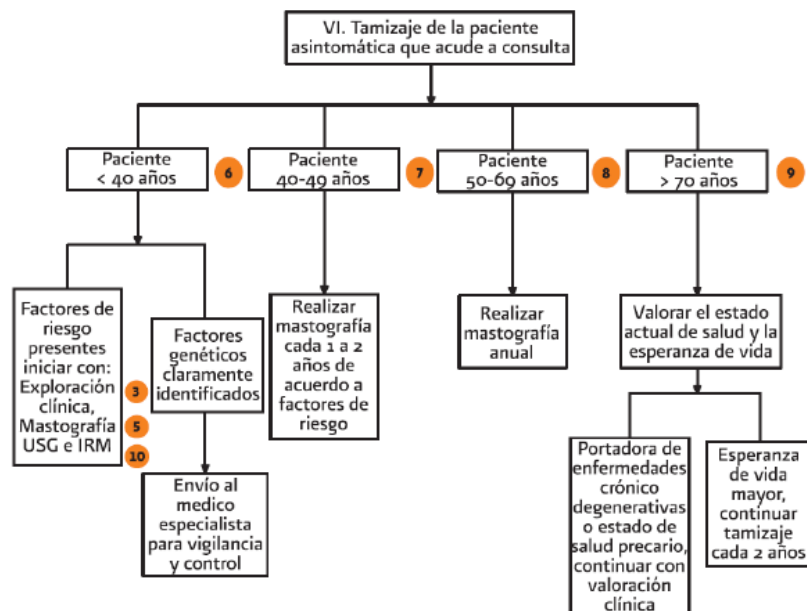
Características esenciales del modelo

- 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 anormalidades identificadas.
- El programa se organiza en torno a un proceso de asesoramiento y conserjería.

COMPONENTES:

1. 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 postmenopaúsico 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 de 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 RECOMENDACION	HALLAZGOS
BI-RADS 0	Requiere estudios complementarios. (Ultrasonografía y/o Resonancia Magnética de mama).	El/los hallazgo/s requieren de imágenes complementarias que permitan expandirse con una lectura (interpretación) razonable. La aplicación de algoritmos de estudios para cada tipo de hallazgos es la actitud recomendada a fin de categorizarla en un nivel de razonable credibilidad. Las imágenes complementarias posteriores acreditarán 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 poseer ni la probabilidad ni la potencialidad de malignidad. Documentan la existencia de un hallazgo focal. Estadísticamente no documentan probabilidad de cáncer.	▪ Ganglio linfático intramamario. ▪ Nódulo radiolúcido lipomatoso ▪ Fibroadenolipoma. ▪ Calcificaciones vasculares. ▪ Calcificaciones en glándulas sebáceas. ▪ Calcificación sedimentarias–leche cálcica en formaciones microquísticas ductales. ▪ Calcificaciones de procesos inflamatorios como mastitis secretoria o galactoforitis o perigalactoforitis. ▪ Calcificaciones en cáscara de huevo de núcleos lipofágicos o liponecrosis o quistes. ▪ Calcificaciones toscas o coraliformes de los fibroadenomas. ▪ Suturas quirúrgicas. ▪ Microcalcificaciones distróficas en mama irradiada o trauma.
BI-RADS 4	El hallazgo tiene atributos imposibles de categorizar en los niveles anteriores, pese a no tener características de un presunto cáncer tiene una probabilidad de serlo entre el 3% y el 20%. Este nivel puede requerir actitudes y procesos que provean soluciones clasificatorias a la anomalía detectada.	▪ Densidad nodular (volumen) de borde parcialmente definido o lobulado o microlobulado. ▪ Ídem combinado con microcalcificaciones cualquiera sea su estructura por debajo del rango del milímetro. ▪ Distorsión arquitectural con o sin masa central, con o sin calcificaciones. ▪ Microcalcificaciones de morfología irregular (mal definido y densidad diferente). Comentario: Este nivel tiene como condicionante para las microcalcificaciones el tamaño, la forma y admite la disposición unilateral en grupo, segmento, sector y zona.
BI-RADS 5	Hallazgo que tiene hasta un 60% de probabilidad de corresponder a un cáncer. Procesos de certeza diagnóstica deben ser implementados.	▪ Densidad con volumen, cualquiera sea su tamaño, de bordes imprecisos, microlobulados o espiculada. ▪ Ídem combinado con microcalcificaciones irregulares. ▪ Condicionante para las microcalcificaciones, es la estructura moldeada, arboriforme o lineal. ▪ Microcalcificaciones irregulares. Comentario: Admite el grupo, además de su distribución lineal, ramificada disponiéndose en segmentos, sectores o zonas.

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

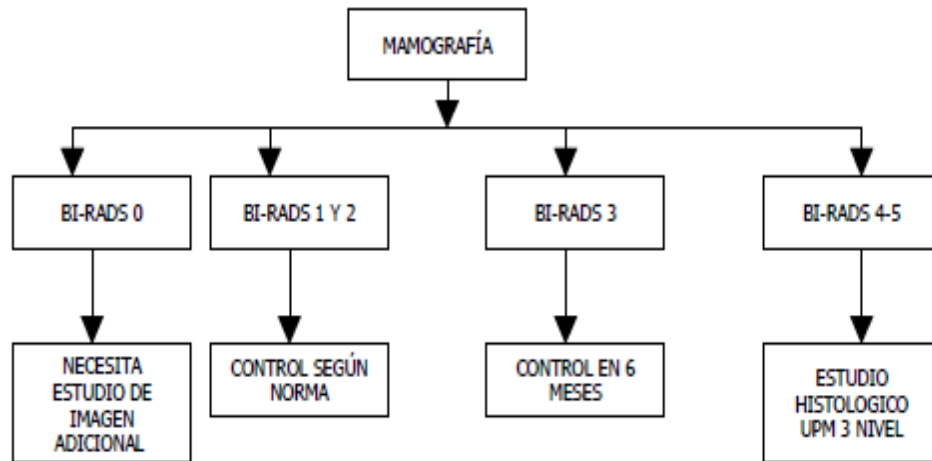
CONDUCTA SEGÚN RESULTADO:

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

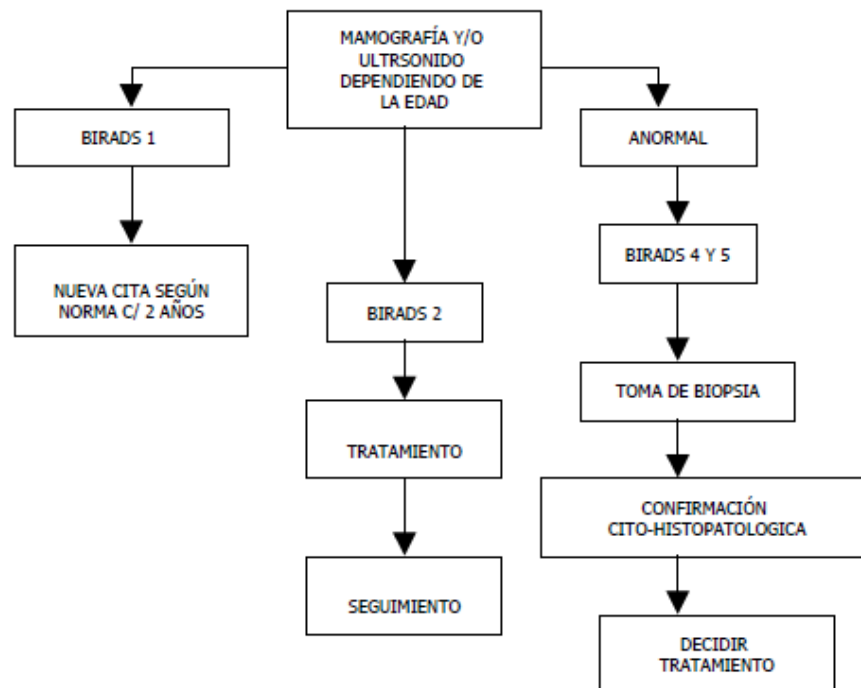
En caso de telorragia (secreción sanguinolenta u oscura) uniorifical y unilateral obtendremos estudio citológico y bacteriológico del líquido secretado por el pezón; practicaremos exploración completa de la mama y mamografía.

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.

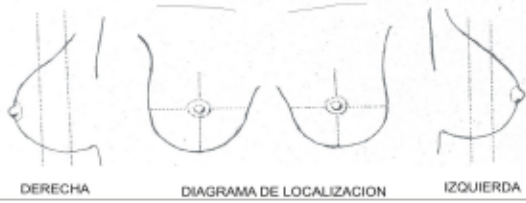
La consejería debe plantear la exploración y expresión de los sentimientos, tales como: angustia, temor, ambivalencia, depresión, ira y negación, con objeto de disminuir éstos para facilitar la toma de decisiones y poner en práctica la acción a seguir.

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.

PRIMER APELLIDO (2)		SEGUNDO APELLIDO (3)		NOMBRES (4)		DUI (5)																																		
DIRECCION		URBANO ☐ RURAL ☐ OTRO _____																																						
FECHA DE NACIMIENTO (6)		EDAD (7) ☐ > 40		No. EXPEDIENTE (8)		ESTABLECIMIENTO QUE REFIERE (9)																																		
						FECHA DE CONSULTA (10)																																		
DATOS CLINICOS																																								
MOTIVO DE CONSULTA																																								
☐ TUMOR (11)	☐ RETRACCION DE PEZON (12)	☐ DOLOR (13)	☐ SECRESION POR PEZON (14)	☐ ECZEMA (15)	☐ ULCERACION (16)	OTRO _____																																		
SINTOMAS LOCALES																																								
☐ TUMOR (18)	☐ RETRACCION DE PEZON (19)	☐ DOLOR (20)	☐ SECRESION POR PEZON (21)	☐ ECZEMA (22)	☐ ULCERACION (23)	FECHA DE PRIMER SINTOMA (17) _____																																		
☐ EDEMA DE BRAZO (24)	☐ PIEL DE NARANJA (25)	☐ MASA AXILAR (26)	OTROS _____																																					
HISTORIA DE ENFERMEDADES PREVIAS																																								
☐ BIOPSIAS ANTERIORES (27)		FECHA DE LA TOMA _____		RESULTADO _____																																				
☐ MASTITIS (30)		OTROS _____																																						
HISTORIA GINECOLÓGICA																																								
☐ EDAD DE LA MENARQUIA (32)		☐ < DE 12 AÑOS		☐ > DE 55 AÑOS		FUR (34) _____																																		
☐ EDAD DE LA MENOPAUSIA (33)		METODO DE P.F. (36)		SI ☐ NO ☐		TIPO ORAL ☐ INY ☐																																		
TERAPIA DE REEMPLAZO HORMONAL (37)		SI ☐ NO ☐		LACTANCIA (38)		SI ☐ NO ☐																																		
		DURACION _____		PRIMER EMBARAZO DESPUES DE LOS 30 AÑOS		SI ☐ NO ☐																																		
HISTORIA PERSONAL Y FAMILIAR				HABITOS																																				
CANCER DE MAMA SI ☐ NO ☐		CANCER DE OVARIO SI ☐ NO ☐		OBESIDAD POSMENOPAUSICA SI ☐ NO ☐		TABACO SI ☐ NO ☐ ALCOHOL SI ☐ NO ☐																																		
EXPLORACION FISICA GENERAL																																								
MOTIVO DEL ECM: ☐ POR TAMIZAJE ☐ MUJER CON AEM(+) ☐ REFERIDA POR ECM(+) ☐ OTRO ESPECIFIQUE _____																																								
RESULTADOS DEL ECM: NORMAL ☐				PROBABLE PATOLOGIA BENIGNA (PPB) ☐ ESPECIFIQUE _____																																				
				PROBABLE PATOLOGIA MALIGNA (PPM) ☐																																				
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th>HALLAZGOS</th> <th>MAMA DER</th> <th>MAMA IZQ</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>Tumor palpable</td><td>Cm</td><td>Cm</td></tr> <tr><td>Nódulo axilar</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>Nódulo supradiaxilar</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>Secreción espontánea pezón</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>Retracción del pezón</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>Ecema del pezón</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>Retracción piel mama</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>Ulceración piel mama</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>Eritema piel mama</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>Edema piel mama</td><td></td><td></td></tr> </tbody> </table>		HALLAZGOS	MAMA DER	MAMA IZQ	Tumor palpable	Cm	Cm	Nódulo axilar			Nódulo supradiaxilar			Secreción espontánea pezón			Retracción del pezón			Ecema del pezón			Retracción piel mama			Ulceración piel mama			Eritema piel mama			Edema piel mama			 DERECHA DIAGRAMA DE LOCALIZACION IZQUIERDA					
HALLAZGOS	MAMA DER	MAMA IZQ																																						
Tumor palpable	Cm	Cm																																						
Nódulo axilar																																								
Nódulo supradiaxilar																																								
Secreción espontánea pezón																																								
Retracción del pezón																																								
Ecema del pezón																																								
Retracción piel mama																																								
Ulceración piel mama																																								
Eritema piel mama																																								
Edema piel mama																																								
INDICACIONES: PROXIMA CITA _____ ESTUDIOS COMPLEMENTARIOS: ☐ USG ☐ MRX ☐ BIOPSIA ☐ CAAF																																								
REFERIDA A 3er NIVEL (UPM): NO ☐ SI ☐ ESTABLECIMIENTO _____ FECHA CITA UPM _____																																								
DIAGNOSTICO PROBABLE _____																																								
NOMBRE, FIRMA Y SELLO DEL MEDICO: _____																																								

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).

ANEXO N° 5
LISTA DE USUARIAS

LISTA DE USUARIAS QUE SE REALIZARON LA MAMOGRAFÍA Y RESULTADOS

Nº	NOMBRE DE LA USUARIA	CONCLUSION, CLASIFICACION Y RECOMENDACIONES DE LA MAMOGRAFÍA
1	Aguilar Plúa Mercy	CONCLUSION – CLASIFICACION BIRADS. BIRADS 2: HALLAZGO BENIGNO. Recomendaciones: Intervalo normal de seguimiento monográfico (anual).
2	Álava Clavijo Carmen	CONCLUSION – CLASIFICACION BIRADS. BI-RADS 1: MAMOGRAFÍA NEGATIVA. Recomendaciones: Intervalo normal de seguimiento mamográfico (anual).
3	Alman González Deice	CONCLUSION – CLASIFICACION BIRADS. BIRADS 0: HALLAZGO INDETERMINADO. Recomendaciones: Sugerimos ultrasonografía de mamas.
4	Arce Wittong Ondina	CONCLUSION – CLASIFICACION BIRADS. BIRADS II: HALAZGO BENIGNO. Recomendaciones: Intervalo normal de seguimiento mamográfico (anual).
5	Avendaño Marlene	CONCLUSION – CLASIFICACION BIRADS Escaso tejido fibroglandular simétrico, de mediana densidad tipo ACR II; se suma reemplazo graso moderado. No se observan nódulos ni calcificaciones atípicas. Ganglios en axila derecha. BI-RADS I. Recomendaciones: Control anual.
6	Briones Ibarra Zita	CONCLUSION-CALSIFICACION BIRADS: BI-RADS II: HALLAZGO BENIGNO. Recomendaciones: Intervalo normal de seguimiento mamográfico (anual).
7	Bumbila Carmen	CONCLUSION-CALSIFICACION BIRADS: Calcificación regular aislada benigna en CII de mama derecha. BI-RADS II. HALLAZGO BENIGNO Recomendaciones: Control en 12 meses
8	Cáceres Gloria	CONCLUSION – CLASIFICACION BIRADS. BIRADS 2: HALLAZGO BENIGNO. Recomendaciones: Intervalo normal de seguimiento mamográfico (anual).
9	Caicedo Genny.	CONCLUSION – CLASIFICACION BIRADS. BIRADS 2: HALLAZGO BENIGNO. Recomendaciones: Intervalo normal de seguimiento mamográfico (anual).
10	Cano Gladys.	BIRADS II. Control anual.

11	Cantos Dolores.	CONCLUSION – CLASIFICACION BIRADS. BI-RADS 1: MAMOGRAFÍA NEGATIVA. Recomendaciones: Intervalo normal de seguimiento mamográfico (anual).
12	Martha Carranza	CONCLUSION – CLASIFICACION BIRADS. BI-RADS 2: HALLAZGO BENIGNO. Recomendaciones: Intervalo normal de seguimiento mamográfico (anual).
13	Damaris Álava	BI-RADS II. Control anual. Recomendaciones: Correlacionar con USE.
14	Viccia Domo	CONCLUSION – CLASIFICACION BIRADS. BIRADS 1: MAMOGRAFIA NEGATIVA. Recomendaciones: Intervalo normal de seguimiento mamográfico (anual).
15	Edita Franco	CONCLUSION – CLASIFICACION BIRADS. BIRADS 2: HALLAZGO BENIGNO. Recomendaciones: Intervalo normal de seguimiento mamográfico (anual).
16	Hela Mariana Escobar	CONCLUSION: Nódulo compatible con: -Quiste mamario izquierdo. -Adenosis. CLASIFICACION BIRADS. BIRADS 3: PROBABLEMENTE BENIGNO. Recomendaciones: Control en 6 a 12 meses.
17	Espinales León Ligia.	CONCLUSION – CLASIFICACION BIRADS. BIRADS 2: HALLAZGO BENIGNO. Recomendaciones: Intervalo normal de seguimiento mamográfico (anual).
18	Fátima de las Mercedes Briones	CONCLUSION – CLASIFICACION BIRADS. BI-RADS 1: MAMOGRAFÍA NEGATIVA. Recomendaciones: Intervalo normal de seguimiento mamográfico (anual).
19	Mercedes Patricia del Rocío García	CONCLUSION – CLASIFICACION BIRADS. BIRADS 2: HALLAZGO BENIGNO. Recomendaciones: Intervalo normal de seguimiento mamográfico (anual).
20	García Cedeño Trinidad.	PROLONGAMIENTOS AXILARES: Libres. CONCLUSION/CLASIFICACION BIRADS.

		BIRADS 3: PROBABLEMENTE BENIGNO. Recomendaciones: - Control en 6 a 12 meses.
21	García Zavala María Vicenta.	CONCLUSION – CLASIFICACION BIRADS. BIRADS 2: HALLAZGO BENIGNO. Recomendaciones: Intervalo normal de seguimiento mamográfico (anual).
22	Gladys María Giler	CONCLUSION – CLASIFICACION BIRADS. BI-RADS 2: HALLAZGO BENIGNO. Recomendaciones: Intervalo normal de seguimiento mamográfico (anual).
23	Giler Brito Blanca.	CONCLUSION – CLASIFICACION BIRADS. BI-RADS 1: MAMOGRAFÍA NEGATIVA. Recomendaciones: Intervalo normal de seguimiento mamográfico (anual).
24	González Zambrano Jenny.	CONCLUSION – CLASIFICACION BIRADS. BI-RADS 1: MAMOGRAFÍA NEGATIVA. Recomendaciones: Intervalo normal de seguimiento mamográfico (anual).
25	Gorozabel Digna.	CONCLUSION – CLASIFICACION BIRADS. BI-RADS 1: MAMOGRAFÍA NEGATIVA. Recomendaciones: Intervalo normal de seguimiento mamográfico (anual).
26	Leticia Nieto Gorozabel	CONCLUSION – CLASIFICACION BIRADS. BI-RADS 2: HALLAZGO BENIGNO. Recomendaciones: Intervalo normal de seguimiento mamográfico (anual).
27	Narcisa Nieto Gorozabel	ID: Signos mamográficos de una Mastopatía fibroquística. BI-RADS III. Control en 6 - 12 meses. Ultrasonido de mamas.
28	Guillem Karla. Cedeño	CONCLUSION – CLASIFICACION BIRADS. BI-RADS 1: MAMOGRAFÍA NEGATIVA. Recomendaciones: Intervalo normal de seguimiento mamográfico (anual).
29	Guillen Karina Cedeño	CONCLUSION – CLASIFICACION BIRADS. BIRADS 2: HALLAZGO BENIGNO. Recomendaciones: Intervalo normal de seguimiento mamográfico (anual).
30	Danita Gutiérrez Dolores	CONCLUSION – CLASIFICACION BIRADS. BIRADS III: HALAZGO PROBABLEMENTE BENIGNO. Recomendaciones:

		Control mamográfico en 12 meses.
31	Viccia Domo Moreira	CONCLUSION – CLASIFICACION BIRADS. BIRADS 2: HALLAZGO BENIGNO. Recomendaciones: Intervalo normal de seguimiento mamográfico (anual).
32	Hortensia Leonor Parrales Cevallos.	CONCLUSION – CLASIFICACION BIRADS. BIRADS 2: HALLAZGO BENIGNO. Recomendaciones: Intervalo normal de seguimiento mamográfico (anual)
33	Intriago Macías Ana María.	CONCLUSION – CLASIFICACION BIRADS. BI-RADS 1: MAMOGRAFÍA NEGATIVA. Recomendaciones: Intervalo normal de seguimiento mamográfico (anual).
34	Jiménez Armijos Narcisa.	CONCLUSION – CLASIFICACION BIRADS. BI-RADS 1: MAMOGRAFÍA NEGATIVA. Recomendaciones: Intervalo normal de seguimiento mamográfico (anual).
35	Tita Gina Limongi	CONCLUSION – CLASIFICACION BIRADS. BI-RADS 3: HALLAZGO PROBABLEMENTE BENIGNO. Recomendaciones: Mamografía en 6 meses.
36	Carmen Alina Loor	CONCLUSION – CLASIFICACION BIRADS. BI-RADS 1: MAMOGRAFIA NEGATIVA. Recomendaciones: Intervalo normal de seguimiento mamográfico (anual).
37	María Alexandra López	CONCLUSION – CLASIFICACION BIRADS. BIRADS 2: HALLAZGO BENIGNO. Recomendaciones: Intervalo normal de seguimiento mamográfico (anual)
38	Lucas Farías Lilia	CONCLUSION: Signos mamográficos de una Mastopatía fibroquística. CLASIFICACION BIRADS. BIRADS 2: HALLAZGO BENIGNO. Recomendaciones: Intervalo normal de seguimiento mamográfico (anual). Correlacionar con ecografía mamaria.
39	Macías Moreira Ana María.	BI-RADS I. Control anual.
40	Macías Robles Clara	BIRADS 2. Control anual
41	Laura María Macías	BIRADS 1 Control anual.

42	María Quiroz	Georgina	CONCLUSION – CLASIFICACION BIRADS. BI-RADS 1: MAMOGRAFÍA NEGATIVA. Recomendaciones: Intervalo normal de seguimiento mamográfico (anual).
43	Mariana Isabel Ferrin		CONCLUSION – CLASIFICACION BIRADS. BIRADS 1: MAMOGRAFIA NEGATIVA. Recomendaciones: Intervalo normal de seguimiento mamográfico (anual).
44	Marianita Benítez	Franco	CONCLUSION – CLASIFICACION BIRADS. BI-RADS 1: MAMOGRAFÍA NEGATIVA. Recomendaciones: Intervalo normal de seguimiento mamográfico (anual).
45	Marjorie Zambrano	Loor	CONCLUSION – CLASIFICACION BIRADS. BIRADS 2: HALLAZGO BENIGNO. Recomendaciones: Intervalo normal de seguimiento mamográfico (anual).
46	Rita Mastarreno	Angélica	CONCLUSION – CLASIFICACION BIRADS. BIRADS 3: PROBABLEMENTE BENIGNO. Recomendaciones: Control en 12 meses.
47	Mendoza Olga	Guerrero	CONCLUSION – CLASIFICACION BIRADS. BIRADS 2: HALLAZGO BENIGNO. Recomendaciones: Intervalo normal de seguimiento mamográfico (anual).
48	Mendoza Leonor	Guevara	BIRADS II. Control en 12 meses. Ecografía de mamas.
49	Mendoza Carmen Luzmila.	Zambrano	CONCLUSION – CLASIFICACION BIRADS. BIRADS 2: HALLAZGO BENIGNO. Recomendaciones: Intervalo normal de seguimiento mamográfico (anual).
50	Mera María Monserrate	Zambrano	CONCLUSION – CLASIFICACION BIRADS. BIRADS 2: HALLAZGO BENIGNO. Recomendaciones: Intervalo normal de seguimiento mamográfico (anual).
51	Gladys Mora Zambrano	Esperanza	CONCLUSION – CLASIFICACION BIRADS. BI-RADS 2: HALLAZGO BENIGNO. Recomendaciones: Intervalo normal de seguimiento mamográfico (anual).
52	Esperanza Moreira Mendoza	Teodora	Axilas: No adenopatías. BI-RADS II. Control en 12 meses

53	Gina Zambrano	Moreira	<i>Axilas: Ganglios de aspecto habitual.</i> BI-RADS III. Control en 12 meses
54	Murillo Gladys	Palacios	CONCLUSION – CLASIFICACION BIRADS. BI-RADS 1: MAMOGRAFÍA NEGATIVA. Recomendaciones: Intervalo normal de seguimiento mamográfico (anual).
55	Naranjo Maximiliana.		CONCLUSION – CLASIFICACION BIRADS. BIRADS 2: HALLAZGO BENIGNO. Recomendaciones: Intervalo normal de seguimiento mamográfico (anual)
56	Navia María Betsy.	Casanova	CLASIFICACION BIRADS. BIRADS III: PROBABLEMENTE BENIGNO. Recomendaciones: Control en 12 meses por mamografía.
57	Navia Lorena	Solórzano	CONCLUSION – CLASIFICACION BIRADS. BI-RADS 0: HALLAZGO NO CONCLUSIVO. Recomendaciones: Ecografía de mama izquierda.
58	Patricia Delgado.	Miranda	CONCLUSION – CLASIFICACION BIRADS. BI-RADS 0: HALLAZGO NO CONCLUSIVO.
59	Patricia Arguello.	Vera	CONCLUSION – CLASIFICACION BIRADS. BI-RADS 1: MAMOGRAFÍA NEGATIVA. Recomendaciones: Intervalo normal de seguimiento mamográfico (anual).
60	Pérez Esvelina Labrentina.	Santana	CONCLUSION – CLASIFICACION BIRADS. BIRADS 2: HALLAZGO BENIGNO. Recomendaciones: Intervalo normal de seguimiento mamográfico (anual).
61	Ponce Cecilia	Cedeño	CONCLUSION – CLASIFICACION BIRADS. BI-RADS 1: HALLAZGO NEGATIVO. Recomendaciones: Intervalo normal de seguimiento mamográfico (anual).
62	Vicenta Villavicencio.	Ponce	CONCLUSION – CLASIFICACION BIRADS. BIRADS 2 – HALLAZGO BENIGNO. Recomendaciones: Intervalo normal de seguimiento mamográfico (anual).
63	Arisbel Quimís Cedeño	Asunción	CONCLUSION – CLASIFICACION BIRADS. BI-RADS 1: MAMOGRAFIA NEGATIVA. Recomendaciones: Intervalo normal de seguimiento mamográfico (anual).

64	Reyna Delgado Cedeño	CONCLUSION – CLASIFICACION BIRADS. BIRADS 2: HALLAZGO BENIGNO. Recomendaciones: Intervalo normal de seguimiento mamográfico (anual).
65	Rina Chávez Mendoza.	CONCLUSION – CLASIFICACION BIRADS. BIRADS 2: HALLAZGO BENIGNO. Recomendaciones: Intervalo normal de seguimiento mamográfico (anual).
66	Rivadeneira Mendoza Martha Judith	BIRADS II. Control en 12 meses.
67	Emilia Asunción Sánchez Álava	CONCLUSION – CLASIFICACION BIRADS. BIRADS 1: Mamografía Negativa. Recomendaciones: Intervalo normal de seguimiento mamográfico (anual).
68	Sánchez Solórzano Deisa	CONCLUSION – CLASIFICACION BIRADS. BI-RADS 1: MAMOGRAFÍA NEGATIVA. Recomendaciones: Intervalo normal de seguimiento mamográfico (anual).
69	Soledad Briones Menéndez	CONCLUSION – CLASIFICACION BIRADS. BIRADS 2: HALLAZGO BENIGNO. Recomendaciones: Intervalo normal de seguimiento mamográfico (anual).
70	Solórzano Ferrin María Elena.	BIRADS 2. Control anual.
71	Solórzano Mera Edda	CONCLUSION – CLASIFICACION BIRADS. BIRADS 2: HALLAZGO BENIGNO. Recomendaciones: Intervalo normal de seguimiento mamográfico (anual).
72	Solórzano Vélez Norys	CONCLUSION – CLASIFICACION BIRADS. BI-RADS 1: MAMOGRAFÍA NEGATIVA. Recomendaciones: Intervalo normal de seguimiento mamográfico (anual).
73	Sandra Lorena Tejena Loo	CONCLUSION – CLASIFICACION BIRADS. BI-RADS 1: MAMOGRAFÍA NEGATIVA. Recomendaciones: Intervalo normal de seguimiento mamográfico (anual).
74	Teresa Chong Chóez	CONCLUSION – CLASIFICACION BIRADS. BI-RADS 1: MAMOGRAFÍA NEGATIVA. Recomendaciones: Intervalo normal de seguimiento mamográfico (anual).
75	Valle Mera Telma	CONCLUSION – CLASIFICACION BIRADS. BI-RADS 1: MAMOGRAFÍA NEGATIVA.

		Recomendaciones: Intervalo normal de seguimiento mamográfico (anual).
76	Vélez Rivera Lucia.	CONCLUSION – CLASIFICACION BIRADS. BIRADS 2: HALLAZGO BENIGNO. Recomendaciones: Intervalo normal de seguimiento mamográfico (anual).
77	Véliz Briones Martha.	CONCLUSION – CLASIFICACION BIRADS. BI-RADS 1: MAMOGRAFÍA NEGATIVA. Recomendaciones: Intervalo normal de seguimiento mamográfico (anual).
78	Véliz Macías Patricia María	CONCLUSION – CLASIFICACION BIRADS. BI-RADS 1: MAMOGRAFÍA NEGATIVA. Recomendaciones: Intervalo normal de seguimiento mamográfico (anual).
79	Nelly Consuelo Vera Loor	CLASIFICACION BIRADS. BIRADS III: PROBABLEMENTE BENIGNO. Recomendaciones: Control en 12 meses por mamografía.
80	Vera Loor Patricia.	CONCLUSION – CLASIFICACION BIRADS. BIRADS 2: HALLAZGO BENIGNO. Recomendaciones: Intervalo normal de seguimiento mamográfico (anual).
81	Vera Navarrete Janeth	CONCLUSION – CLASIFICACION BIRADS. BI-RADS 1: MAMOGRAFÍA NEGATIVA. Recomendaciones: Intervalo normal de seguimiento mamográfico (anual).
82	Villacis Delgado Sonia	CONCLUSION – CLASIFICACION BIRADS. BIRADS 2: HALLAZGO BENIGNO. Recomendaciones: Intervalo normal de seguimiento mamográfico (anual).
83	Villavicencio Andrade Fanny	CONCLUSION – CLASIFICACION BIRADS. BI-RADS 1: MAMOGRAFÍA NEGATIVA. Recomendaciones: Intervalo normal de seguimiento mamográfico (anual).
84	Zambrano Alcívar Mercy.	CONCLUSION – CLASIFICACION BIRADS. BI-RADS 1: MAMOGRAFÍA NEGATIVA. Recomendaciones: Intervalo normal de seguimiento mamográfico (anual).
85	Zambrano Delgado Matilde Isabel	CONCLUSION – CLASIFICACION BIRADS. BIRADS 2: HALLAZGO BENIGNO. Recomendaciones: Intervalo normal de seguimiento mamográfico (anual).

86	Zambrano Elvia	Macías	CONCLUSION – CLASIFICACION BIRADS. BIRADS 2: HALLAZGO BENIGNO. Recomendaciones: Intervalo normal de seguimiento mamográfico (anual).
87	Zambrano Mastarreno Auxiliadora	Norma	CONCLUSION – CLASIFICACION BIRADS. BI-RADS 1: MAMOGRAFÍA NEGATIVA. Recomendaciones: Intervalo normal de seguimiento mamográfico (anual).
88	Zambrano Rina.	Mendoza	CONCLUSION – CLASIFICACION BIRADS. BIRADS 2: HALLAZGO BENIGNO. Recomendaciones: Intervalo normal de seguimiento mamográfico (anual).
89	Zambrano Roxana	Mendoza	CONCLUSION – CLASIFICACION BIRADS. BI-RADS 1: MAMOGRAFÍA NEGATIVA. Recomendaciones: Intervalo normal de seguimiento mamográfico (anual).
90	Zambrano Elsa	Zambrano Monserrate	CONCLUSION – CLASIFICACION BIRADS. BIRADS 2: HALLAZGO BENIGNO. Recomendaciones: Intervalo normal de seguimiento mamográfico (anual).
91	Zambrano Juana	Alcívar	CONCLUSION – CLASIFICACION BIRADS. BIRADS 2: HALLAZGO BENIGNO. Recomendaciones: Intervalo normal de seguimiento mamográfico (anual).

ANEXO N° 6
PLAN DE CAPACITACIÓN
EQUIPO DE SALUD



"IMPLEMENTACIÓN DE UN PROGRAMA DE DETECCIÓN
OPORTUNA DE CÁNCER DE MAMA A MUJERES DE 35 - 64 AÑOS
DE EDAD DE LA COMUNIDAD CHIRIJOS
DEL CANTÓN PORTOVIEJO AÑO 2011"



PLAN DE CAPACITACIÓN PARA EL PERSONAL DE SALUD

Responsable:

Lcda. María Augusta Quijije Ortega

Chirijos - Manabí-Ecuador

2011

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.

JUSTIFICACION

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 ESPECIFICOS

- 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.

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 trabajo	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 trabajo	Propuesta de trabajo	Modelo de atención
Jueves 20 de Enero 13:30- 15:30 Hs	Examen clínico	Equipo de trabajo	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			
Jueves 27 de Enero 13:30- 15:30 Hs	Actuación en pacientes con sintomatología mamaria	Equipo de trabajo	Manejo de pacientes con mastalgia, descarga no láctea del pezón, alteraciones de la piel, tumoración (nódulos palpables).	Algoritmo de mastalgia Algoritmo de descarga no láctea del pezón Algoritmo de alteraciones de la piel Algoritmo de Mamografía Algoritmo de tumoración y nódulos palpables
Viernes 28 de Enero 13:30- 15:30 Hs	Algoritmo de mastalgia Algoritmo de descarga no láctea del pezón Algoritmo de alteraciones de la piel Algoritmo de Mamografía			
Jueves 03 de Febrero 13:30- 15:30 Hs	Algoritmo de tumoración y nódulos palpables			
Viernes 04 de Febrero 13:30- 15:30 Hs	Educación sobre la técnica de auto examen de mama	Equipo de trabajo	Análisis de trípticos a ser entregados a las usuarias	Volantes informativos

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

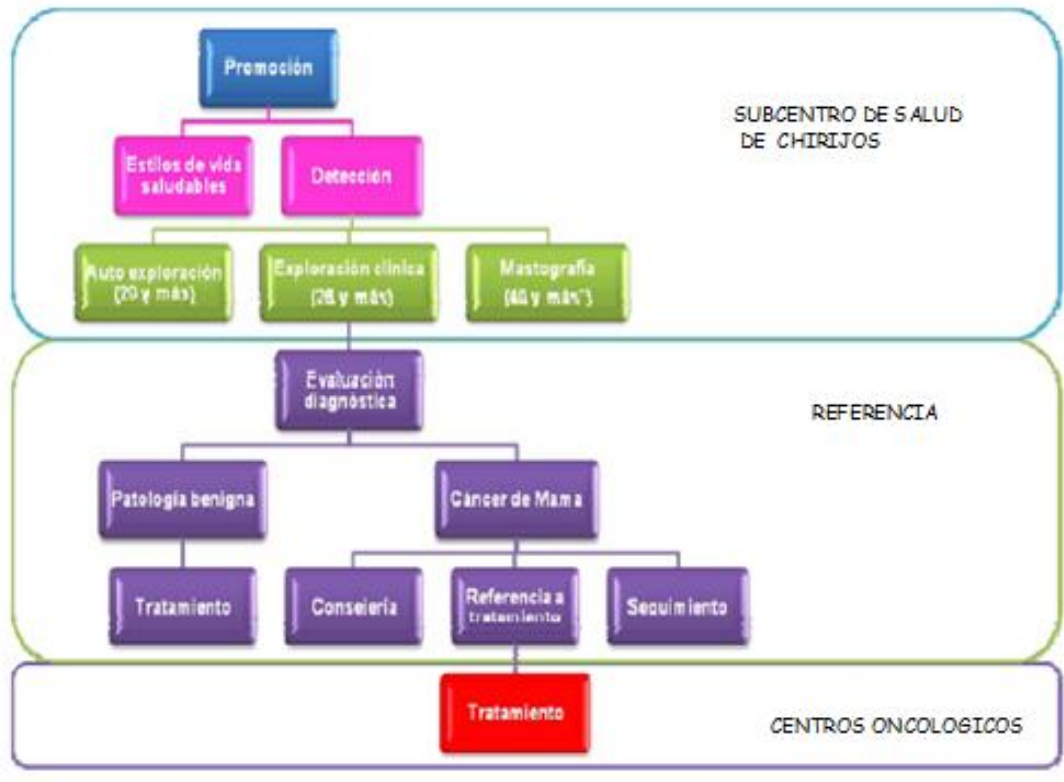
Se lo hará a través de los resultados de las reuniones de trabajo contemplados en la programación

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		

ANEXOS

1. MODELO DE ATENCIÓN

MODELO DE DETECCIÓN, DIAGNOSTICO Y REFERENCIA APLICADO EN EL PROGRAMA DE DETECCIÓN OPORTUNA DE CÁNCER DE MAMA A MUJERES DE 35 - 64 AÑOS DE EDAD DE LA COMUNIDAD CHIRIJOS



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 CLINICO

Se elaborara 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:

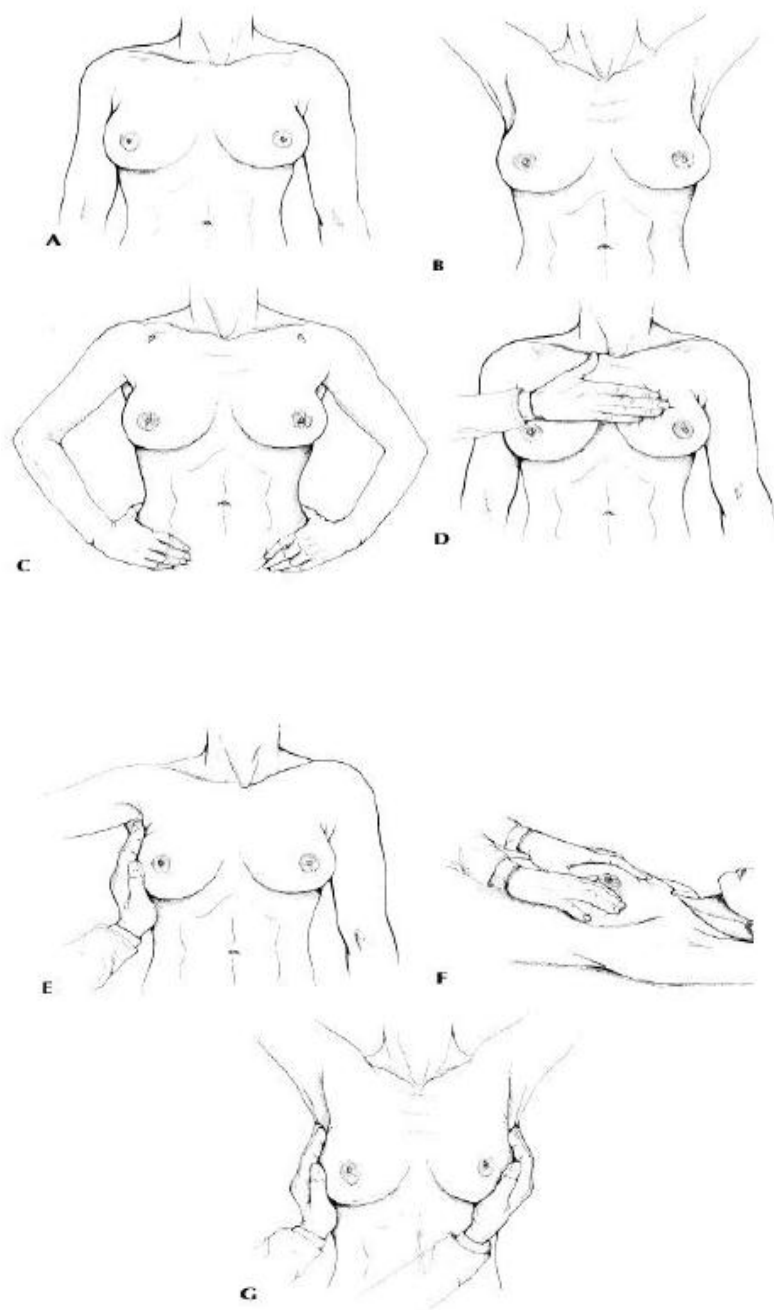
- asimetría mamaria
- retracción del pezón y/o de piel
- ulceraciones y fijaciones de la piel

- coloración de la piel

b. Palpación:

- masa tumoral
- tamaño en cm.
- localización
- forma
- consistencia
- 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. TECNICA DEL EXAMEN CLINICO DE LAS MAMAS

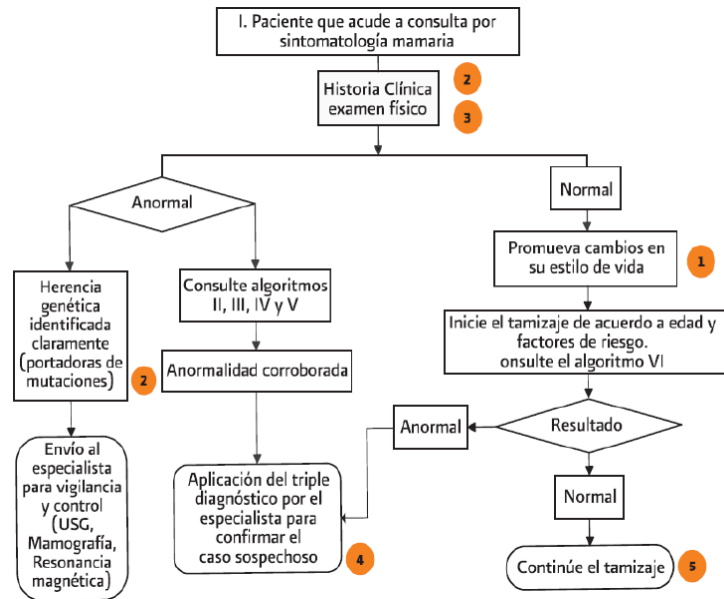


6. LLENADO DE LA HISTORIA CLINICA

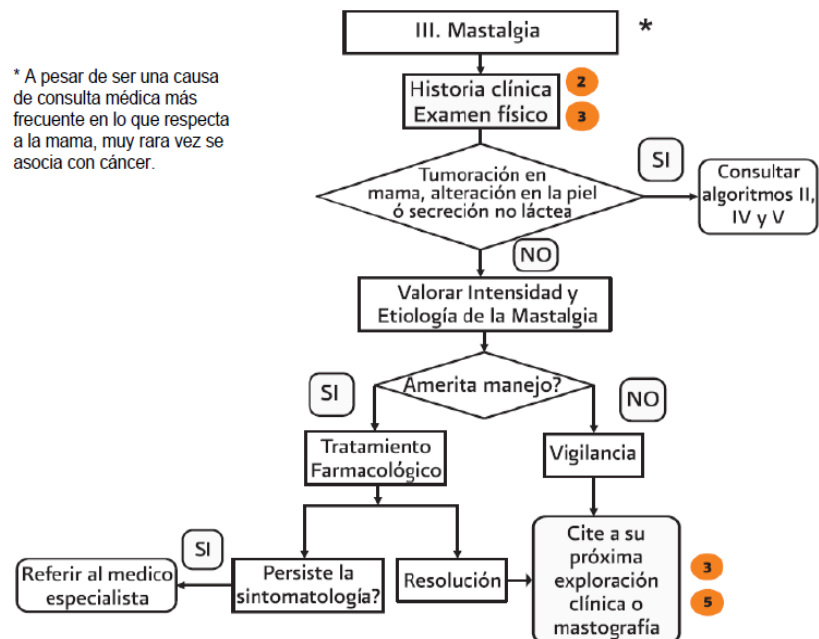
NOMBRE DEL ESTABLECIMIENTO (1)			
PRIMER APELLIDO (2)		SEGUNDO APELLIDO (3)	NOMBRES (4)
		DUI (5)	
		URBANO ☐ RURAL ☐ OTRO _____	
DIRECCION			
FECHA DE NACIMIENTO (6)	EDAD (7)	No EXPEDIENTE (8)	ESTABLECIMIENTO QUE REFIERE (9)
		FECHA DE CONSULTA (10)	
DATOS CLINICOS			
MOTIVO DE CONSULTA			
☐ TUMOR (11)	☐ RETRACCION DE PEZON (12)	☐ DOLOR (13)	☐ SECRESION POR PEZON (14)
		☐ ECZEMA (15)	☐ ULCERACION (16)
OTRO _____			
SINTOMAS LOCALES			
☐ TUMOR (18)	☐ RETRACCION DE PEZON (19)	☐ DOLOR (20)	☐ SECRESION POR PEZON (21)
		☐ ECZEMA (22)	☐ ULCERACION (23)
		FECHA DE PRIMER SINTOMA (17)	
☐ EDEMA DE BRAZO (24)	☐ PIEL DE NARANJA (25)	☐ MASA AXILAR (26)	OTROS _____
HISTORIA DE ENFERMEDADES PREVIAS			
☐ BIOPSIAS ANTERIORES (27) _____ RESULTADO _____			
FECHA DE LA TOMA			
☐ MASTITIS (30) OTROS _____			
HISTORIA GINECOLÓGICA			
☐ EDAD DE LA MENARQUIA (32)	☐ < DE 12 AÑOS	_____/_____/_____ G P P A V	☐ NULIGESTA
	> DE 55 AÑOS	FUR (34)	(35)
☐ EDAD DE LA MENOPAUSIA (33)		METODO DE P.F. (36)	SI ☐ NO ☐
		TIPO ORAL ☐ INY ☐	(37)
TERAPIA DE REEMPLAZO HORMONAL (37)	SI ☐ NO ☐	LACTANCIA (38)	SI ☐ NO ☐
		DURACION _____	PRIMER EMBARAZO DESPUES DE LOS 30 AÑOS SI ☐ NO ☐
HISTORIA PERSONAL Y FAMILIAR		HABITOS	
CANCER DE MAMA SI ☐ NO ☐	CANCER DE OVARIO SI ☐ NO ☐	OBSESIDAD POSMENOPAUSICA SI ☐ NO ☐	TABACO SI ☐ NO ☐ ALCOHOL SI ☐ NO ☐
EXPLORACION FISICA GENERAL			
MOTIVO DEL ECM: ☐ POR TAMIZAJE ☐ MUJER CON AEM(+) ☐ REFERIDA POR ECM(+) ☐ OTRO ESPECIFIQUE _____			
RESULTADOS DEL ECM: NORMAL ☐			
		PROBABLE PATOLOGIA BENIGNA (PPB) ☐ ESPECIFIQUE _____	
		PROBABLE PATOLOGIA MALIGNA (PPM) ☐	
PALPACIONES	MAMA DER	MAMA IZQ	
Tumor palpable	Cm	Cm	
Nódulo axilar			
Nódulo subcutáneo			
Secreción			
Sangrado por pezón			
Retracción del pezón			
Ecema del pezón			
Retracción per mama			
Ulceración piel mama			
Ecema piel mama			
Edeema piel mama			
INDICACIONES: PROXIMA CITA ____/____/____ ESTUDIOS COMPLEMENTARIOS: ☐ USG ☐ MRX ☐ BIOPSIA ☐ CAAF			
REFERIDA A 3er NIVEL (UPM): NO ☐ SI ☐ ESTABLECIMIENTO _____ FECHA CITA UPM ____/____/____			
DIAGNOSTICO PROBABLE _____			
NOMBRE, FIRMA Y SELLO DEL MEDICO: _____			

7. ALGORITMOS DE ATENCION

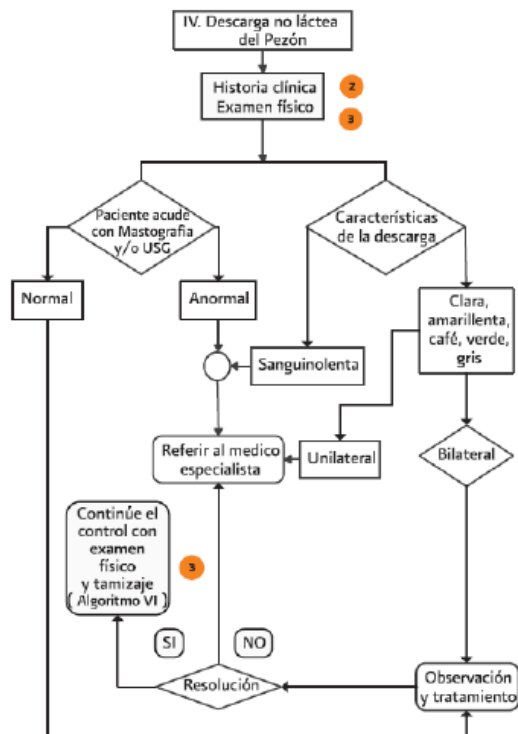
PACIENTE QUE ACUDE CON SINTOMATOLOGIA MAMARIA



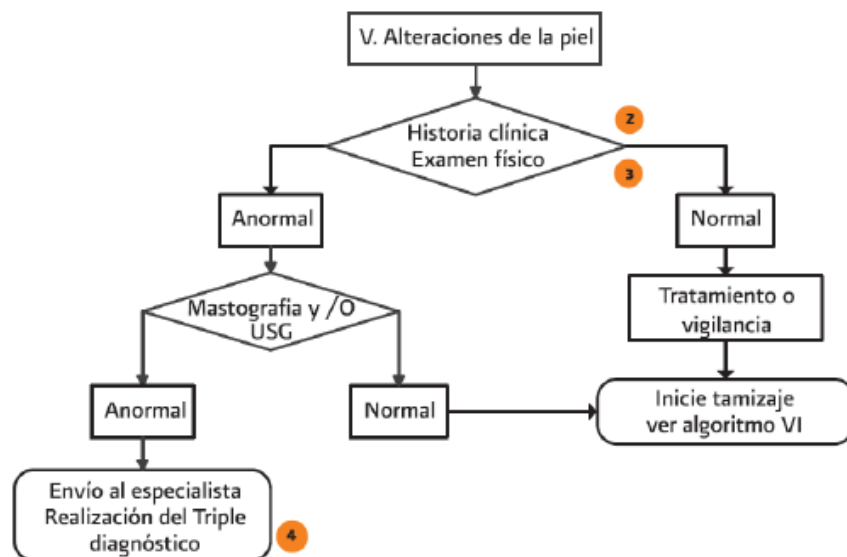
PACIENTE CON MASTALGIA

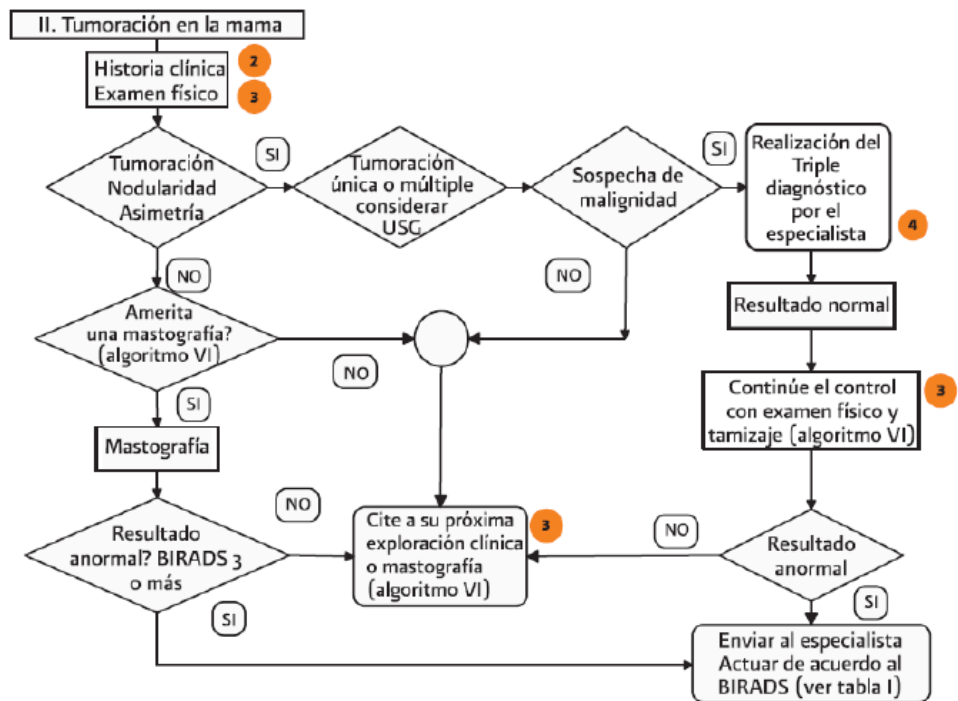


PACIENTE CON DESCARGA NO LACTEA DE PEZON

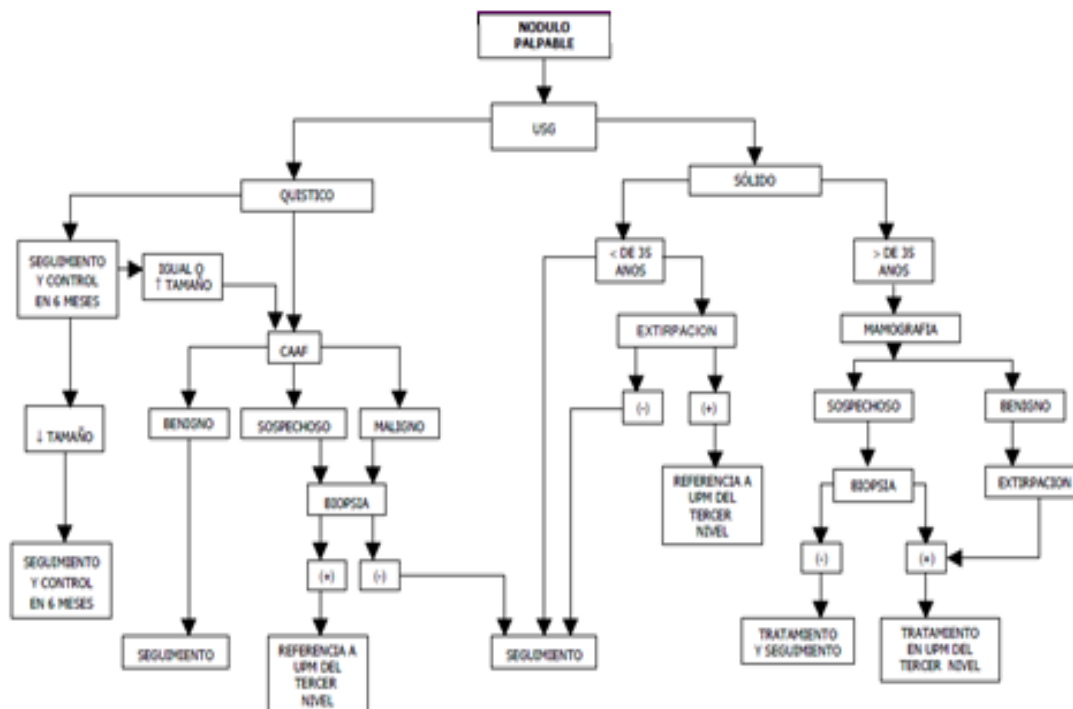


ALTERACIONES DE LA PIEL

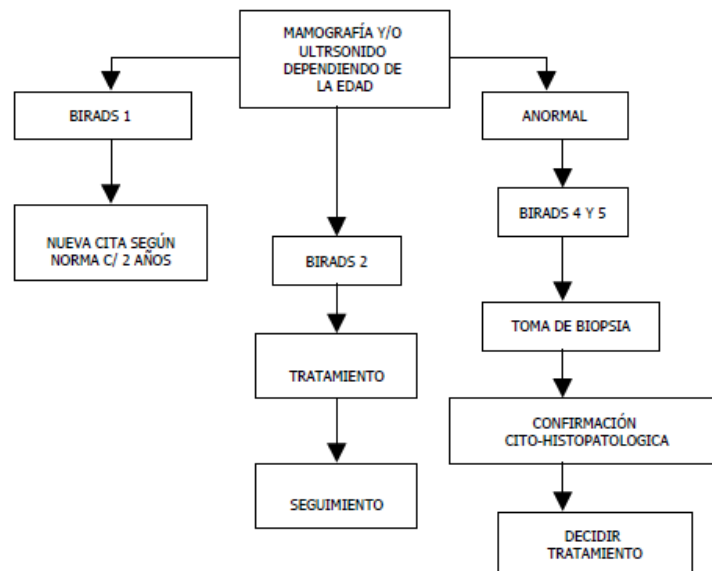




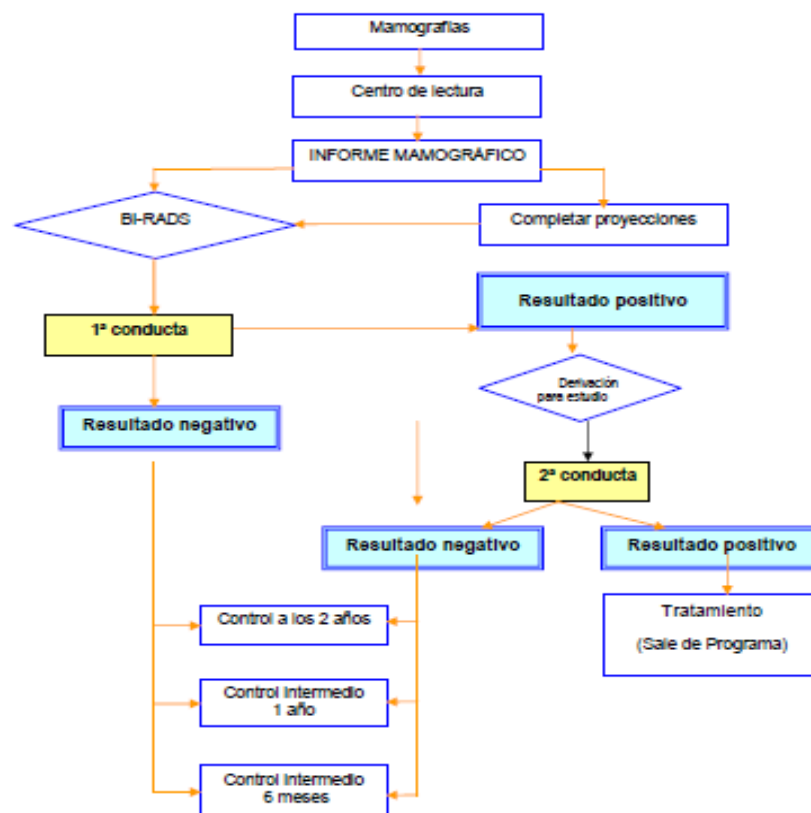
NODULOS PALPABLES



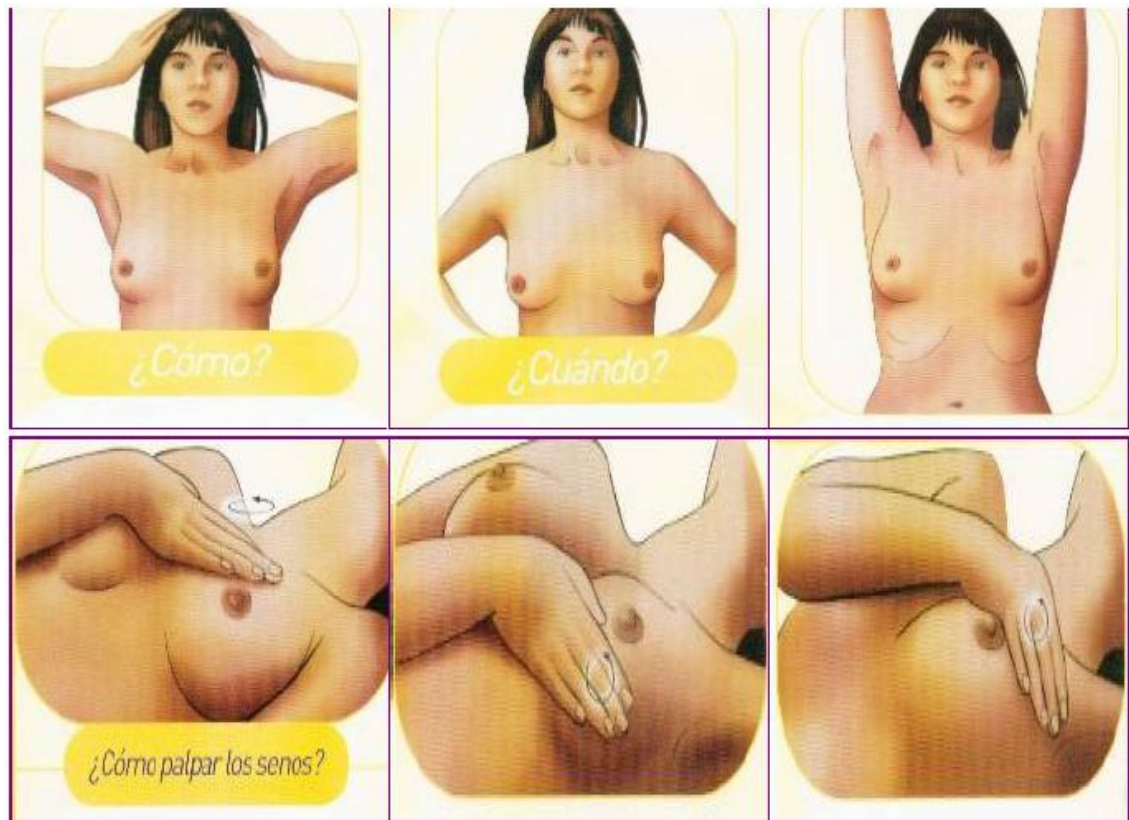
RESULTADO DE LA MAMOGRAFIA



ALGORITMO DEL INFORME MAMOGRAFICO Y CONDUCTA A SEGUIR



8. EDUCACION SOBRE LA TECNICA DEL AUTOEXAMEN DE MAMA



¿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 palparse 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.

9. DIAPOSITIVAS REVISADAS EN LA CAPACITACION

PREVENCIÓN DETECCIÓN Y DIAGNÓSTICO DE CÁNCER DE MAMA

DR. RAUL VELARDE GALDOS
Departamento de Promoción de la Salud,
Prevención y Control del Cáncer
INEN



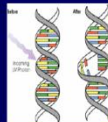
SEDENTARISMO

ALCOHOL



TABACO

CÁNCER



GENETICO



DIETA

EL CÁNCER DE MAMA CONSTITUYE ACTUALMENTE
UN PROBLEMA DE SALUD PÚBLICA EN EL MUNDO ENTERO.

FACTORES DE RIESGO

CONTROVERSIALES:

1. LACTACION
2. USO DE DIETILESTILBESTROL
3. ABORTOS
4. DIETA RICA EN GRASAS
5. ALCOHOL
6. TABACO

Factores de riesgo



EL CÁNCER DE MAMA CONSTITUYE ACTUALMENTE
UN PROBLEMA DE SALUD PÚBLICA EN EL MUNDO ENTERO

FACTORES DE RIESGO

- ESTABLECIDOS:
1. EDAD
 2. ANTECEDENTES PERSONALES FAMILIARES
 3. ANTECEDENTES DE TUMOR BENIGNO PROLIFERATIVO.
 4. EXPOSICIÓN PROLONGADA A ESTROGENOS - ENDOGENOS
 5. EXPOSICION A RADIACIONES IONIZANTES
 6. OBESIDAD POST MENOPAUSICA

EL CÁNCER DE MAMA CONSTITUYE ACTUALMENTE
UN PROBLEMA DE SALUD PÚBLICA EN EL MUNDO ENTERO.

FACTORES DE RIESGO

ESPECULATIVOS

1. FITOESTROGENOS
2. OBESIDAD PRE-MENOPAUSICA
3. EXPOSICIÓN A RADIACIONES ELECTROMAGNETICAS
4. TAMAÑO MAMA
5. TRAUMA MAMARIO

**EL CANCER DE MAMA CONSTITUYE ACTUALMENTE
UN PROBLEMA DE SALUD PUBLICA EN EL MUNDO ENTERO.**

FACTORES DE RIESGO

APARENTES:

1. NULIPARIDAD
2. TERAPIA DE REEMPLAZO HORMONAL
3. ANTICONCEPTIVOS

**FACTORES DE BAJO RIESGO PARA CANCER DE MAMA
RIESGO RELATIVO 1.1 - 2.0**

1. PRIMERA GESTACION > 30 AÑOS
2. MENARQUIA PRECOZ (< 12 AÑOS)
3. MENOPAUSIA TARDIA (> 50 AÑOS)
4. OBESIDAD POST MENOPAUSICA
5. NULIPARIDAD
6. LACTACION (NUNCA)
7. USO DE ANTICONCEPTIVO (< 45 AÑOS)
8. USO DE TERAPIA HORMONAL
9. ESTADO SOCIO- ECONOMICO
10. RESIDENCIA URBANA
11. RAZA
12. RELIGION

**FACTORES DE MEDIANO RIESGO
PARA CANCER DE MAMA**

RIESGO RELATIVO 2.1 - 4.0

1. ASIMETRIA DENSIDADES NODULARES (POST MENOPAUSICAS
(> 75 % DE VOLUMEN DE LA MAMA)
2. UN FAMILIAR EN 1ER. GRADO CON CANCER DE MAMA
3. BIOPSIA CONFIRMADA CON HIPERPLASIA ATIPICA DUCTAL
4. RADIACION DEL TORAX CON ALTAS DOSIS

**CUAL ES LA MEJOR EPOCA PARA
REALIZAR EL AUTOEXAMEN DE
LA MAMA?**

- TODOS LOS MESES ENTRE EL SEXTO Y DECIMO DIA POSTERIOR AL DIA DE INICIO DE LA MENSTRUACION.
- Y PARA LAS MUJERES QUE NO MESTRUAN EL PRIMER DIA DE CADA MES O UN DIA FIJO DE CADA MES.

**QUE ES EL AUTO EXAMEN DE
LA MAMA ?**

- ES EL EXAMEN QUE TODA MUJER DEBE REALIZAR EN SUS MAMAS, COMO UNA FORMA DE CUIDADO Y RECONOCIMIENTO DE SU PROPIO CUERPO.

**COMO REALIZAR EL AUTO
EXAMEN?**

DELANTE DE UN ESPEJO:

Observe la simetría de los senos, levante los brazos y observe si hay alguna anomalía en la piel como:
heridas, depresiones, tumoraciones, y/o secreciones por el pezón.



ACOSTADA



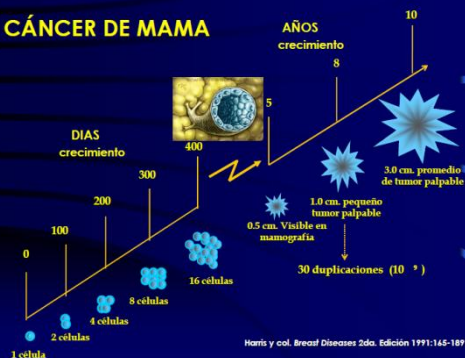
- Coloca la mano izquierda detrás de la cabeza. Con la punta de los dedos de la otra mano con poca presión, palpa toda la mama izquierda en forma circular. Es importante que examines toda la mama. Luego procede de igual manera con la mama derecha



SIGNOS DE ALERTA

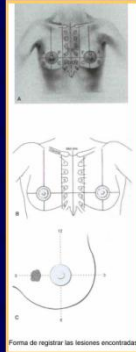
- ASIMETRÍA MAMARIA
- RETRACCIÓN DE LA PIEL O DEL PEZÓN
- FLUJO POR EL PEZÓN
- PROTUBERANCIAS – NUDULOS ANORMALES

CÁNCER DE MAMA



QUE ES UN EXAMEN CLÍNICO ?

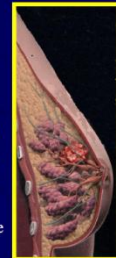
- ES EL EXAMEN REALIZADO POR EL ESPECIALISTA EN MASTOLOGÍA.



QUE HACER AL OBSERVAR ALGUNA ALTERACIÓN ?

- Acuda al Especialista de inmediato, NO DUDE!!!
- No tenga vergüenza ni miedo su decisión puede salvarle la vida.

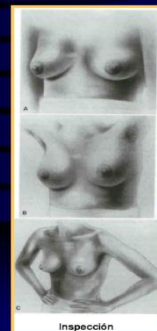
* Para nuestro país es todavía importante porque descubrimos el tumor más pequeño.



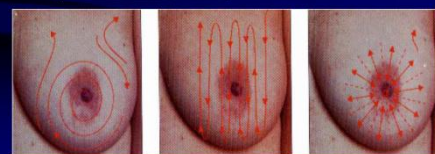
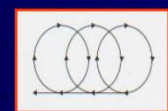
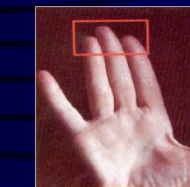
COMO DESCUBRIR EL CANCER DE MAMA ?

- REALIZANDO EL AUTOEXAMEN DE LAS MAMAS TODOS LOS MESES Y UN EXAMEN CLÍNICO POR AÑO.

Examen Clínico



Palpación en decúbito dorsal



PREVENCION TERCIAIA

Realizar todos los métodos en los pacientes del cáncer de mama para hacer diagnóstico temprano de las metástasis.



CASOS ESPECIALES

1. Cáncer de mama en varón
2. Cáncer de mama y gestación
3. Cáncer de mama intraquistico
4. Cáncer inflamatorio de la mama
5. Enfermedad de Paget
6. Tumor Phyllodes
7. Sarcomas de mama
8. Linfomas de mama

CANCER DE MAMA Y GESTACION



TUMOR PHYLLODES



CARCINOMA INFLAMATORIO DE LA MAMA



ENFERMEDAD DE PAGET



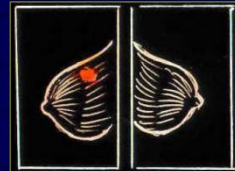
ECZEMA DE AREOLA





FLUJO SANGUINOLENTO POR EL PEZON ESPONTANEO

FLUJO SANGUINOLENTO POR EL PEZON.



MAMOGRAFIA POSITIVA

Deben tener trabajo diagnóstico



MICROCALCIFICACIONES

Microcalcificaciones sospechosas hasta 10% puede ser cáncer, por lo cual deben tener trabajo diagnóstico.

CANCER DE MAMA

- CARCINOMAS
- SARCOMAS
- LINFOMAS
- METASTASIS



CARCINOMA



QUISTE DE MAMA



LINFOMA



SARCOMA



CARCINOMA INFLAMATORIO

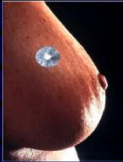


CARCINOMA BILATERAL

DIAGNOSTICO

1. EXAMEN CLINICO
2. MAMOGRAFIA
3. ECOGRAFIA
4. RESONANCIA MAGNÉTICA

Detectable mamográficamente



SIGNOS CLASICOS PARA
NM DE MAMA

- ✓ Tumor
- ✓ Engrosamiento de la piel , piel retraída, piel de naranja.
- ✓ Adherencia espontánea.
- ✓ Adherencia inducida.

Detectable clínicamente









CONCLUSIÓN

- No todo tumor de la mama es cáncer.
- Las lesiones benignas tienen diferente riesgo de convertirse en cáncer.
- El examen físico y la mamografía anual desde los 40 años es vital para el despistaje de cáncer de mama.

ANEXO N° 7
TRÍPTICOS INFORMATIVOS



**AYÚDANOS A GANAR LA BATALLA
CONTRA EL CÁNCER DE MAMA**

SUB-CENTRO DE SALUD DE CHIRIQUÓS



**PROGRAMA DE
DETECCIÓN
OPORTUNA DE
CÁNCER DE
MAMA A MUJERES
DE 35 - 64 AÑOS
DE EDAD**



**Ven asiste todos los
jueves**

PREVIENE REALIZANDOTE
EL AUTOEXAMNE

TIPOS DE CANCER DE MAMA

FACTORES DE RIESGO

Pasos para el examen



Palpación



Relaxada, con el brazo extendido, palpa suavemente.



Primero la mitad interna de la mama con la mano contraria y los dedos extendidos.



Palpa de arriba abajo y al centro.



Comprueba si hay axilarias por el pecho.



Finalmente termina con la palpación del hueso pelvico y región suprapúbica.



Universidad Tecnológica del Ecuador
La Internacional del Conocimiento

IMPLEMENTACIÓN DE UN PROGRAMA DE DETECCIÓN OPORTUNA DE CÁNCER DE MAMA A MUJERES DE 35 - 64 AÑOS DE EDAD DE LA COMUNIDAD QUIRIJO DEL CANTÓN PORTOVELAZO



LEDA, MUJER INDIGNA QUE SE OIRTEA

CÁNCER DE MAMA



Un crecimiento maligno del tejido mamario. El cáncer se puede extender fundamentalmente a los ganglios linfáticos cercanos y menos.

Raro en hombres (aunque posible) y en mujeres por debajo de los 30 años, con mayor incidencia entre los 45 y los 65, aumenta después de la menopausia.

SÍNTOMAS

Los síntomas más característicos son:

- Asintomático al principio.
- Retracción del pezón.
- Bultos en mama o en axilas.

FACTORES DE RIESGO



PREVENCIÓN

AUTOEXAMEN DE MAMAS

Inspección



En el espejo observa la simetría de las mamas.



Observa si existen retracciones de la piel

ANEXO N° 8
EVIDENCIAS FOTOGRÁFICAS

PRESENTACIÓN DE LA PROPUESTA AL EQUIPO DE SALUD



IDENTIFICACIÓN DE GRUPO DE RIESGO





VALORACIÓN CLÍNICA



ACTUALIZACIÓN DEL EQUIPO DE SALUD





ELABORACIÓN DE MATERIAL DE DIFUSIÓN E INFORMATIVO







SENSIBILIZACIÓN EN DOMICILIOS





SENSIBILIZACIÓN EN UNIDAD EDUCATIVA





SENSIBILIZACIÓN EN EL SUB CENTRO DE SALUD







CASA ABIERTA

