

Calidad de vida asociada a la utilidad y riesgos de la imagenología mamaria en los últimos 5 años, de un grupo de mujeres entre los 20 a 30 años, en el Eje Cafetero con sospecha de cáncer de mama por antecedentes familiares o masas clínicamente palpables

Diana Erika Díaz Rodríguez

Andrés Felipe González Molina

Sandra Milena Valencia Arboleda

Universidad Nacional Abierta y a Distancia UNAD

Escuela de Ciencias de la Salud ECISA

Tecnología en Radiología e Imágenes Diagnósticas

Medellín

2023

Calidad de vida asociada a la utilidad y riesgos de la imagenología mamaria en los últimos 5 años, de un grupo de mujeres entre los 20 a 30 años, en el Eje Cafetero con sospecha de cáncer de mama por antecedentes familiares o masas clínicamente palpables

Diana Erika Díaz Rodríguez

Andrés Felipe González Molina

Sandra Milena Valencia Arboleda

Asesora

María Elena Sánchez Ramírez

Proyecto Aplicado como opción de grado

Universidad Nacional Abierta y a Distancia UNAD

Escuela de Ciencias de la Salud ECISA

Tecnología en Radiología e Imágenes Diagnósticas

Medellín

2023

Resumen

El cáncer de mama es una enfermedad que se presenta a nivel mundial, tiene prevalencia en edades adultas y su origen puede ser genético o ambiental. Se da por un tumor maligno siendo en algún momento la mayor causa de mortalidad de mujeres en el mundo. El diagnóstico de esta enfermedad en su mayoría se da en la edad del ciclo vital adulta lo que puede predisponer a un diagnóstico tardío que limita el tratamiento óptimo. El presente estudio de investigación tiene como objetivo conocer acerca de la calidad de vida asociada a la utilidad y riesgos de la imagenología mamaria en los últimos 5 años, de un grupo de mujeres entre los 20 a 30 años, en Eje Cafetero con sospecha de cáncer de mama por antecedentes familiares o masas clínicamente palpables. Su nivel es descriptivo y su enfoque cuantitativo.

Algunos factores de riesgo asociados a esta patología se estipulan por sexo, edad, antecedentes clínicos, enfermedad mamaria, estructura corporal, factores relacionados con el ambiente, la alimentación etc. La importancia de este proyecto radica en generar conocimientos acerca de esta condición asociada a la calidad de vida y factores que se puedan identificar, lo que hace que a nivel de praxis pueda permitir una visión científica con la cual se puedan implementar estrategias de evaluación, diagnóstico e intervención temprana.

Palabras clave: Cáncer de Mama, Imagenología de la Mama, Calidad de Vida.

Abstract

Breast cancer is a disease that occurs worldwide, is prevalent in adulthood, and its origin may be genetic or environmental. It is caused by a malignant tumor, being at some point the greatest cause of mortality in women in the world. The diagnosis of this disease mostly occurs in the age of the adult life cycle, which can predispose to a late diagnosis that limits optimal treatment. The objective of this research study is to know about the quality of life associated with the usefulness and risks of breast imaging in the last 5 years, of a group of women between the ages of 20 and 30, in the Eje Cafetero with suspected of breast cancer due to a family history or clinically palpable masses. Its level is descriptive and its quantitative approach.

Some risk factors associated with this pathology are stipulated by sex, age, clinical history, breast disease, body structure, factors related to the environment, diet, etc. The importance of this project lies in generating knowledge about this condition associated with quality of life and factors that can be identified, which means that at a praxis level it can allow a scientific vision with which evaluation strategies, diagnosis can be implemented. and early intervention.

Keywords: Breast Cancer, Breast Imaging, Quality Of Life.

Tabla de contenido

| | |
|---|----|
| Planteamiento del Problema | 9 |
| Justificación | 11 |
| Objetivos..... | 12 |
| Marco Teórico..... | 13 |
| Historicidad del cáncer de mama..... | 13 |
| El cáncer de mama..... | 13 |
| <i>Semiología del cáncer mamario</i> | 15 |
| Medios de diagnóstico para detectar el cáncer de mama | 16 |
| Etiología del cáncer..... | 17 |
| La mamografía | 17 |
| Marco conceptual..... | 18 |
| Antecedentes Teóricos..... | 18 |
| Métodos diagnósticos del Cáncer de mama | 19 |
| Tamizaje..... | 30 |
| Diagnóstico..... | 31 |
| Métodos físicos | 32 |
| La mamografía | 32 |
| La mamografía convencional..... | 32 |
| La mamografía digital | 33 |
| La mamografía digital primaria..... | 33 |
| La resonancia magnética..... | 33 |
| La ecografía de mama | 34 |
| Elastografía..... | 34 |
| Biopsia..... | 35 |
| Factores de riesgo asociados al cáncer de mama..... | 35 |

| | |
|--|----|
| Predisposición genética y antecedentes familiares..... | 36 |
| Enfermedades de base | 37 |
| Situaciones afectivas no resueltas..... | 38 |
| Prótesis mamarias | 39 |
| Marco legal | 39 |
| Metodología..... | 46 |
| Discusión | 49 |
| Análisis de los resultados: | 52 |
| Referencias bibliográficas | 76 |

Lista de tablas

| | |
|---|----|
| Tabla 1 BI-RADS®: léxico mamográfico..... | 21 |
| Tabla 2 BI-RADS®: léxico Ecográfico | 24 |
| Tabla 3 BI-RADS®: Categorías de Evaluación..... | 27 |
| Tabla 4 Tabla resumen marco lega..... | 44 |
| Tabla 5 Métodos de prevención | 54 |

Lista de figuras

| | |
|--|----|
| Figura 1 Frecuencia del autoexamen | 54 |
| Figura 2 Antecedentes familiares | 55 |
| Figura 3 Línea de antecedentes de cáncer de mama de las participantes..... | 55 |
| Figura 4 Acción frente a la palpación de mamas..... | 56 |
| Figura 5 Según criterio médico, le realizaron biopsia | 56 |
| Figura 6 Biopsia que le realizaron según el diagnóstico encontrado en su examen médico | 57 |
| Figura 7 Tratamiento que sugiere el médico tratante | 58 |
| Figura 8 Efecto adverso al tratamiento recibido..... | 59 |
| Figura 9 Cirugía reconstructiva | 60 |
| Figura 10 Tipo de metástasis encontradas..... | 61 |
| Figura 11 Tratamiento obtenido por su entidad de salud al momento de realizar sus respectivos procedimientos..... | 62 |
| Figura 12 Después del resultado de la patología y de saber su diagnóstico y de saber su malignidad, cuál fue su estado anímico predominante | 62 |
| Figura 13 Ha recibido terapia psicológica..... | 63 |
| Figura 14 Quien o quienes han sido su apoyo durante el proceso | 63 |
| Figura 15 Durante el último mes, hasta qué punto se le ha dificultado las labores cotidianas en su vida | 64 |
| Figura 16 Cree usted que el CA de mama que tiene o tuvo se debió a algún hábito alimenticio o tratamiento hormonal..... | 64 |

Planteamiento del Problema

El cáncer de mama se da por un tumor maligno, tiene alta prevalencia a nivel mundial, la OMS para el año 2004 informó que hubo 1.200.000 casos de esta patología. El cáncer de mama establece un 19% del total de mujeres que padecen esta condición de salud.

Países como Europa y Norteamérica son los que tienen mayor incidencia y en países como África y Asia es menor frecuencia a nivel de Latinoamérica, la frecuencia es baja a diferencia de países como Argentina y Uruguay los cuales igualan la prevalencia de los países Europeos. En concordancia con lo anterior, el cambio del estilo de vida se considera una variable importante en la condición del cáncer de mama, países asiáticos también tuvieron un incremento progresivo y factores como la alimentación y el ambiente tienen incidencia directa en esta patología (Cuevas y García, 2006).

Seguidamente, existen factores asociados con los hábitos de vida, la genética, diagnósticos tardío entre muchos otros, que impulsan a que se desarrolle esta patología, los riesgos a los que puede verse una mujer son variados lo que denota que esta condición puede manifestarse en cualquier mujer y a cualquier edad, siendo la edad adulta la más propensa a su adquisición.

Salas y Grisales (2010) consideraron el consumo de medicamentos prescritos para el cáncer de mama como un elemento de gran incidencia en factores de riesgo, teniendo presente que por la condición física que esto representa impacta de manera significativa en los aspectos psicológicos, lo que conlleva al consumo de ansiolíticos, antidepresivos y medicina alternativa que permita sobrellevar la enfermedad, influyendo en características conductuales y perceptuales de las mujeres, adicional, los cambios físicos que sufre una persona con cáncer, más aun en la cultura occidental donde la parte física es de vital importancia en las mujeres, las contraindicaciones y efectos que produce

la toma de medicamentos es de alto impacto y se pueden generar patologías o síntomas emergentes a nivel psíquico por esta razón.

En Colombia el carcinoma de mama (cáncer de mama) investigado por Olaya-Contreras et al (1999) arrojó factores de riesgo por nuliparidad, la edad del primer nacimiento, antecedentes familiares de cáncer de mama etc. Wiesner (2007) Considera como factor de riesgo y problema socio-económico el hecho de que las mujeres que no pertenecen al sistema de salud no se le genere tratamiento o atención temprana, propiciando de esta manera la búsqueda de las mejoras y oportunidades del acceso a la atención médica y la obtención del respectivo proceso integral que no vulnere los derechos.

De acuerdo a lo anterior, las condiciones precarias del sistema de salud también se convierten en un problema relevante con respecto a la atención, una persona con una enfermedad tumoral la cual no es atendida de forma eficaz puede generar grandes cambios adversos e incluso consecuencias lamentables como la muerte. En consecuencia el presente proyecto busca resolver el siguiente interrogante investigativo. ¿Cuáles son los factores relacionados a la calidad de vida asociada a la utilidad y riesgos de la imagenología mamaria en los últimos 5 años, de un grupo de mujeres entre los 20 a 30 años, en la ciudad de Manizales con sospecha de cáncer de mama por antecedentes familiares o masas clínicamente palpables?

Justificación

Teniendo presente que la etiología del cáncer es desconocida, y que su relación se asocia con un carácter multifactorial, existe gran importancia de la atención primaria que condiciona esta enfermedad, conocer de cerca los factores de riesgo, características de utilidad en el tratamiento y hasta el impacto en la calidad de vida propicia la disminución de una condición de adversa que puede presentarse como un problema de salud pública.

De forma general, tener una patología no se trata únicamente con la prescripción de medicamentos que median los síntomas de la enfermedad, sino que se presenta como relevante el hecho de conocer cómo las condiciones de salud tienen establecidos otros factores que inciden en su tratamiento, diagnóstico y pronóstico de recuperación. Aunque el cáncer aun no presenta una cura, las políticas públicas que avalan esta enfermedad en específico, asumen un tratamiento aunado a las diferentes esferas que tiene el individuo, pues el área de la medicina, la psicología, la biología y otras disciplinas conceden al hombre como un ser permeado por el contexto en el que se desarrolla.

Así, aspectos como la calidad de vida están directamente relacionados con la minimización del riesgo de enfermedad, los hábitos y la manera de afrontar la propia realidad, suscita condiciones personales que median las estrategias de afrontamiento y el estilo de vida en general. Mantener una visión informada de las propias experiencias puede contener aspectos de promoción de salud y prevención de enfermedades, si bien el cáncer también presenta características genéticas, conocer el cómo, el cuándo y por qué ocurre puede servir como factores protectores, así como el auto monitoreo, un ambiente propicio, la alimentación, los hábitos adecuados, la limitación del consumo de sustancias perjudiciales para la salud, también indican de manera significativa en dichos factores.

Objetivos

Objetivo General

Conocer acerca de la calidad de vida asociada a la utilidad y riesgos de la imagenología mamaria en los últimos 5 años, de un grupo de mujeres entre los 20 a 30 años, en el Eje cafetero con sospecha de cáncer de mama por antecedentes familiares o masas clínicamente palpables.

Objetivos Específicos

Indagar aspectos de la calidad de vida de un grupo de mujeres entre los 20 a 30 años, en el Eje cafetero con sospecha de cáncer de mama por antecedentes familiares o masas clínicamente palpables.

Describir características de la calidad de vida de un grupo de mujeres entre los 20 a 30 años, en el Eje cafetero con sospecha de cáncer de mama por antecedentes familiares o masas clínicamente palpables.

Establecer las utilidades y riesgos asociados a la imagenología mamaria en los últimos 5 años.

Describir aspectos sociodemográficos relacionados con el riesgo, sospecha de cáncer de mama y antecedentes familiares o masas clínicamente palpables.

Marco Teórico

Historicidad del cáncer de mama:

El cáncer femenino alude desde la historia griega, los egipcios se hablaban del papiro de Edwin Smith (1600 a.c) en el cual se cauterizaban y extirpaban los tumores evidenciados en la mama. Herodoto un historiador griego aborda el mito de las mujeres amazonas las cuales se amputaban el seno derecho para convertirse en mejores tiradoras de arco y flecha, este procedimiento lo realizaban mediante cauterización y era símbolo de fortaleza. Por su parte, en la historia de la medicina Grecolatina, el recorrido de la cirugía de cáncer de mama menciona una historicidad desde Corpus Hippocraticum hasta el siglo I d.C. Celso menciona en sus obras esta condición y Galeano consideraba la extirpación del seno prontamente se descubriera la condición para evitar mayores daños. En la medicina cristiana utilizaban químicos como arsénico, zinc y lanfranc para realizar procedimientos quirúrgicos contra el cáncer de mama y así surgieron aspectos en la medicina que fueron fundando las bases en el descubrimiento, comprensión e intervención de esta patología que data una larga temporalidad histórica (Ruiz-de-Aguirre y Villanueva-Edo, 2000).

El cáncer de mama en los tiempos de Hipócrates asoció su nombre con la forma que toma en el seno de la mujer, su forma de cangrejo cuya etimología es denominada como karkinos, cáncer, se veían como lesiones ulcerosas de palpabilidad dura y cuyo desarrollo era progresivo e incontrolable, invadiendo los tejidos y deteriorando de forma significativa todo lo que abarcaba (Salaverry, 2013).

El cáncer de mama:

El cáncer de mama es una familia de enfermedades, está constituido por tumores hormono dependientes. Anatómo-patológicamente el cáncer de mama tiene una

predicción del riesgo de acuerdo con sus características, lo que permite determinar la manera en la cual será tratado e intervenido. Este tumor es de los más frecuentes y malignos, en el mundo existen 1,2 millones de casos diagnosticados y su mortalidad se establece en 500.000 de muertes al año lo que lo ubica en la segunda causa de muerte de mujeres de acuerdo con la ubicación geográfica de estas (Herrero y Echavarría, 2015).

El cáncer según Cuevas y García (2006); Herrero y Echavarría (2015) es un problema de salud pública que se da en mayor ocurrencia en países desarrollados, la mortalidad atribuida a esta enfermedad influye en distintos factores que no están asociados con asuntos de raza o nacionalidad sino con factores ambientales. Países en los cuales se realiza seguimiento constante de esta enfermedad mediante estudios de mastografía, han reducido considerablemente los diagnósticos tardíos pudiendo así generar estrategias de intervención óptimas y oportunas que previenen la gravedad del cáncer de mama. Para el año 1985 en EEUU hubo una estadística del 56.2% de diagnósticos de cáncer de mama en etapa 0, y relacionado con el año 1995 disminuyó un 2.2% permitiendo la conservación de la mama y hasta la vida de las pacientes que padecen esta condición. A medida en que los tiempos avanzan y emergen las tecnologías, estas también permiten fácil acceso a información específica de esta problemática propiciando la vigilancia y minimización de riesgos y agravantes, así como regulación del sistema y los recursos invertidos en esta problemática.

Para la Organización Mundial de la Salud (OMS) citada por Herrero y Echavarría (2015) el cáncer de pulmón, estómago, de colon y rectales tienen un rango de supervivencia de 5 años, y son los cánceres que superan al cáncer de mama, para Europa esta condición a desarrollarse en mujeres se establece antes de los 75 años en un 8 a 10% siendo además el nivel económico un factor de riesgo que incrementa su incidencia, para países desarrollados se evaluaron 370.000 casos Europa en 27.4%, Norteamérica 31.3%,

España 25.000 casos anuales. Los factores de riesgo de mayor asociación al cáncer de mama se identifican por el nivel socioeconómico dado que no tienen los recursos para realizar las debidas pruebas, seguimiento, tratamiento etc. El nivel educativo entonces es pieza fundamental en el diagnóstico temprano, así este grupo determinaría desconocer o no la existencia de estas patologías y acudir a centros asistenciales para prever su diagnóstico o si existe herencia familiar, sobrepeso, sedentarismo entre otros factores de riesgo.

Semiología del cáncer mamario:

Dentro del contexto semiológico del cáncer de mama, este comienza a presentarse en los conductos mamarios, lo que hace referencia al nombre de carcinoma ductal, si bien existe un tipo de cáncer que comienza en los lóbulos mamarios y se denomina carcinoma lobulillar, está en menor porcentaje (10%). El tipo de carcinoma ductal no se presenta de manera invasiva, lo que le resta gravedad, y se denomina carcinoma intraductal, este tipo de carcinoma no se extiende ni genera metástasis lo que le permite una localización exacta y de mejoría temprana, aunque existe la posibilidad de que algunos de estos cáncer intraductales se modifiquen con el tiempo, es una condición de diagnóstico oportuno y efectivo. Para el caso de los carcinomas de tipo malignos estos invaden piel, músculos, y pueden extenderse por los ganglios y los conductos linfáticos, lo que promueve a su vez la invasión de los vasos sanguíneos y órganos como el pulmón, hígado etc.

El cáncer mamario presenta varios estadios expuestos a continuación:

Estadio I: tumores pequeños, sin afectación metastásica de la axila.

Estadio II: tumores de más de 2 cm o con afectación metastásica de la axila moderada.

Estadio III: tumores muy grandes o con afectación de piel o músculo pectoral o afectación axilar masiva.

Estadio IV: metástasis en órganos distantes (hueso, pulmón, hígado, entre otros).

El pronóstico de estos estadios es muy diferente, con supervivencias aproximadas a 5 años de 95%(estadio I), 80% (estadio II), 60% (estadio III) y 25%(estadio IV) (Herrero y Echavarría, 2015. p.3)

Medios de diagnóstico para detectar el cáncer de mama:

Los programas para la prevención, diagnóstico, tratamiento y vigilancia de la patología del cáncer de mama fomentan a través de campañas como primera estancia la autoexploración, seguido de la asistencia técnica exploratoria y la mastografía teniendo en cuenta de forma estricta a mujeres de 40 años en adelante y por sospecha de riesgos a mujeres de menor edad, los programas de detección temprana del cáncer buscan a través de equipos de alta tecnología la realización de pruebas de tamizaje, la equipación de mastógrafos y la atención médica oportuna e integral. El sistema de atención en salud debe tener claridad que un diagnóstico tardío implica problemas en la calidad del servicio e incremento de los riesgos, lo que a nivel de sociedad hace evidente el oportuno funcionamiento de políticas públicas frente a esta condición en las mujeres. Se hace necesaria la capacitación del personal idóneo que fomente la detección a tiempo y preserve la atención especializada y el diagnóstico oportuno. Para la disminución de factores de riesgo es importante el conocimiento de comorbilidad y mortalidad que representa el cáncer a nivel histórico médico y social, las campañas de comunicación tienen un adecuado impacto y favorecen conductas hacia la evaluación de esta condición de salud, aspectos como la alimentación, la actividad física de forma regular, evitar el sobrepeso, el consumo de bebidas alcohólicas, entre otras, son algunos de las condiciones ambientales y personales que previenen la enfermedad del cáncer de mama (Martínez-Montañez, et al, 2009)

Etiología del cáncer:

La etiología del cáncer por su parte es desconocida y su carácter es multifactorial, se manifiesta en forma de masa y se detecta en mayor medida mediante una masa técnicamente palpable, mamografía, ecografía y biopsia cuando existen sospechas o evidencias de lesiones o nódulos. En el caso de las mujeres cuya patología ya está establecida se realizan diferentes tratamientos como la radioterapia (terapia de radiación) que evita la cirugía cuando se es posible, quimioterapia (administración de sustancia químicas para tratar afecciones) como tratamiento sistémico primario, hormonoterapia (preparados con acción hormonal) así cuando la enfermedad del cáncer ha realizado metástasis se enfoca en propiciar calidad de vida (Angulo, Yustos, León, y de Mon, 2013).

La mamografía:

Se conoce a la mastografía como el método que permite la detección del cáncer mama, esta herramienta permite obtener proyecciones a través de medios radiológicos que emiten imágenes de la materia evidenciando anomalías o cambios en los tejidos, huesos, anatomía etc, Estas proyecciones se realizan de forma cefalocaudal (eje longitudinal del cuerpo) y oblicuo lateral (vertical y horizontal de alguno de los lados del cuerpo). Este método de detección del cáncer se divide en 2 aplicaciones, la primera es de tamizaje o escrutinio para aquellas mujeres que no presentan síntomas, sino que se realizan el procedimiento por rutina y en segunda instancia la mastografía diagnóstica la cual está directamente asociada a sospechas, síntomas, cambios anatómicos, y es denominado también tamizaje anormal. La mastografía permite evidenciar signos primarios y secundarios malignos, es una herramienta de gran utilidad y ha permitido ser

un medio diagnóstico oportuno. Por su parte, el ultrasonido como método diagnóstico complementario permite la evaluación de la glándula mamaria lo que hace que el diagnóstico sea más certero y oportuno.

Marco conceptual

VARIABLES DE ABORDAJE DEL PRESENTE ESTUDIO: estas variables a bordadas a continuación permiten indagar unidades específicas el presente estudio, una variable es entonces un aspecto, propiedad o dimensión mediante el cual se generan características y/o propiedades específicas de un fenómeno, situación o problema que se desee conocer, las variables deben contener en su implícito características observables, medibles, clasificables así como poder definirse con sus propiedades, están avaladas por el método científico y permiten fundamentar relaciones, características, asociaciones etc, de una situación. A continuación, se muestran las variables del presente estudio y su clasificación (Cauas, sf).

Variables

VARIABLES PERSONALES: cualitativas

VARIABLES CLÍNICAS: cuantitativas

VARIABLES SOCIALES: continua

VARIABLES AMBIENTALES: cuantitativas y cualitativas

Antecedentes Teóricos

En un estudio en el cual se buscó determinar la calidad de vida y sus factores asociados con diagnóstico de cáncer de mama se encontró que el nivel de escolaridad influye de forma significativa en la calidad de vida, así como aquellas que estaban afiliadas al régimen contributivo de salud y apoyo de su red, así como el nivel económico alto, otro factor relevante en la calidad de vida fueron las estrategias de afrontamiento

asociadas a la espiritualidad y a la religión, por otra parte el nivel económico bajo y el escepticismo de algunas mujeres puntuó como factores de riesgo lo que significaba menor calidad de vida (Salas y Grisales Romero, 2010).

Los determinantes del diagnóstico clínico del cáncer de mama, permiten abordar esferas como la social, la psicológica, demográfica, clínica y la asistencia por parte de los profesionales en salud. El reconocimiento y atención integral del diagnóstico oportuno permite la prolongación de la vida que es el fin último de dicha asistencia. En el estudio de Wiesner (2007) el cual tuvo como objetivo conocer los determinantes de la oportunidad del diagnóstico de cáncer de mama en Bogotá, se realizaron estudios de caso y controles pareados de estrato social, fue realizado con 102 mujeres cuyo estadio del cáncer era avanzado, en este caso se tuvo en cuenta la funcionalidad familiar, redes de apoyo, estructura de la personalidad y sus características, y afiliación al sistema, para este estudio se aplicó cuestionarios cerrados, la prueba Wartegg y entrevistas acerca de aspectos clínicos. Los resultados arrojaron que el tiempo entre la aparición de los síntomas y la toma de biopsia fue prolongado en comparación del tiempo en los controles, las variables asociadas al diagnóstico, según este estudio, fueron la filiación al sistema y la dificultad en el establecimiento de redes afectivas y sociales. El riesgo que presentan estas mujeres en el último estadio es mayor en aquellas que no están aseguradas, en su gran mayoría las mujeres no perciben los síntomas asociados al riesgo (masa indolora), Se concluye que las mujeres sin seguridad social cuentan con mayor riesgo que aquellas que sí, se encuentra necesario mejorar oportunidad de consulta y biopsia además de la educación respecto a esta patología.

Métodos diagnósticos del Cáncer de mama:

El Breast Imaging Report and Database System (El BI-RADS) es el reporte estandarizado relacionado con el cáncer de mama, este busca proporcionar el léxico

especifico de las condiciones mamarias asociadas de lesiones mediante técnicas de imagen. Camacho-Piedra y Espíndola-Zarazúa (2019) exponen la siguiente clasificación:

Tabla 1*BI-RADS®: léxico mamográfico*

| <i>BI-RADS®: léxico mamográfico</i> | | | | | | | |
|-------------------------------------|--|--|--------------------------|--------|--|----------|--------------------------|
| Composición de la mama | a. Las mamas son casi completamente grasa | | | | | | |
| | b. Áreas dispersas de tejido fibroglandular | | | | | | |
| | c. Heterogéneamente densas (lo cual puede ocultar nódulos pequeños) | | | | | | |
| | d. Extremadamente densas (lo cual disminuye la sensibilidad de la mamografía) | | | | | | |
| Mas | <table border="0"> <tr> <td>Forma</td> <td>Oval, redonda, irregular</td> </tr> <tr> <td>Margen</td> <td>Circunscrito, microlobulado, indistinto, espiculado</td> </tr> <tr> <td>Densidad</td> <td>Alta, baja, igual, grasa</td> </tr> </table> | Forma | Oval, redonda, irregular | Margen | Circunscrito, microlobulado, indistinto, espiculado | Densidad | Alta, baja, igual, grasa |
| | Forma | Oval, redonda, irregular | | | | | |
| | Margen | Circunscrito, microlobulado, indistinto, espiculado | | | | | |
| Densidad | Alta, baja, igual, grasa | | | | | | |

Asimetría Asimetría, global, focal, en desarrollo

| Calcificaciones | Morfología | | Distribución |
|------------------------|-----------------------------------|--|---------------------|
| | Típicamente benignas | Alta sospecha | |
| | | | a. Difusa |
| | | | b. Regional |
| | f. Cutáneas | o. Amorfas | c. Agrupada |
| | g. Vasculares | | d. Lineal |
| | h. Groseras «palomita de maíz» | p. Heterogéneas groseras | e. Segmentada |
| | i. Barra | q. Finas pleomórficas | |
| | j. Redondas | r. Finas lineales o finas lineales ramificadas | |

k. En anillo

l. Distróficas

m. Leche de calcio

n. Suturas

| | |
|------------------------|---|
| Características | Retracción de la piel, retracción del pezón, engrosamiento cutáneo, engrosamiento |
| asociadas | trabecular, adenopatía axilar, distorsión de la arquitectura y calcificaciones |

| | |
|-------------------------------|---|
| Ubicación de la lesión | Lateralidad, cuadrante y posición horaria, profundidad y distancia desde el pezón |
|-------------------------------|---|

Tomada de: Camacho-Piedra y Espíndola-Zarazúa (2019).

Tabla 2*BI-RADS®: léxico Ecográfico*

BI-RADS®: léxico Ecográfico

| | |
|-------------------------------|--|
| Composición del tejido | a. Ecotextura de fondo homogénea grasa |
| | b. Ecotextura de fondo fibroglandular |
| | c. Ecotextura de fondo heterogénea |

| | | |
|-------------|-------------|---|
| Masa | Forma | Oval, redonda e irregular |
| | Margen | Circunscrito o no circunscrito: indistinto, angular, microlobulado o espiculado |
| | Orientación | Paralela y no paralela |

| | |
|---------------|--|
| Patrón de eco | Anecoico, hiperecoico, complejo quístico y sólido, hipoecoico, isoecoico y heterogéneo |
|---------------|--|

| | |
|-----------------------------|--|
| Características posteriores | Ausente, realce, sombreado, patrón combinado |
|-----------------------------|--|

Calcificaciones

a. Dentro de una masa

b. Fuera de una masa

c. Intraductales

Características asociadas

Distorsión de la arquitectura, cambios ductales, cambios cutáneos, edema, vascularidad (ausente, interna, vasos al borde) y elasticidad

Casos especiales

Quiste simple, microquistes, quiste complicado, lesiones sobre el espesor cutáneo, cuerpo extraño (incluyendo implantes), nódulo linfático intramamario, nódulo linfático axilar, anomalías vasculares, malformaciones arteriovenosas, enfermedad de Mondor, colecciones posquirúrgicas y necrosis grasa

Tomada de: Camacho-Piedra y Espíndola-Zarazúa (2019).

Tabla 3*BI-RADS®: Categorías de Evaluación*

| <i>BI-RADS®: Categorías de Evaluación</i> | | | |
|---|--|---------------------------|--|
| Categoría 0 | Mastografía: incompleta. Evaluación de imagen adicional necesaria y/o mastografías anteriores para su comparación Ultrasonido y resonancia magnética: incompleta. Evaluación de imagen adicional necesaria | | |
| Categoría 1 | Negativa | | |
| Categoría 2 | Benigna | | |
| Categoría 3 | Probablemente benigna | | |
| Categoría 4 | Sospechosa | Mastografía y ultrasonido | 4A: Baja sospecha de malignidad 4B: Moderada sospecha de malignidad |

4C: Alta sospecha de
malignidad

Categoría 5 Altamente sugestiva de malignidad

Categoría 6 Diagnóstico maligno comprobado por biopsia

Tomada de: Camacho-Piedra y Espíndola-Zarazúa (2019).

A nivel de literatura se encuentra que la identificación del cáncer de mama requiere estrategias que fomenten la detección temprana, poder asumir factores que permitan el pronóstico de la condición de salud del cáncer de mama, además de marcadores moleculares que permitan la disminución de los riesgos de muerte que puede acarrear la detección tardía de esta patología. El CA, su identificación y caracterización de las mutaciones durante el proceso oncogénico tiene relación directa con la evolución y progresión de la enfermedad, estos genes pueden establecer marcadores moleculares que pueden ser predictivos para asumir el tratamiento. (Niño et al, 2007).

Los métodos diagnósticos asociados al gen HER2/neu en cáncer de mama son expuestos por Niño et al (2007) por:

La inmunohistoquímica (IHQ), por ejemplo, la basada en el Herceptest (detección de la sobreexpresión de la proteína), y la hibridación fluorescente in situ (FISH, por sus siglas en inglés), de PathVysion e INFORM (detección de la amplificación del gen); ambas metodologías han sido aprobadas por la Administración de Drogas y Alimentos de los Estados Unidos (FDA, por sus siglas en inglés) (12). Existen otras metodologías que aún no han sido aprobadas por la FDA, como la reacción en cadena de polimerasa en tiempo real (PCR real time, por sus siglas en inglés) y la hibridación cromogénica in situ (CISH). Estas dos técnicas, según la literatura, han mostrado tener buena sensibilidad y especificidad, no requieren equipos costosos y pueden ser fácilmente realizadas, por lo que podrían ser utilizadas como métodos diagnósticos de rutina. Actualmente en el mundo, varios estudios están encaminados a las bases moleculares de la enfermedad y al desarrollo de nuevos procedimientos diagnósticos que ayuden al hallazgo temprano y que den claridad sobre el estadio tumoral y pronóstico del cáncer de mama, para poder proporcionar un manejo

terapéutico apropiado que disminuya la morbimortalidad por esta neoplasia
(16).p.42

Tamizaje

Uscanga-Sánchez (2014) considera que el tamizaje para el cáncer de mama tiene una función “oportunista” la cual se ve dificultada por el sistema de gestión y el sistema de información con que cuentan las entidades prestadoras del servicio de salud, características como la infraestructura, el control de la calidad y la prestación del servicio, estas características asociadas al tamizaje de la patología del cáncer varía el resultado de la efectividad de la prestación de los servicios por lo que la atención médica no cuenta con el debido control en los procesos que influyen de manera directa en los demás.

Por ejemplo, Díaz et al (2014) considera que el análisis de los aspectos específicos de las pruebas que se utilizan para la detección del cáncer , la organización y las estrategias asociadas al tamizaje del cáncer de mama son indispensables, el cáncer y su detección puede darse desde una respuesta efectiva por parte de las personas que presta el servicio de salud, así mismo, la atención oportuna, generar exámenes rutinarios asociados a síntomas tempranos evidenciados en las consultan pueden incurrir en una práctica oportuna, el tamizaje no representa una única forma de detección del cáncer sino también los programas enfocados en la prevención de esta condición médica, la educación apropiada y oportuna por parte de los profesionales de la salud la identificación de síntomas y signos de alerta son recurso que deben ser implementados para efectos oportunos.

Por su parte este autor expone que el tamizaje permite identificar la población con mayor probabilidad de presentar la condición del cáncer. Inicialmente se ve indispensable una valoración que confirme o descarte la presencia del cáncer de mama, el tamizaje puede darse cuando una mujer que no presenta síntomas se realiza una prueba que

facilita el diagnóstico temprano, otra forma de tamizaje son los programas enfocados en políticas específicas, la delimitación de la población que será atendida y sus características sociodemográficas, definir el tipo de pruebas, el tiempo en el cual se dará su aplicación, los responsables de prestar el servicio, la oferta y el acceso a diagnóstico y tratamientos que sean oportunos, las estrategias enfocadas en la demanda, la ocurrencia de la enfermedad en la población afectada, la definición de la metodología a utilizar, la evaluación y el seguimiento. (Díaz et al, 2014)

Diagnóstico:

El proceso diagnóstico que engloba el cáncer de mama permite la identificación de las etapas que lo integran, así como el conocimiento de los servicios necesarios para facilitar el diagnóstico clínico enfocado a la prevención y/o tratamiento, algunas de las ramas de la medicina encargadas del proceso diagnóstico están establecidas por la medicina preventiva, servicios clínicos de radiología y las patologías anatómicas. El servicio enfocado al diagnóstico del cáncer de mama también focaliza el uso de los servicios por parte de las personas que pasan por esta patología, es decir que los servicios de salud crean y formulan programas y planes de atención de acuerdo a la etapa de proceso diagnóstico. La teoría general de sistema ubica a exploración de la patología del cáncer a partir de su detección, seguimiento y diagnóstico además del recorrido de las tres etapas se manejan procesos diferenciales que se instauran en los servicios de salud y los cuales propician herramientas útiles para la toma de decisiones médico atencionales. (Villarreal-Ríos et al, 2014).

Las pruebas diagnósticas deben permitir por su parte ofrecer resultados positivos a personas sanas y negativos a personas que no lo están, se debe medir a través de test validados que los resultados sean óptimos y precisos, de manera que las pruebas

sostengan la rigurosidad necesaria y que la frecuencia de aplicación que ofrezca resultados similares; en caso tal de repetir su aplicación las pruebas deben sostener resultados similares asociados a la variabilidad biológica determinada por el propio test, otra de las características que aseguran un proceso diagnóstico efectivo es el valor predictivo que pueda tener el resultado de una prueba de manera tal que posibilite o indique detectar la presencia de la enfermedad o no lo que está determinado por la prevalencia de la condición de salud, en este caso el cáncer de mama. (Fernández y Díaz, 2003).

Métodos físicos

La mamografía:

Este método de tamizaje diagnóstico se ha empleado de manera progresiva desde el año 2000, esta técnica evidencia gran exactitud diagnóstica, la mamografía digital muestra de manera más sensible tumores malignos cuyos receptores de estrógenos son negativos (RE-), la influencia de masa mamaria también tienen un impacto en la exactitud de los resultados, las mamas densas por ejemplo muestran mayor sensibilidad con la mamografía digital. (Abugattas, 2015).

Ortega (2004) expone los siguientes tipos de mamografía:

La mamografía convencional:

Este método de imagen diagnóstica permite la obtención de imagen a través de detectores pantalla película, estos traspasan a través de mama y el tejido es grabado por fotones de radiación. La resolución del espacio es en un grado mayor lo que logra determinar esta imagen.

La mamografía digital

Es un método de alta tecnología, presenta diferencias significativas a nivel de imageneología, estas imágenes produce una imagen a través de un software que se monitorea esta mide los fotones radiactivos que pasan por la mama obteniendo información detallada de los puntos de la mama a través de un mapeo que muestra la variación de los tejidos y su atenuación, existen mamógrafos digitales que son directos e indirectos.

La mamografía digital primaria

Este tipo de mamografía a diferencia del sistema pantalla-película lee un gran flujo de fotones desde el inicio lo que permite que la información focalice gran cantidad de puntos de la mama.

La resonancia magnética

La resonancia magnética por su parte es una técnica clínica que necesita de requisitos técnicos que generan su calidad diagnóstica, los criterios diagnósticos de esta técnica son basados en categorías BI-RADS del ACR. las principales aplicaciones en la patología del cáncer de mama de esta técnica de diagnóstico clínico es la estadificación del CA además de la evaluación que conlleva la respuesta al tratamiento, el cribado cuando son pacientes de riesgo alto la valoración de prótesis de mama, el estudio del cáncer oculto además de sospecha recidiva. Esta modalidad aplicada por la radiología es integrativa aunque no es aceptada de forma universal también se aplica para procesos evaluativos en respuestas de pacientes cuyos procesos quimioterapéuticos ya se están aplicando, para realizar proceso de tamizaje, para evidenciar un cáncer de origen desconocido y la evaluación de recaídas. (Herrero, 2011).

La ecografía de mama

Esta técnica es utilizada comúnmente en la atención primaria del Cáncer como fuente de diagnóstico, sirve como herramienta de apoyo para las decisiones clínicas posteriores al descubrimiento de patologías como el cáncer de mama, esta prueba es complementaria y ayuda a mejorar la especificidad y sensibilidad del diagnóstico, por lo general es una las pruebas más utilizada por las mujeres cuyas mamas son densas, para mujeres cuyas edades menos a 35 años y en gestantes, esta técnica permite reconocer lesiones malignas como bordes irregulares espiculados, la orientación mayor del eje perpendicular de la piel de la mama, si existe solidez o hipoecoico y presencia de sombras acústicas posteriores, todo lo anterior sin que se modifique la comprensión. (Ortiz, 2019).

Elastografía

Muñoz et al. (2022) aborda la elastografía como método de precisión diagnóstica, para este caso se basa en las propiedades de los tejidos con características elásticas, esta tecnología garantiza determinar la elasticidad de las lesiones halladas mediante nódulos, para este caso la valoración se realiza con Doppler y modo B, este tipo de ecografía arroja información que prevee el pronóstico de a condición encontrada lo que facilita la respuesta terapéutica a través de terapia neoadyuvante teniendo en cuenta que lo heterogéneo de la condición del carcinoma de mama. Este pronóstico arroja información que fundamento el tipo histológico, la dimensión del tumor, el grado histológico, el desarrollo de la metástasis en los ganglio linfáticos axilares, si existe invasión a nivel vascular linfático lo que presupone un diagnóstico integrado y oportuno en la evaluación.

Biopsia

Frente al diagnóstico del cáncer de mama una técnica utilizada es determinar a través de la evaluación de los ganglios axilares en qué nivel de estadio se encuentra la patología, esta técnica de diagnóstico se realiza a través del vaciamiento linfático axilar, mediante drenaje en el tumor primario. La biopsia del ganglio centinela permite determinar características del tratamiento y pronóstico de la condición, de esta manera las células tumorales son diseminadas. Este procedimiento se realiza de manera organizada escalonada, de manera tal que pueda alcanzarse el ganglio centinela de la axila, en la cadena ganglionar mamaria de la parte interna o en la supraclavícula, si el resultado es negativo no hay necesidad de vaciar completamente el linfático axilar. Para el caso de los métodos de tamizaje del cáncer, posibilitan diagnósticos tempranos los cuales se evidencian cuando no hay muestras de metástasis. Para la American Association of Clinical Oncology (ASCO) citada por Restrepo et al. (2011) considera que la biopsia centinela es el procedimiento que arroja información específica del estadio en el cual se encuentra la enfermedad del cáncer

Factores de riesgo asociados al cáncer de mama

Los factores de riesgo asociados al cáncer de mama son multifactoriales y multicausales, la prevención fundamenta conductas enfocadas a hábitos como una alimentación adecuada, realización de ejercicio, el nulo consumo de bebidas con alcohol y acciones que promuevan la detección temprana del cáncer.

Bazar (2020) afirma que algunos de los principales factores de riesgo asociados al cáncer de mama están dados por ejemplo por factores genéticos, estos se establecen por la menarquia, la raza, la edad, los antecedentes familiares de cáncer de mama y enfermedades relacionadas. El medio ambiente también guarda gran influencia en los riesgos de padecer cáncer de mama, así, los estilos de vida relacionados con la

alimentación, el sedentarismo, el sobrepeso u obesidad, ingesta de bebidas alcohólicas y consumo de tabaco son riesgos que se asocian al cáncer de mama.

Predisposición genética y antecedentes familiares

El 5 al 10% de la población femenina que contrae cáncer de mamá cuenta con una predisposición genética hereditaria como causa de esta patología, además emergen síndromes cancerígenos hereditarios, mutaciones en la línea germinal, mutaciones genéticas BRCA1 y BRCA2 prevaleciendo por esta causa el cáncer de ovario y el cáncer de mamá. A nivel de pruebas genéticas se ha detectado la susceptibilidad a la cual pueden estar expuestas las familias en un riesgo alto, los genes antes nombrados (BRCA1 y BRCA2) son los que más deben estar en el foco atencional del ámbito de la salud dado que tienen alta predisposición de padecer a futuro cáncer de mama. (Narod y Rodríguez, 2011).

Epidemiológicamente se data que el cáncer es progresivo por la acumulación de aberraciones de tipo genético, esta enfermedad heterogénea es multifactorial y en algunos casos conocer el riesgo causado por dichos factores puede ser difícil de identificar. Elementos como la edad guardan gran incidencia en la aparición del cáncer de mama, la etapa menopáusica para este caso incrementa las probabilidades, la menarquia precoz, la gestación tardía, la obesidad, tratamientos hormonales sustitutivos entre muchos otros. Lo anteriormente expuesto guarda estrecha relación con indicadores hormonales y la actividad ovárica, el cáncer familiar es también una de las causas de mayor predisposición a padecerlo. (Ramírez, 2018).

La interacción entre factores genéticos no identificados y factores medioambientales son los mayores responsables de del cáncer de mama familiar, este cáncer de tipo hereditario identifica un factor genético responsable que subyace en la existencia de genes dominantes de alta penetración, estos genes se establecen por la

alteración de los genes supresores tumorales el BRCA 1 y BRCA, las pacientes con historia familiar de cáncer de mama, son a menudo portadoras de la mutación por herencia de estos genes y se relacionan con la afectación en la reparación del ADN. La probabilidad de padecer cáncer de mama de las mujeres con estos antecedentes es de 5 a 6 veces, de manera tal que si un número considerable de familiares padece cáncer de mama, las nuevas generaciones incluso tienen un riesgo de contraerlo en edades más tempranas. Por ejemplo, si en una familia cuyo historial médico guarda continua incidencia de la patología del cáncer y a ello se le suman otros factores como la menarquia precoz, guarda un riesgo mayor dado que las acciones hormonales para este caso toman forma adulta en las unidades funcionales de la mama, y los acinos aumentan en cada ciclo menstrual, esto incrementa la frecuencia de neoplasia pues el influjo hormonal ovárico sostiene un estado estrogénico de mayor nivel. (Bazar et al, 2020).

Enfermedades de base

Revelar la complejidad de los tipos histológicos del cáncer de mama ha sido una contribución fundamental de los microarreglos de cDNA, las hipótesis encontradas aluden a que el CA no deriva de un único progenitor, estudios basados en microarreglos identificaron 4 subtipos de cáncer mamario (1 Luminal; 2 Similar a basal; 3, Similar a normal y 4, HER2/ERBB2), se identificaron además una lista de genes y su taxonomía molecular mostró la agrupación jerárquica de los mismos de este modo se identificaron tumores que se encontraban agrupados de forma homogénea y cuyo comportamiento clínico es sensible a los agentes terapéuticos, para estos casos existe respuesta terapéuticas entre los tumores pertenecientes al mismo grupo, la cual plantea que los tipos de cáncer encontrados y comandados por diversos genes, focalizan diversos oncogenes en los cuales se dirigen dianas terapéuticas más específicas.(Imigo, 2018).

De otro lado se denotan además signos y síntomas que pueden aludir a esta patología, si existe dolor punzante en la zona del seno y sus alrededores, cambios en la piel y su coloración, hundimiento mamario, secreción o anomalías. Si bien existen factores de riesgo minimizarlos también es posible, realizarse chequeos frecuentes teniendo en cuenta la edad, o cambios significativos, signos de alarma, acudir al servicio de salud en caso de presentar dudas e inquietudes, emplear métodos de autocuidado fundamentan conductas enfocadas a la prevención de dichos riesgos. (Bazar et al, 2020).

Situaciones afectivas no resueltas

Con respecto a las situaciones afectivas asociadas al cáncer de mama, Moreno y Hernández (2014) encontraron relación entre la cognición (pensamientos) negativos y el estrés, para este caso, cuando las mujeres se percatan de que padecen la patología del cáncer se generan emociones y pensamientos de preocupación, ansiedad, temor a la muerte y el enfrentamiento a situaciones que amenazan el bienestar y que acarrear consecuencias severas en la vida de las personas, las estrategias de afrontamiento que utilizan las mujeres que padecen cáncer de mama son determinantes en el momento de mediar la enfermedad, estas pacientes expuestas a procesos quimioterapéuticos en ocasiones pueden mostrar evitación conductual y baja expresividad, no obstante, a nivel cognitivo la actividad tiene un incremento mayor, la supresión de pensamientos pesimistas permite tolerar la enfermedad y asimilar más su proceso, el apoyo social integral por parte de la atención médica es fundamental en los procesos emocionales de las personas que padecen cualquier tipo de cáncer. En este mismo estudio (Moreno y Hernández, 2014) se halló la relación negativa entre calidad de vida y estrés pues sus percepción física y psicológica frente al tipo de cáncer incrementa los problemas de salud y por ende su calidad de vida, esto en comparación de aquellas mujeres cuyo tumor de la mama era benigno. Vinaccia et al (2005) citado por Moreno y Hernández (2014) explica

que el apoyo psicosocial y el acompañamiento familiar interfieren en la alta puntuación de la percepción de la calidad de vida.

Prótesis mamarias

Con respecto al abordaje emocional otro de los temas que suma a la percepción del estado psicológico de la percepción del cáncer de mama es la cirugía oncoplastica, esta tiene en cuenta la individualidad de cada caso, según el estado del tumor se promueve como un tratamiento locorregional, esta cirugía permite restituir la integridad corporal, estética y por ende genera un impacto anímico y satisfactorio en las pacientes. No obstante, para los casos de cáncer de mama hereditario la reducción de mama minimiza el riesgo de desarrollarlo. (Vázquez, 2016).

Por otra parte, la reconstrucción mamaria es parte integrativa del tratamiento del CA, así, las pacientes tienen la información que incluye las técnicas, los tiempos quirúrgicos, la elección de la técnica, los resultados que se obtendrán así como las complicaciones que derivan los procedimientos. El conjunto de soluciones quirúrgicas que posibilita la restitución estética en la mama propicia la corrección de los tratamientos y las secuelas de la enfermedad, una de las limitantes del proceso oncoplastico es necesitar radioterapia coadyuvante.

Marco legal

Desde el abordaje legal del presente proyecto existen unas normas que cobijan el tema investigado, de esta manera se expone lo siguiente:

Bajo la Constitución política de Colombia (1991) (CPC) en su *artículo 11* reconoce el derecho a la vida, este, es inviolable y la pena de muerte no podrá darse por ninguna razón. Así mismo, el artículo 49 de la CPC aborda la atención en salud y saneamiento, este artículo indica que estos servicios deben ser gestionados por el estado, garantizando

que todas las personas puedan tener acceso al servicio, dándose de esta manera la promoción y protección enfocadas en la mitigación y prevención de enfermedades de los individuos. En concordancia con lo anterior, los servicios generados por las entidades prestadoras de salud tienen la obligación de establecer políticas en la prestación de sus servicios, sosteniendo el control y vigilancia frente a la atención la cual debe ser integral, básica, gratuita y obligatoria.

El *artículo 15* por su parte expone el derecho a la intimidad de todas las personas, este derecho equivale al ámbito personal y familiar sin que el buen nombre sea vulnerado, es obligación del estado hacer respetar este derecho, con respecto a ello se establece el derecho al conocimiento de cada persona tenga en entidades públicas y privadas, que los datos sean manejado con absoluta reserva a excepción de casos estipulado por un ente judicial

La ley regida por el Congreso de la república de Colombia a través de la *1751 de 2015* dictamina los principios constituyentes de la atención en salud, su regulación y el establecimiento de los mecanismos de protección, de acuerdo a ello en su *artículo 2* estipula el derecho fundamental a la salud es autónomo e irrenunciable en lo individual y en lo colectivo. Comprende el acceso a los servicios de salud de manera oportuna, eficaz y con calidad para la preservación, el mejoramiento y la promoción de la salud. El Estado adoptará políticas para asegurar la igualdad de trato y oportunidades en el acceso a las actividades de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación para todas las personas.

Artículo 3o. Ámbito de aplicación. La presente ley es aplicable para todos los usuarios, agentes y demás personas cuya intervención se establezca de manera directa o indirecta lo cual debe garantizar el derecho fundamental a la salud. Por su parte el *artículo 4o. Definición de sistema de salud.* Se da a través de la articulación de principios y normas establecidas bajo políticas públicas e instituciones mediante las cuales el estado

disponga garantizar y materializar dicho derecho, para esto debe tener las competencias, realizar los procedimientos, sostener facultades, obligaciones , deberes y derechos además del control y evaluación.

Con respecto al *artículo 6o. Elementos y principios del derecho fundamental a la salud*. Tendrá que generar:

Disponibilidad, la cual garantice que existan las tecnologías, servicios e instituciones, programas y personal idóneo con las competencias necesarias para desempeñar la labor.

Aceptabilidad, esta fundamenta la ética médica de los diferentes agentes del sistema en atención en salud, teniendo en cuenta características culturales, diversas, etnias, comunidades así como el sistema sociocultural y cosmovisión de la salud que propenda la toma de decisiones, y que impliquen aspectos como el ciclo de vida, el género etc. atienda las necesidades. Es importante resaltar que dentro de lo expuesto anteriormente se deben tener establecidos que la prestación de los servicios en salud ofrezca el respeto y la confidencialidad necesarios.

Accesibilidad, Las tecnologías y servicios tendrán que ser accesibles a la población en iguales condiciones, teniendo presente las particularidades y especificidades de los grupos más aún si estos son de pluralidad cultural o determinados como vulnerables, para esto se deben tener en cuenta aspectos de no discriminación, soporte económico de ser necesario, poder tener información clara y comprensible, accesibilidad física entre otros.

Calidad e idoneidad profesional, Los servicios que prestan las entidades de salud deben estar centrados en los usuarios, los establecimientos, como las tecnologías deben ser apropiados para el personal técnico y médico respondiendo así a la calidad avalada por las comunidades científicas, para lo anterior se requiere integralidad en la atención del personal de salud los cuales sostengan las competencias necesarias y la formación

continua en características científicas e investigativas que generen la calidad de los servicios y las tecnologías ofertadas.

A nivel del derecho fundamental de la salud existen unos principios que deben tenerse presente en el momento de la atención, estos que se establecen por:

Universalidad, en la cual las personas que residen en el territorio colombiano gozan de manera efectiva del derecho fundamental en todas las etapas de su vida cuando a salud se refiere.

Pro homine, los actores del sistema de salud y las autoridades competentes deben adoptar e interpretar las normas que estén actualmente vigentes, de manera tal que se favorezca la protección al derecho fundamental de la salud de todas las personas del territorio.

Equidad, debe generar que éstas estén dirigidas al mejoramiento de la salud teniendo en cuenta a personas de escasos recursos, sujetos de protección especial, grupos vulnerables, etcétera.

Continuidad, el servicio de salud debe prestarse de manera constante y provisionarse iniciado la atención, en salud ningún momento el servicio podrá ser interrumpido de forma arbitraria, económica o administrativa.

Oportunidad, con respecto a la prestación de los servicios de salud y tecnología, estos deben generarse sin dilataciones, vulnerar o agravar la condición de salud de las personas.

Prevalencia de derechos, es deber del estado generar implementación de medidas específicas y concretas que garanticen los derechos y la atención integral a los niños niñas y adolescentes, estos derechos son prevalentes y están especificados dentro de la constitución política colombiana, estos, deben tener en cuenta las diferentes etapas del ciclo vital de los niños niñas y adolescentes los cuales se establecen desde las etapas prenatal hasta los 6 años, de los 7 a los 14 años y de los 15 a los 18 años.

Progresividad del derecho, es deber del estado promover la ampliación continua y gradual frente al acceso de las tecnologías y los servicios de salud, de manera tal que se implemente la mejora en la prestación de los servicios, se amplíe la capacidad del sistema de salud, se mejoren aspectos como el talento humano y se disminuyan las barreras administrativas, tecnológicas, culturales, geográficas que limiten el efectivo derecho fundamental a la salud.

Libre elección, las personas tienen libertad de elegir las entidades de salud de acuerdo a la oferta que disponga y según las normas que lo habiliten.

Sostenibilidad, es obligación del estado generar los recursos necesarios y suficientes de manera tal que se asegure el goce efectivo del derecho fundamental a la salud progresivamente.

Solidaridad, el sistema debe tener en cuenta el mutuo apoyo que se brinda entre las personas, las regiones, las comunidades y los sectores económicos.

Eficiencia, la utilización de los recursos y servicios tecnológicos del sistema de salud deben generar la mejor utilización enfocada en el bien social para garantizar el derecho a la salud de toda la población.

Interculturalidad, como parte de estos derechos se deben tener en cuenta el respeto por las diferencias culturales existentes a lo largo del país y a nivel global, así como la necesidad de construir mecanismos que sostengan de manera integral estas diferencias, se deben tener en cuenta condiciones de vida de las personas, y el servicio debe establecerse a partir del reconocimiento de medios tradicionales, complementarios, alternativos y de los saberes necesarios.

Protección para los pueblos indígenas, para las personas de índole indígena se debe reconocer y garantizar el derecho fundamental a la salud, para este caso se deben tener en cuenta las propios conceptos y cosmovisiones que se desarrollan dentro de su propio sistema de salud intercultural, protegiendo así los pueblos y las comunidades de

características raciales, palanqueras, indígenas, afrocolombianas aplicando el servicio concertado de acuerdo a sus costumbres.

El artículo 8 la integralidad considera que deben ser suministrados de manera completa buscando la prevención y la paliación o cura de las enfermedades independiente del origen o la condición de salud, los servicios y tecnologías teniendo presente que la provisión del sistema cubra la financiación definida por cada legislador. Es responsabilidad del estado no generar fragmentación de los procesos.

El artículo 19 el cual abarca la política el manejo de la información en salud, busca alcanzar que la información sea pertinente, oportuna, verás y transparente dentro de los diferentes actores que manejen los datos específicos de la población, para esto, se deben tener en cuenta los niveles de información, la toma de decisiones, las políticas que incluyan el sistema único de información de manera tal que los componentes demográficos, socioeconómicos, epidemiológicos, clínicos, administrativos y financieros sean integrados.

Tabla 4

Tabla resumen marco legal

| Fuente | Abordaje | Artículo, ley, resolución |
|---|--|----------------------------------|
| Constitución política de Colombia (1991) | Fortalecer la unidad de la Nación y asegurar a sus integrantes la vida, la convivencia, el trabajo, la justicia, la igualdad, el conocimiento, la libertad y la paz, dentro de un marco jurídico, democrático y participativo que garantice un | |

| | | |
|--|---|----------------------|
| | orden político, económico y social justo, y comprometido a impulsar la integración de la comunidad latinoamericana p.1 | |
| Constitución política de Colombia (1991) | Derecho a la vida | <i>artículo 11</i> |
| Constitución política de Colombia (1991) | Atención en salud y saneamiento | <i>artículo 49</i> |
| Constitución política de Colombia (1991) | Derecho a la intimidad | <i>artículo 15</i> |
| Ley 1751 de 2015 | Dictamina los principios constituyentes de la atención en salud, su regulación y el establecimiento de los mecanismos de protección | |
| Ley 1751 de 2015 | derecho fundamental a la salud es autónomo e irrenunciable en lo individual y en lo colectivo | <i>artículo 2</i> |
| Ley 1751 de 2015 | Ámbito de aplicación | <i>Artículo 3</i> |
| Ley 1751 de 2015 | Definición de sistema de salud. | <i>Artículo 4</i> |
| Ley 1751 de 2015 | Elementos y principios del derecho fundamental a la salud. | <i>artículo 6</i> |
| Ley 1751 de 2015 | Integralidad en la atención en salud | <i>El artículo 8</i> |

Metodología

Método

Línea de Investigación: Salud Pública

Línea de investigación salud pública: Según los Lineamientos de la Investigación En la Escuela de Ciencias de la Salud (2013) permite a través de trabajo en conjunto, organizaciones, sociedades e individuos buscar la promoción y la prevención de la salud enfermedad, así como la incorporación de enfoques y disciplinas epidemiológicas, de servicios de salud y bioestadística así como otros campos pertinentes en el presente estudio en los cuales se encuentran: política pública, salud en el trabajo etc.

Muestra: el tamaño de la muestra fue de 47 mujeres, de las cuales una renuncia a que su información sea utilizada dentro del estudio.

Enfoque de la investigación: Cuantitativo

Instrumento: Por otra parte el instrumento elegido fue el cuestionario, es utilizado como instrumento de investigación teniendo en cuenta sus características evaluativas frente a los procesos, las personas o los programas de formación, este permite abarcar aspectos de carácter cuantitativo y cualitativo y permite el registro de la información solicitada. Se crea un cuestionario en el cual se indagan aspectos emocionales, fisiológicos, contextuales, orgánicos, experienciales, médicos etc, dentro de los cuales se logran dimensionar los aspectos necesarios frente a la calidad de vida.

Técnica: Perfil sociodemográfico: permite conocer datos específicos de tiempo, lugar y desarrollo de características personales y situacionales de los individuos, la cual se direcciona hacia el tema específico que se desea conocer generando información como: situación población, variables personales, ubicación geográfica etc.

Estudio de corte transversal: Teniendo en cuenta que el presente proyecto se realiza en único momento

Diseño: Descriptivo

Escuela de investigación: abordada bajo la teoría metodológica de Sampieri y Baptista los actuales definen la investigación como los procesos que se dan a través de conjuntos sistemáticos, crítico y empíricos que fundamentan y estudian un problema o fenómeno.

De acuerdo a la metodología establecida anteriormente cómo técnica se utiliza la encuesta. La encuesta es una herramienta que facilita información enfocada al estudio de las relaciones sociales, este instrumento permite conocer el comportamiento de los grupos de interés, así como la toma de decisiones acerca de los mismos, esta técnica de investigación es por excelencia una técnica que fomenta el análisis social, ampliando el panorama de las situaciones establecidas dentro de los procesos investigativos.

Este tipo de técnica permite abordar una visión contemporánea y real de los fenómenos o de las situaciones que se están generando en un grupo específico además, contribuye significativamente a la avance de los conocimientos, la observación del contexto y percepción de los individuos propiciando generar la explicación de los abordajes investigativos.

Tipos de encuesta:

La encuesta maneja diferentes tipos se deben tener en cuenta criterios como:

- El área de interés
- El propósito a conseguir
- El enfoque metodológico que se plantea.

Romo (1998) propone que la encuesta se categoriza como probabilística o no probabilística, buscan tener alcances y limitaciones que se quieran dentro del estudio y los criterios de clasificación con respecto al abordaje el temario a investigar. En los tipos de encuesta se debe tener en cuenta aspectos de: *mercadotecnia*, si son para *medios de comunicación* y publicidad, *opinión pública* para **salud**, *cultura, sociedad y organizaciones* o *demografía*.

Dentro de las características anteriores el presente estudio considera que la más concerniente el **área** de interés es en el campo de salud dado que son dirigidas a estudiar conocimientos conductas actitudes de la población y que se relacionan a temas relevantes de la salud.

El propósito de la encuesta debe generar el diseño y planteamiento de la actividad, para esto se hace la implementación y seguimiento al plan de desarrollo teniendo en cuenta la aplicación de los resultados, con respecto al propósito existen dos tipos de encuesta:

1. *Específicas*

2. *Tácticas*

Con respecto a las específicas son más de carácter exploratorio y no propone una conclusión, las encuestas tácticas son de carácter concluyente y sus resultados proponen una conclusión. Para el presente proyecto se ha elegido el propósito enfocado a la encuesta de carácter táctico de manera tal que podamos determinar una conclusión a través de los resultados establecidos. (Romo, 1998).

Discusión

De acuerdo al objetivo del presente estudio el cual fue conocer acerca de la calidad de vida asociada a la utilidad y riesgos de la imagenología mamaria en los últimos 5 años, de un grupo de mujeres entre los 20 a 30 años, en el Eje Cafetero con sospecha de cáncer de mama por antecedentes familiares o masas clínicamente palpables se obtuvo que la calidad de vida asociada al cáncer de mama tiene impacto en las diferentes esferas de quien padece la condición, que hay aspectos sociodemográficos que prevalecen en la enfermedad del cáncer como es la edad y el sexo, además del alto factor emocional que constituye las diferentes etapas anterior y posterior al diagnóstico.

De acuerdo a lo anterior, el estudio de Garduño et al., (2010) aborda que de acuerdo al tratamiento del CA los pacientes mejoraron su calidad de vida en un porcentaje muy alto, el objetivo de dicho estudio fue examinar los efectos de una intervención psicológica en la calidad de vida en pacientes con CA de mama, en este estudio las pacientes experimentaron sufrimientos relacionados con su patología y estaba ampliamente asociados con la condición económica, la población de este estudio fueron 60 personas con diagnóstico confirmado de Ca de mama a las cuales se les aplicó un inventario de calidad de vida (InCaViSa), este inventario midió desempeño físico, preocupaciones, aislamiento, percepción corporal, funciones del pensamiento, actitud frente al tratamiento, desempeño físico, aislamiento, percepción corporal, vida cotidiana entre otros. Se encontraron diferencias estadísticamente significativas posteriores al tratamiento efectuado.

Si bien en el presente estudio no se aplicaron escalas, las variables evaluadas en el estudio expuesto anteriormente coincide con el actual, aspectos como el nivel socioeconómico, las percepciones del estado anímico además de la atención psicológica que recibieron la mayoría de las personas que participaron.

Además, Bazar et al., (2020) considera que las causas del cáncer de mama no son únicas, y que es necesario generar conductas preventivas y hábitos que sean establecidos como factores protectores frente al cáncer, la alimentación realizar ejercicios regularmente, limitar el consumo de bebidas alcohólicas y la autoexploración minimizan de manera significativa la adquisición del CA de mama, lo anterior establece completa relación con el presente estudio dado que aspectos de cuidado, hábitos constituyen a su vez minimización de riesgos, antes, durante y posterior a la condición del cáncer de mama. Exponiendo además que el excesivo consumo de bebidas, los tratamientos hormonales fueron unos de los causantes de su condición de CA de mama.

Por su parte el ámbito socio-emocional de las personas que padecen cáncer de mama son intrínsecas a este tipo de situaciones, los pensamientos emergentes, los niveles de estrés y emociones desagradables al darse cuenta de la patología son normales y adaptativas de la situación (Hernández, 2014), además estas emociones tienen un fuerte impacto a nivel de la calidad de vida sentida, teniendo en cuenta que esta, está dada por el bienestar sentido, estos sentimientos de tristeza, angustia y demás pueden alterar la calidad de vida. Es por esto que la atención médica forma parte fundamental del proceso de enfermedad del cáncer de mama por ejemplo Moreno y Hernández (2014) exponen que la falta de gestión de las emociones pueden emerger mayores problemas de salud, incrementando así el malestar sentido.

Frente a la atención médica, estudios asociados a la herencia del cáncer consideran que este no es factor único de adquisición del mismo, lo cual coincide con los hallazgos del estudio en cuanto a que la herencia de cáncer, así, enfermedades de base asociada con genes, oncogenes contienen dianas terapéuticas variadas (Imigo, 2018). Finalmente, la sintomatología y los signos relacionados con el CA de mama pueden ser identificable dentro de un tiempo próximo a la iniciación de la enfermedad, lo que permite

que el tratamiento obtenga un mejor pronóstico de recuperación y menos riesgo de extirpación de la mama, acciones como los chequeos frecuentes según (Bazar et al, 2020) además de acudir al servicio médico son comportamientos de autocuidados fundamentales frente al cáncer de mama.

Análisis de los resultados:

Dentro de los resultados obtenidos se encontraron los siguientes hallazgos:

Solo una persona participante renunció a la participación del estudio de 47 personas que respondieron el cuestionario. Por lo que tamaño de la muestra se reduce a una muestra de 46 personas.

A nivel de información sociodemográfica emergieron los siguientes datos:

Edad de la población participante fue de

| | | |
|----|-------|-----------|
| | Entre | 25= 10.6% |
| 15 | | |
| | Entre | 35= 34% |
| 25 | | |
| | Entre | 45= 25.5% |
| 35 | | |
| | Entre | 55= 29.8% |
| 45 | | |

El género estuvo constituido por:

100% mujeres

El estrato socioeconómico se estableció con los siguientes porcentajes:

Estrato 1= 2.1%

Estrato 2= 28.2%

Estrato 3= 46.8%

Estrato 4= 14.9%

Estrato 5= 6.4%

El nivel educativo de las participantes fue:

Educación básica primaria= 14.9%

Educación Media= 19.1%

Técnico= 25.5%

Tecnológico= 10.6%

Profesional= 27.7%

Cursando estudios profesionales= 2.1%

El estado civil de las participantes fue:

Soltera= 38.3%

Casada= 23.4%

Unión libre= 21.3%

Viuda= 10.6%

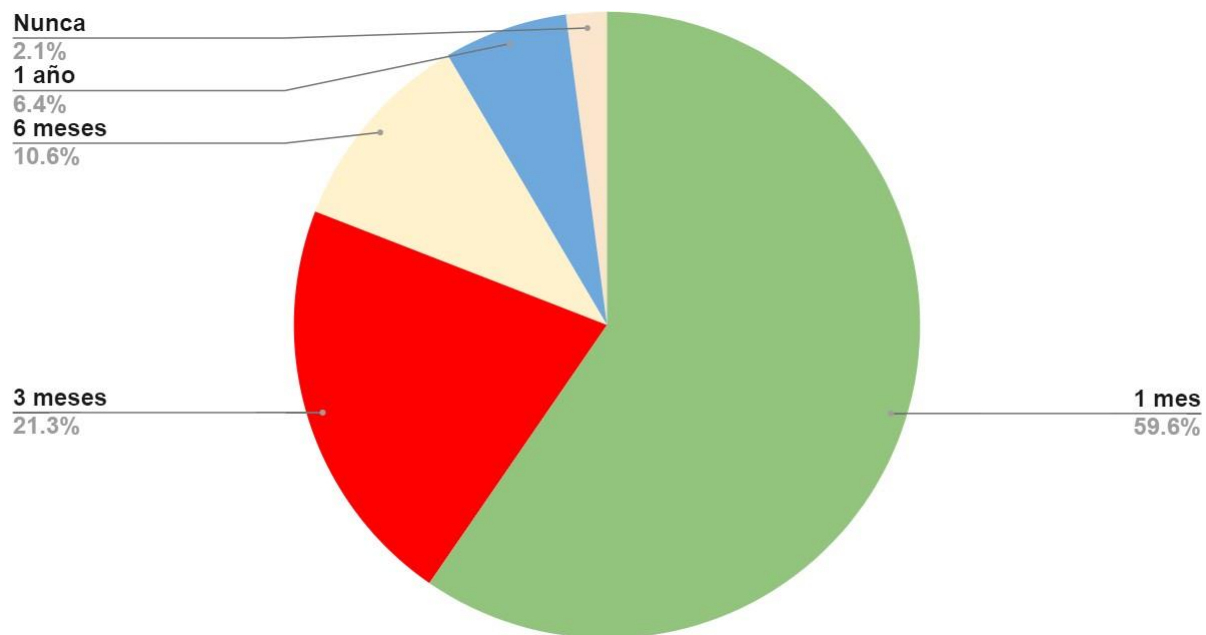
Separada= 6.4%

1. Con respecto a la pregunta **si conoce acerca de las campañas para la detección y prevención temprana del cáncer de mama** la respuesta estuvo definida en un Sí por el 68.1%, más de la mitad de las participantes han tenido acceso información de dichas campañas y el 31.9% no ha tenido acceso.

1.1 Para las personas que respondieron de manera afirmativa la respuesta anterior, información a la cual han tenido acceso fue la siguiente:

Auto examen mamografía ecografía de mama

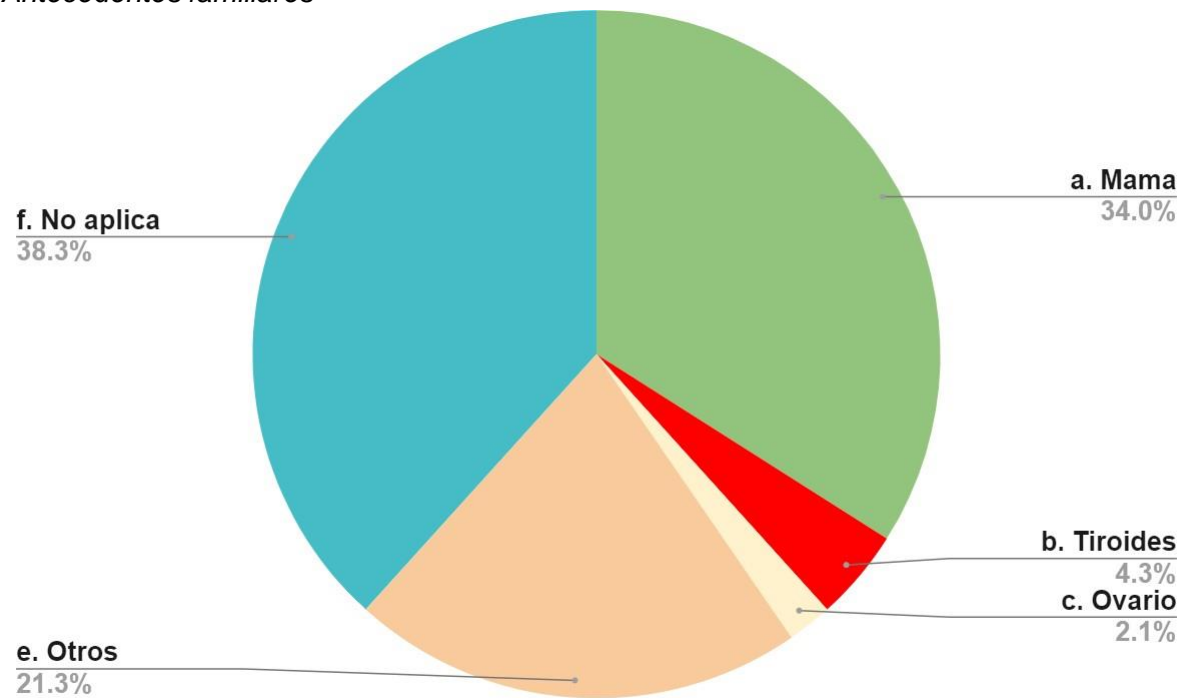
Eps, campañas publicitarias, comerciales

Figura 1*Frecuencia del autoexamen*

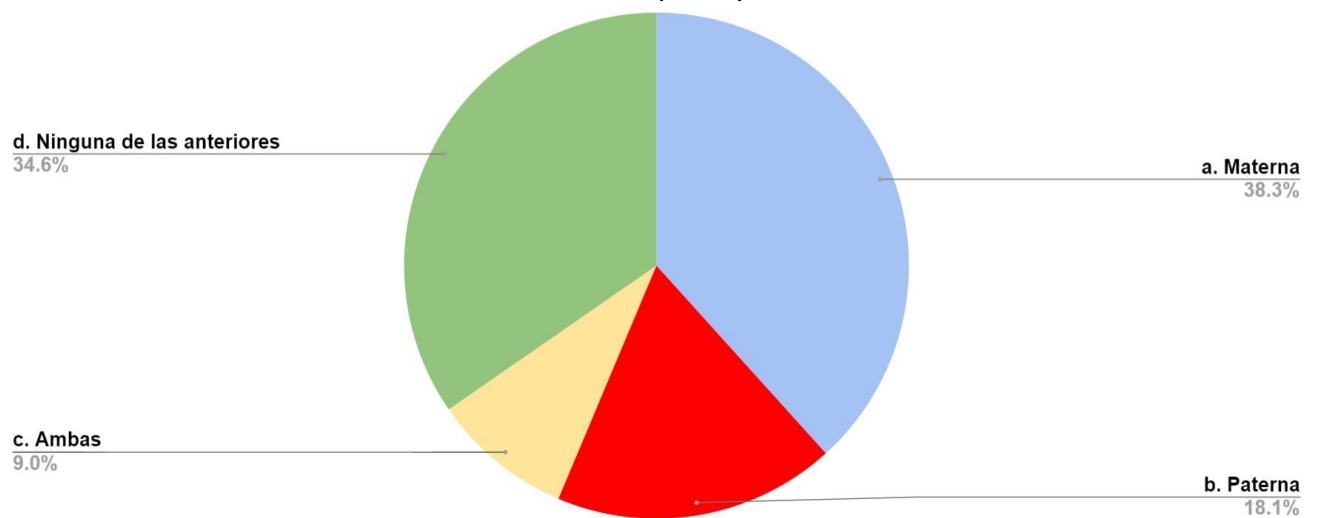
Autoría propia

Tabla 5*Métodos de prevención*

| |
|--------------------------------------|
| Acudir al médico de manera periódica |
| Realizarse el autoexamen |
| Realizarse una ecografía mamaria |
| Ninguno (4 personas) |

Figura 2*Antecedentes familiares*

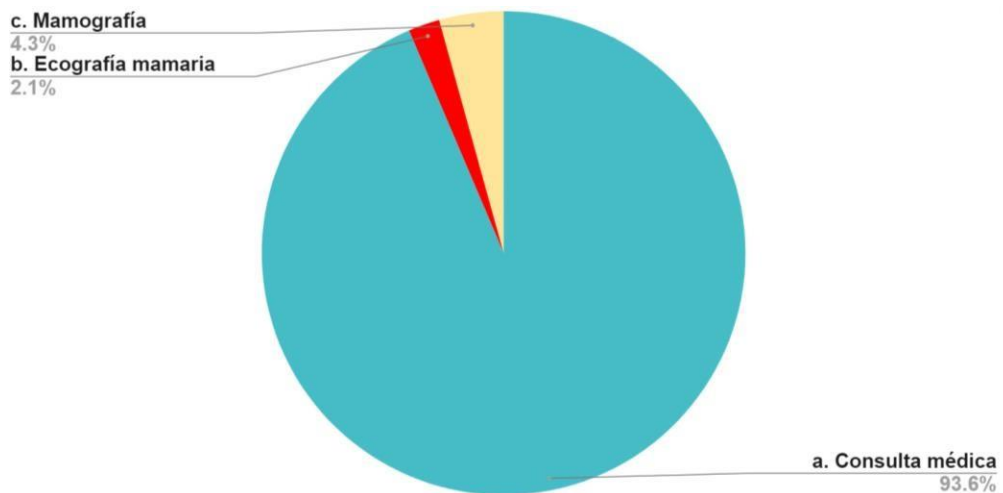
Autoría propia

Figura 3*Línea de antecedentes de cáncer de mama de las participantes*

Autoría propia

Figura 4

Acción frente a la palpación de mamas



Autoría propia

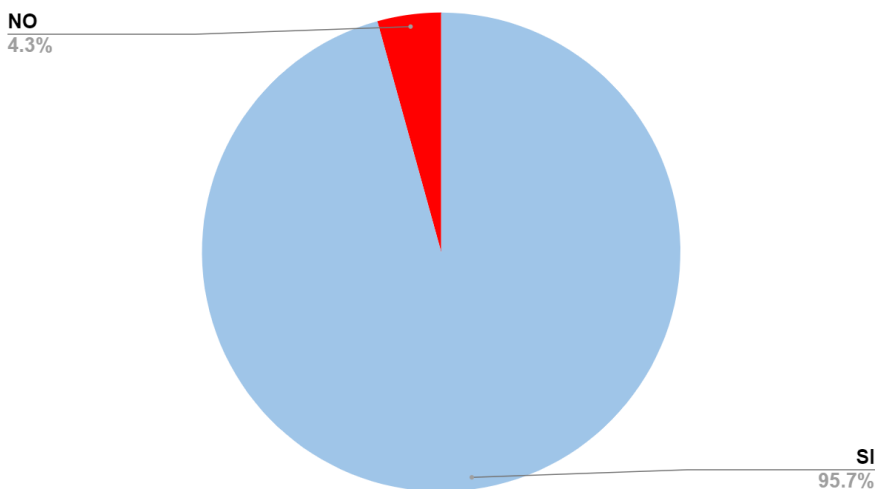
Otra de las acciones que las participantes tomarían en caso de detección de una anomalía en su seno sería:

Generar una consulta con medicina

Realizar mamografía

Figura 5

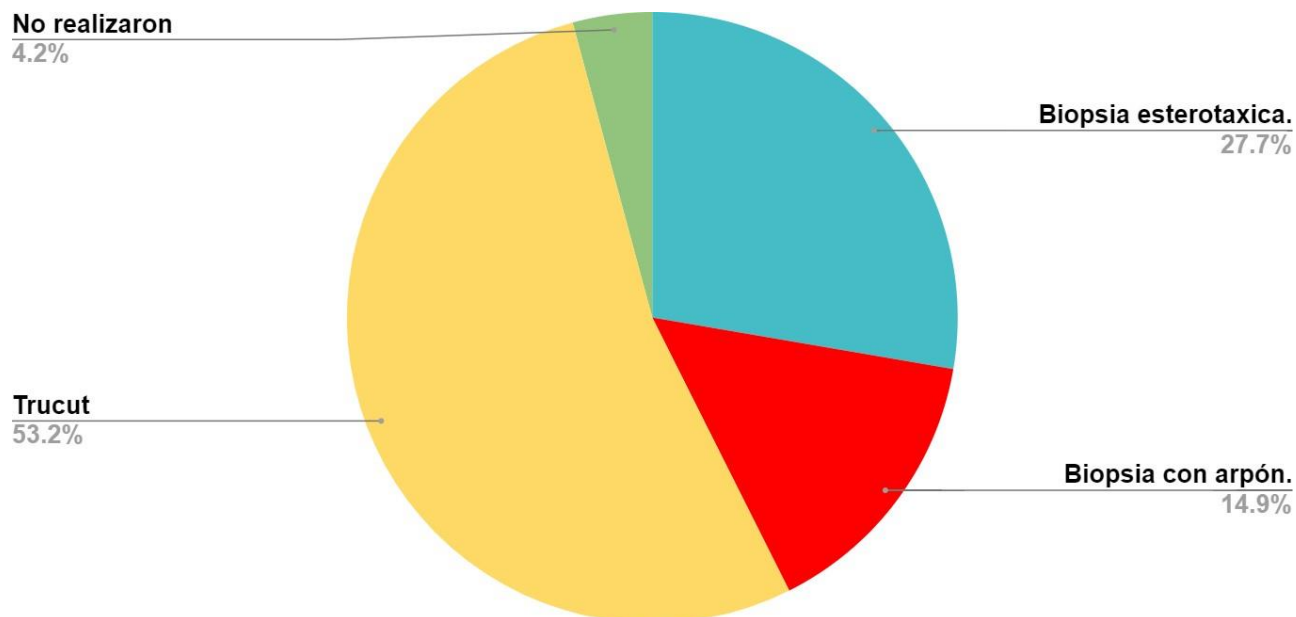
Según criterio médico, le realizaron biopsia



Autoría propia

Figura 6

Biopsia que le realizaron según el diagnóstico encontrado en su examen médico



Autoría propia

El tipo de cáncer de mama diagnosticado en el presente estudio estuvo establecido según las participantes por los siguientes:

Birass 4

Carcinoma (No sabe qué tipo)

Carcinoma ductal infiltrante

Carcinoma lobulillar infiltrante

Carcinoma pequeño

Cáncer benigno

Cáncer de mama inflamatorio

Estadio III

Insitu

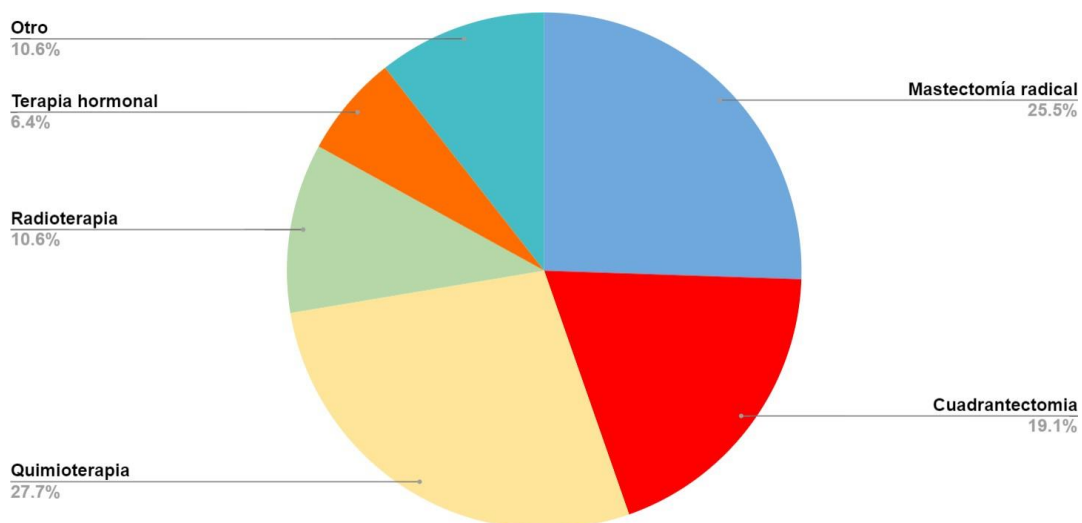
Si dentro de las respuestas anteriores ninguna de las clasificaciones le fue asignada, mencione cual le fue asignada las respuestas fueron:

Neoplasia

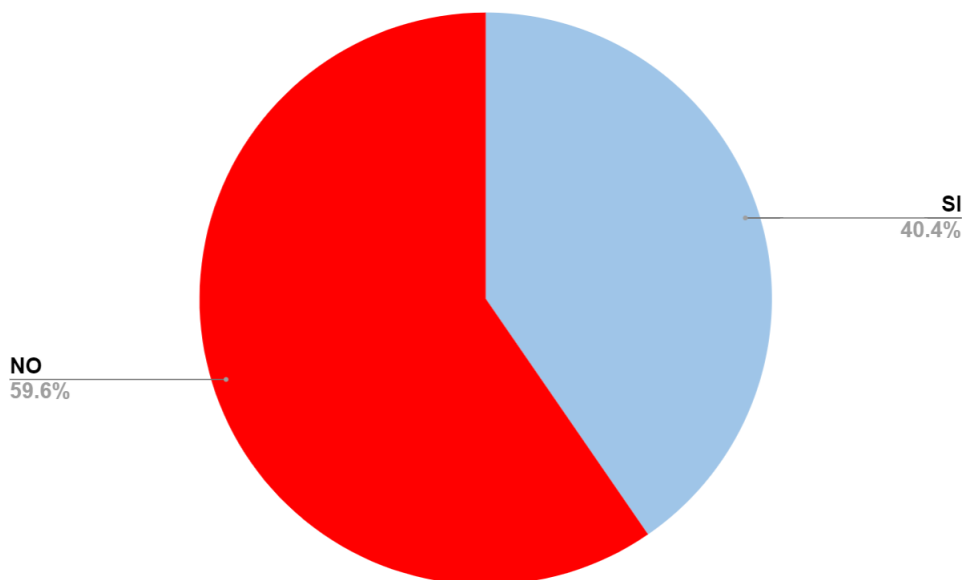
Cáncer de mama

Figura 7

Tratamiento que sugiere el médico tratante



Autoría propia

Figura 8*Efecto adverso al tratamiento recibido*

Autoría propia

Efectos adversos percibidos por las participantes del estudio según la pregunta anterior fueron los siguientes:

Afección al corazón

Debilidad, dolor fuerte a nivel de columna

Ansiedad

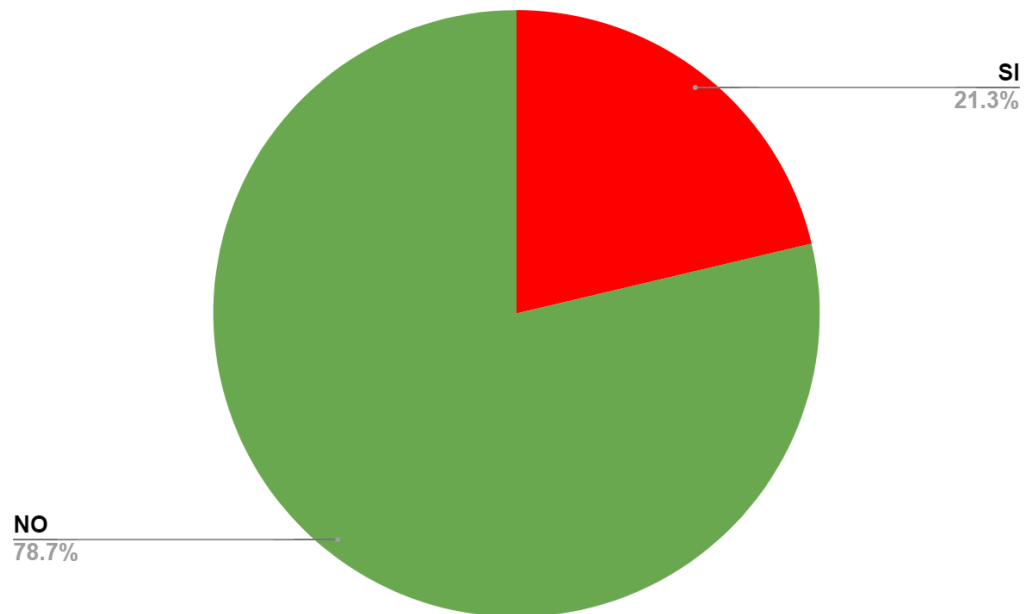
Depresión

Dolor

Estético

Fatiga falta de apetito

Pérdida de apetito, disgusto a algunos alimentos

Figura 9*Cirugía reconstructiva*

Autoría propia

Impacto que tuvo la cirugía en el estado anímico de las participantes fue:

Ansiedad

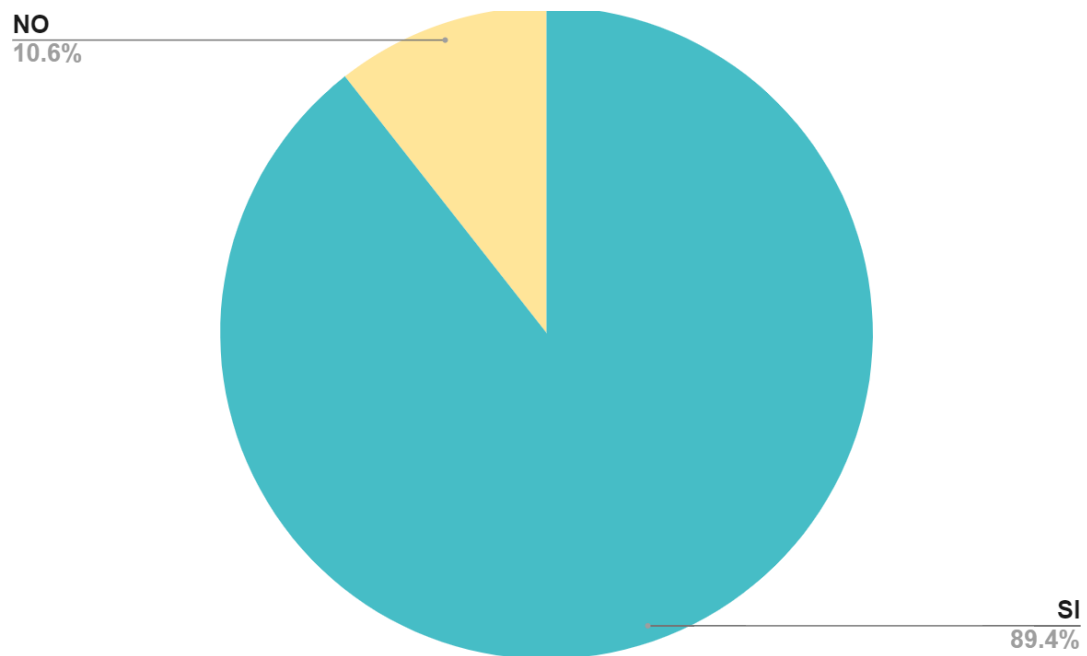
Tristeza

Depresión

Llanto

Figura 10

Tipo de metástasis encontradas



Autoría propia

Tipo de metástasis mencionadas donde fue hallada

Cuello

En estómago

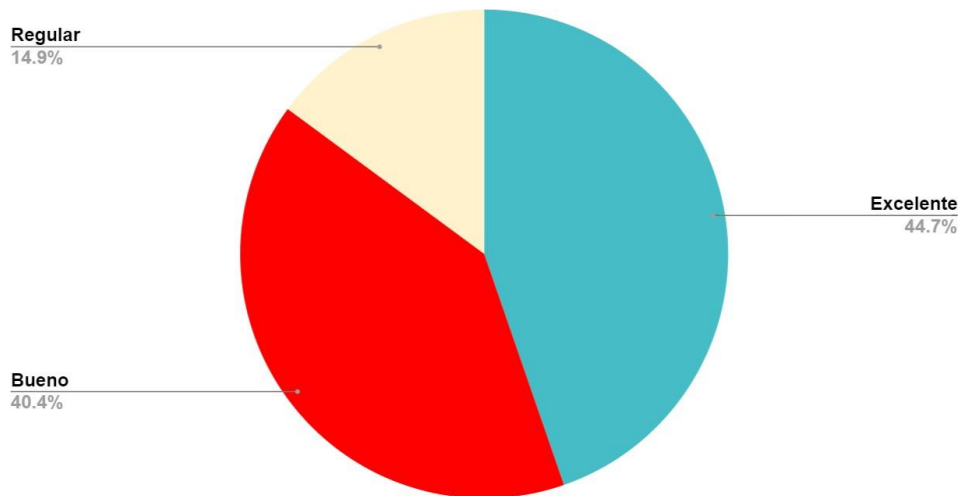
Hígado, columna y gástrico

Pulmón

Tiroides

Figura 11

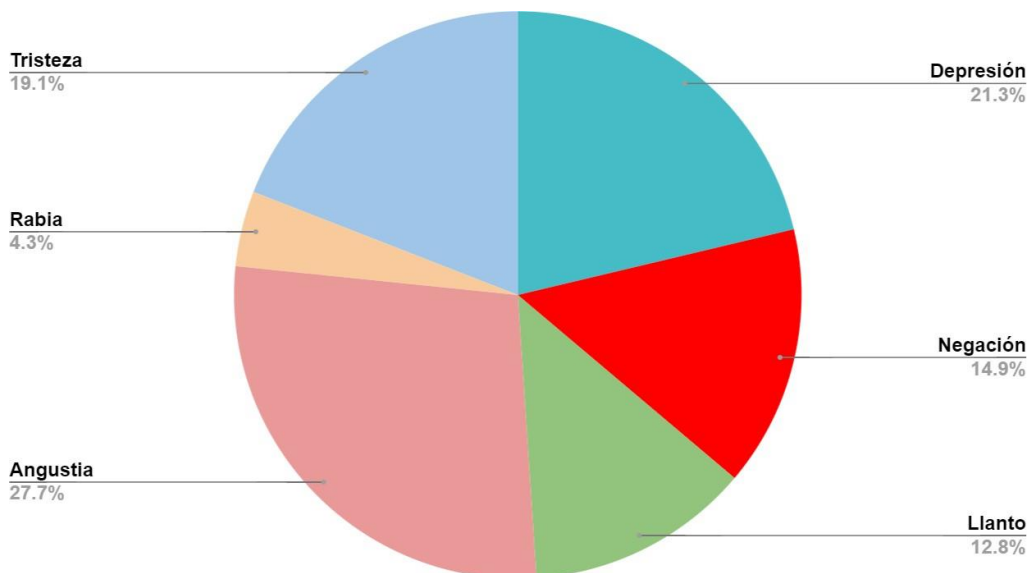
Tratamiento obtenido por su entidad de salud al momento de realizar sus respectivos procedimientos



Autoría propia

Figura 12

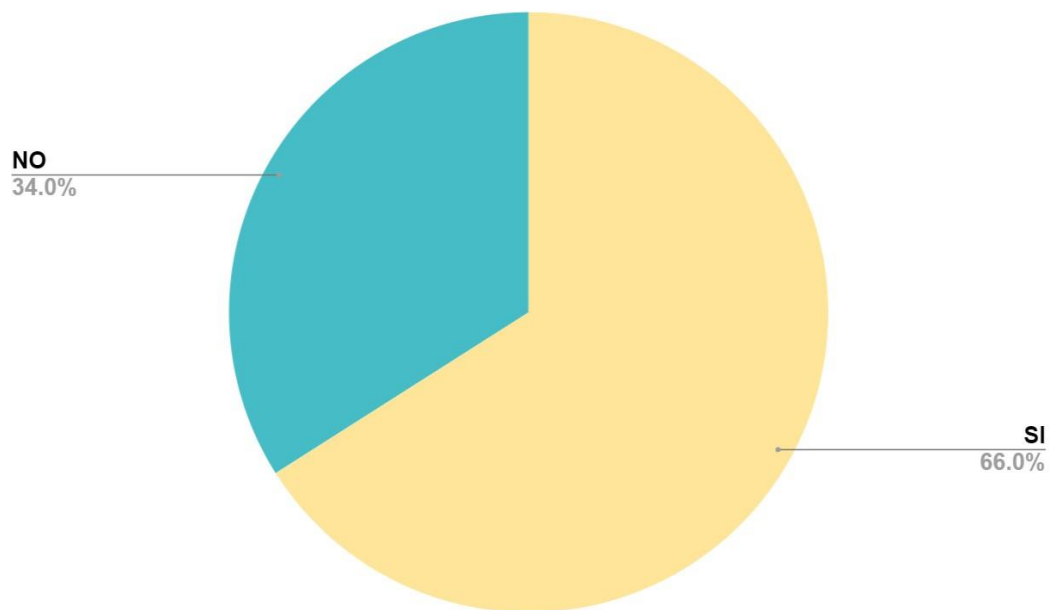
Después del resultado de la patología y de saber su diagnóstico y de saber su malignidad, cuál fue su estado anímico predominante



Autoría propia

Figura 13

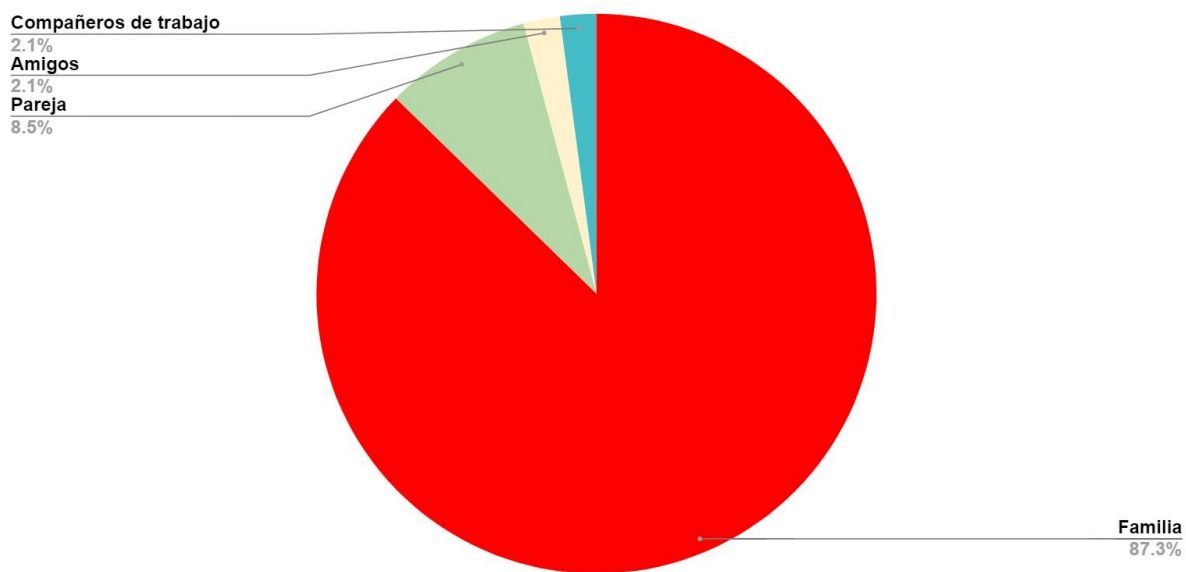
Ha recibido terapia psicológica



Autoría propia

Figura 14

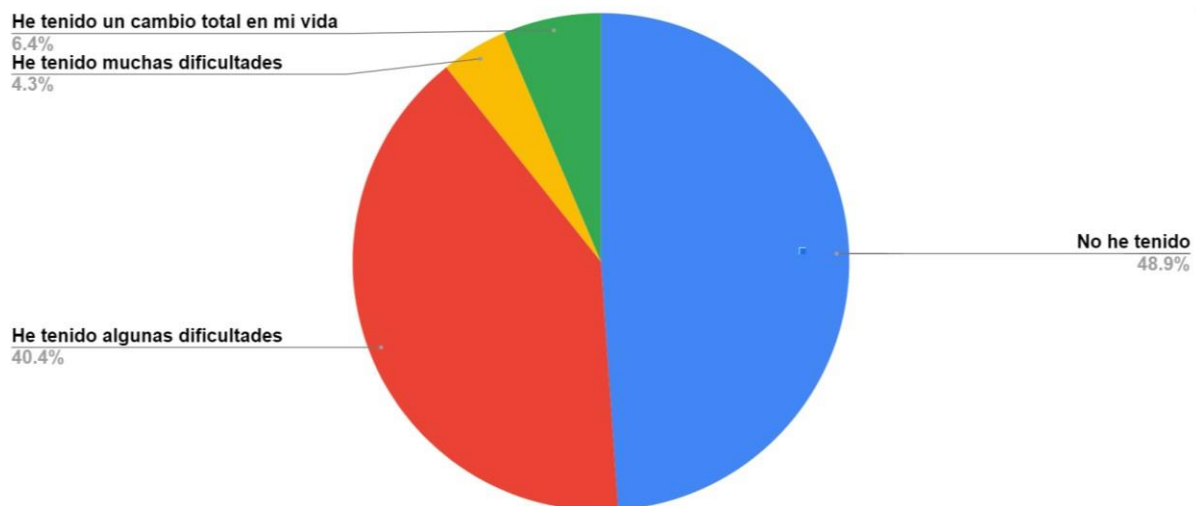
Quien o quienes han sido su apoyo durante el proceso



Autoría propia

Figura 15

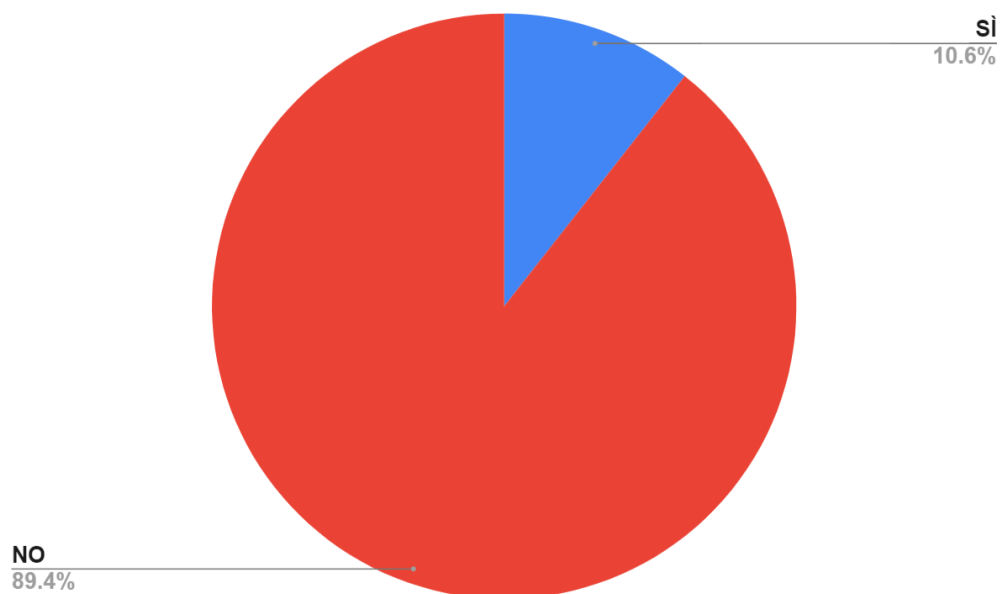
Durante el último mes, hasta qué punto se le ha dificultado las labores cotidianas en su vida



Autoría propia

Figura 16

Cree usted que el CA de mama que tiene o tuvo se debió a algún hábito alimenticio o tratamiento hormonal



Autoría propia

¿Por qué considera que el CA de mama que tiene o tuvo se debió a algún hábito alimenticio o tratamiento hormonal?

Cuando era joven tomaba mucho

El método de planificación jadell

Hormonas recibidas para la menopausia

Hábitos alimenticios, consumo excesivo de lácteos

No tenía hábitos saludables y además salí positiva a los receptores de estrógenos y progestágenos

Según su experiencia vivida durante el proceso en la detección y tratamiento del cáncer de mama, ¿cuál es su perspectiva? y cual su recomendación, para un proceso de sensibilización a su entorno con relación a esta enfermedad.

1. Les digo que con tanta información y los nuevos estudios se puede superar
2. Más campañas para ayudar a detectar a tiempo la enfermedad, ayuda psicológica y enseñarle a las jóvenes a realizarse el autoexamen
3. El autoexamen es la mejor que se puede hacer por uno mismo
4. Que se realicen el autoexamen que este cáncer es curable
5. Estar atentas a sintomatología y realizarse autoexamen
6. Hacerse regularmente el autoexamen de mama
7. Es una enfermedad que puede ser tratada y es mejor estar pendiente de los cambios en el cuerpo que pueden ayudar a la detección temprana del cáncer y poder realizar un tratamiento a tiempo

8. Realizarse el autoexamen de seno cada mes
9. No subvalorar la importancia del autoexamen para prevenir de manera temprana un diagnóstico peor
10. Realizar el autoexamen de seno estar atento a cualquier anomalía que nuestro cuerpo muestre ya que un diagnóstico a tiempo puede salvar muchas vidas
11. Tener una buena actitud
12. Una recomendación que quiero se tenga en cuenta es con respecto a los pacientes llegamos con miedo e interrogantes con respecto al CA, el personal de la salud, debe estar capacitado para tener sensibilidad social. El trato de ellos es muy importante para el tratamiento y la aceptación
13. Tranquilidad
14. Debemos. Hacernos el autoexamen. Recibir y cumplir el tratamiento como lo mandan los especialistas abrazar nuestra enfermedad y saber que ya es parte de nuestra vida. Y vivir como si fuera el último día. Vale la pena la ciencia está muy avanzada y vale la pena luchar.
15. Que debimos hacernos los exámenes previos para poder manejar esta esta enfermedad.
16. Hay que hacernos con frecuencia el auto examen de seno, para que tenga solución a tiempo
17. Realizar siempre el tratamiento indicado, por más duro que sea el proceso siempre habrá una luz de esperanza
18. Hacer el autoexamen mensual y hacer seguimientos médicos
19. Realizar autoexamen periódicamente
20. Un diagnóstico a tiempo salva la vida
21. Detección temprana

22. Examen temprano y estar pendiente con el autoexamen
23. Ser constante con el autoexamen y atender las alertas que se puedan presentar
24. Énfasis en mejores hábitos alimenticios
25. Realizar el auto examen periódicamente y acudir al médico si se encuentra algo inusual
26. Realizarse el autoexamen de mama con regularidad y ante la sospecha consultar a su medico
27. Muy difícil vivirlo en un sistema de salud como el de nuestro país
28. Mi perspectiva seria que todos los pacientes con cáncer tengan oportuna atención médica y pueda tener acceso a los tratamientos, le recomiendo a todas las mujeres realizar el autoexamen de mama, ejercitarse, cambiar hábitos alimenticios y vivir una vida plena y feliz
29. Realizarse el examen de mama periódicamente
30. Autoexamen de mama
31. Consulta al médico cuando tengan alguna masa en el seno
32. Asistencia inmediata al medico
33. Ante cualquier cambio en sus senos asistir a medico
34. Realizarse el examen de mama más seguido
35. Revisarse muy bien sus senos periódicamente
36. Seguir las órdenes médicas para los exámenes de mama
37. Revisarnos los senos constantemente
38. El autoexamen a tiempo
39. Ir al médico regularmente, hacerse el autoexamen y alertar de cualquier anomalía
40. Realizarse el autoexamen, y consultar con el medico

41. Realizarse el autoexamen de seno, para prevenir
42. Importante el autoexamen ya que se puede detectar a tiempo
43. Necesitamos más asistencia por parte del sistema de salud. Para

tener un diagnóstico a tiempo

44. Hacerse el examen periódicamente para detectar a tiempo
45. Realizarse exámenes de forma periódica al igual que el

autoexamen

46. No sé
47. Ninguno

Conclusiones

Tabla resumen de los resultados

Información sociodemográfica

| | | | | |
|----------------------|---------------|--|----------------------------|---------------|
| Edad de | sexo = | Estrato social de mayor prevalencia = | Nivel | Estado |
| mayor rango = | Femenino | 3 | educativo de civil= | Solteras |
| 45 y 55 años | | | predominante = | |
| | | | Profesionales | |

**Características
emocionales del
estudio**

**Características
orgánicas
del estudio**

**Características
familiares/sociales del
estudio**

**características médicas
del estudio**

| Impacto anímico: | Frecuencia de realización del autoexamen: > | Antecedentes familiares: | La mayoría de las participante tienen conocimiento acerca de las campañas de prevención (68.1) |
|-------------------------|---|---------------------------------|--|
| Ansiedad | | cáncer de mama | |
| Tristeza | 1 mes | | |
| Depresión | | | |
| Llanto | | | |

| Estado anímico predominante después del diagnóstico: | Acciones de mayor efecto frente a la palpación de alguna masa extraña: | Línea de antecedentes de las participantes: | Acceso a: Auto examen, mamografía, ecografía de mama, servicios de Eps, campañas publicitarias, comerciales. |
|---|---|---|---|
| Tristeza | Consulta médica/mamografía | no aplica las mencionadas (Mama, Tiroides, Ovarios o Testículo 34.6%) | |
| Rabia | | | |
| Depresión | | | |
| Angustia | | | |
| Negación | | | |
| Llanto | | | |

| Terapia psicológica | Labores cotidianas | Métodos de prevención |
|---|---|---|
| recibida: sí, el 66% de la población participante | después del diagnóstico: el | más utilizados: |
| Efectos adversos del | 40.4% de la población participante ha tenido algunas dificultades | - Acudir al médico de manera periódica. |
| estudio realizado: No hubo en el 59.4% de la población | | -Realizarse el autoexamen. |
| Efectos percibidos: | | -Realizarse una ecografía mamaria. |
| Afeción al corazón | | |
| Debilidad, dolor fuerte a nivel de columna | | |
| Ansiedad | | |
| Depresión | | |
| Dolor | | |
| Estético | | |
| Fatiga falta de apetito | | |

Pérdida de apetito,
disgusto a algunos alimentos

Metástasis hallada: Si,
en el 89.4% de la población
estudiada

Apoyo emocional durante el proceso de salud:
Familia 87.3%

Lugar de la metástasis:
Cuello
En estómago
Hígado, columna y
gástrico
Pulmón
Tiroides

Condición de salud asociada a hábitos alimenticios o tratamientos

Acciones médicas:
realización de biopsia (95.7)

Tipo de biopsia realizada:
trucut (53.2%)

El tipo de cáncer de mama diagnosticado:
Birass 4

hormonales: No asociados a
ello el 89.4% de la población
estudiada

Carcinoma
Carcinoma ductal infiltrante
Carcinoma lobulillar
infiltrante
Carcinoma pequeño
Cáncer benigno
Cáncer de mama
inflamatorio
Estadio III
Insitu
Neoplasia
Neoplasia
Cáncer de mama

| | | |
|--|--|---|
| <p>Asociación de la enfermedad con: Hábitos</p> | <p>Asociación de la enfermedad con: Hormonal</p> | <p>Cirugía reconstructiva: No realizada en el 78.7% de la población participante</p> |
|--|--|---|

| | |
|---|--|
| -Consumo excesivo de licor | -Método de planificar |
| -Hábitos alimenticios, consumo excesivo de lácteos | -Positiva a los receptores de estrógenos y progestágeno |

**Recomendaciones de la enfermedad expresada por
las participantes:**

Tratamiento obtenido por la entidad de salud: Excelente

44.7%

Generar campañas focalizadas en PP
Tener acceso a la información
Propiciar conductas como el autoexamen
(respuesta de mayor incidencia)
Estar atentas a sintomatología
Tener una buena actitud
Buen trato por parte del personal médico

Realizar siempre el tratamiento indicado

Detección temprana

Se concluye que la población participante del estudio tuvo acceso a información acerca del cáncer, que su proceso de diagnóstico tuvo componentes personal, familiar, emocional y contextual que influyó o influye de manera determinante en el proceso.

Las edades de mayor predominio en esta condición de salud se dan en mayor medida en personas en edades de edad adulta 40+.

Las conductas de autocuidado pueden evitar mucho más que asistir cada tiempo a la asistencia médica pues aspectos como el autoexamen en determina aspectos de prevención o de hallazgos tempranos de la condición de cáncer de mama.

No necesariamente se deben tener antecedentes para determinar que se establezca la patología

Referencias bibliográficas

- Abugattas. S, J., Manrique. H, J., y Vidaurre. R, T. (2015). Mamografía como instrumento de tamizaje en cáncer de mama. *Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia*, 61(3), 311-319. <http://www.scielo.org.pe/pdf/rgo/v61n3/a18v61n3.pdf>
- Angulo, M. M., Yustos, M. A., León, M. V., y de Mon Soto, M. Á. (2013). Cáncer de mama. *Medicine-programa de formación médica continuada acreditado*, 11(27), 1629-1640. <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0304541213705171>
- Bazar, N. O., Hernández, C. B., y Bazar, L. V. (2020). Factores de riesgo asociados al cáncer de mama. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 36(2), 1-13. <https://www.medigraphic.com/pdfs/revcubmedgenint/cmi-2020/cmi202i.pdf>
- Camacho-Piedra, C., y Espíndola-Zarazúa, V. (2019). Actualización de la nomenclatura BI-RADS® por mastografía y ultrasonido. *Anales de Radiología México*, 17(2), 100-8. <https://www.medigraphic.com/pdfs/anaradmex/arm-2018/arm182d.pdf>
- Cauas. (sf). Definición de las variables. Enfoque y tipo de investigación. https://d1wqtxts1xzle7.cloudfront.net/36805674/l-Variables-with-cover-page-v2.pdf?Expires=1636157579&Signature=dqh1rxr0RaMM1qtiw6VpJbx9-EgZtpkzKVIX5m2W5YLItqZ7fLef7McJ0XzJ~JGlrBuRdii8tURZI6i1d8KU77ot67KHkH2~yP8G-NVnfZBBIJfCYPIwujORZ8oJniud5uRulyH3XePY~yGtFQBhTEPKieX~CFR~3bxA1GzP~HgdAlr9jD~w79ufuf9z7tcf~uJ1cwb19wzc6y3k4hNxHCthr7EQbFVEiGeZLx5myH0t6EFmF30DEE1rsJWxxe2zu3qzs9sKTF72a03KNnsYe5JgzZNYDfslmhymM1T4SmEv~gS1y0syal47nOb~FvJfEf~oyHAGlYg4lxvniypwQ_&Key-Pair-Id=APKAJLOHF5GGSLRBV4ZA

- Cuevas, S. A. R., y García, M. C. (2006). Epidemiología del cáncer de mama. *Ginecología y Obstetricia de México*, 74(11), 585-593. <https://www.medigraphic.com/pdfs/ginobsmex/gom-2006/gom0611f.pdf>
- Congreso de la Republica de Colombia. (2015). Ley Estatutaria 1751 de 2015. https://www.cancilleria.gov.co/sites/default/files/Normograma/docs/pdf/ley_1751_2015.pdf
- Constitución Política de Colombia. (1991). constitución política de Colombia 1991. <https://pdba.georgetown.edu/Constitutions/Colombia/colombia91.pdf>
- Díaz, S., Piñeros, M., y Sánchez, O. (2005). Detección temprana del cáncer de mama: aspectos críticos para un programa de tamizaje organizado en Colombia. *Revista Colombiana de Cancerología*, 9(3), 93-105. https://www.researchgate.net/profile/Marion-Pineros/publication/238735079_Deteccion_temprana_del_cancer_de_mama_aspectos_criticos_para_un_programa_de_tamizaje_organizado_en_Colombia_Early_detection_of_breast_cancer_critical_aspects_for_an_organized_screening_programme_in_Co/links/5486fe920cf2ef34478ea147/Deteccion-temprana-del-cancer-de-mama-aspectos-criticos-para-un-programa-de-tamizaje-organizado-en-Colombia-Early-detection-of-breast-cancer-critical-aspects-for-an-organized-screening-programme-in-Co.pdf
- Espinosa, E. N., Galindo, R. A., Bastidas, L. W., Monsalve, R. J. (2013). Perfil sociodemográfico de la población antioqueña en situación de desplazamiento. Universidad de San Buenaventura Seccional Medellín. *El ágora usb*, 13(1). <https://www.redalyc.org/pdf/4077/407736377002.pdf>

- Fernández, P., y Díaz, S. P. (2003). Pruebas diagnósticas. *Cad Aten Primaria*, 10(1), 120-4. https://d1wqtxts1xzle7.cloudfront.net/45248378/pruebas_diagnosticas2-with-cover-page-v2.pdf?Expires=1653773071&Signature=Qlsl5e~mGr3tfGe2s0aEoSTnU23-w04FBQHHDAVg07JmlSuQyFmhQfqBF8OXpd6RfOrVuEzlfkxASvS3A~AWB9WnZd9ZYM6cUaA7rWNkDrRaSuMv8lXytAQVf3XUBQPFqknOGYcPyhvOXbE96BAmUBYpvE3QMjoA0XkppLAfyEg9QfbLJcSHHhcmQ4neLPt8vGUrVSCpKxRzBLt-DBiJ~TOK7mHio6QuJTVMOJFNLpqJLeMy8ak7iKacJSJEiZUBbPtK5wpENGpuXzHTyjS8gJlZhZYpNkSH5XeE31ziHFcaMuQfOanomjarO16pDc9lpeT-aXRxnLNug~PqQ~kbsQ_&Key-Pair-Id=APKAJLOHF5GGSLRBV4ZA
- Garduño, C., Riveros, A., y Sánchez-Sosa, J. J. (2010). Calidad de vida y cáncer de mama: efectos de una intervención cognitivo-conductual. *Revista Latinoamericana de Medicina Conductual/Latin American Journal of Behavioral Medicine*, 1(1), 69-80. <https://www.redalyc.org/pdf/2830/283021975008.pdf>
- Herrero, J. C. (2011). Resonancia magnética de mama: estado actual y aplicación clínica. *Radiología*, 53(1), 27-38. <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0033833810003450>
- Herrero, M. M., y Echavarría, I. (2015). El cáncer de mama. *Arbor*, 191(773), a234-a234. <https://arbor.revistas.csic.es/index.php/arbor/article/view/2037>
- Imigo, F., Mansilla, E., Delama, I., Poblete, M. T., y Fonfach, C. (2018). Clasificación molecular del cáncer de mama. *Cuadernos de cirugía*, 25(1), 67-74. <http://revistas.uach.cl/pdf/cuadcir/v25n1/art10.pdf>
- Martínez-Montañez, O. G., Uribe-Zúñiga, P., y Hernández-Ávila, M. (2009). Políticas públicas para la detección del cáncer de mama en México. *Salud pública de México*, 51, 350-360.

https://www.scielosp.org/article/ssm/content/raw/?resource_ssm_path=/media/assets/spm/v51s2/v51s2a28.pdf

- Moreno, F. H., y Hernández, R. L. (2014). Aspectos psicosociales relacionados con la calidad de vida en mujeres con cáncer de mama. *Summa Psicológica UST*, 11(1), 99-104. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4808694>
- Muñoz, A. F. D., Domínguez, H. B., Galvis, M. C. C., Medina, S. K. S., Mercado, L. P. N., Sotelo, D. C. G., y Díaz, I. A. V. (2022). Elastografía como método para la detección de cáncer de mama. *Archivos de medicina*, 18(2), 3. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=8484343>
- Narod, S. A., y Rodríguez, A. A. (2011). Predisposición genética para el cáncer de mama: genes BRCA1 y BRCA2. *Salud pública de México*, 53(5), 420-429. <https://www.scielosp.org/pdf/spm/v53n5/a10v53n5.pdf>
- Niño, L. A. G., Garavito, A. Á., Jaramillo, C. E., Velásquez, S. J., Corcho, R. D. S., y Bernal, B. H. A. (2007). Cáncer de mama: HER2/neu, métodos diagnósticos y consideraciones clínicas. *Revista Colombiana de Cancerología*, 11(1), 40-57. https://www.researchgate.net/profile/Leonel-Gonzalez-2/publication/238747890_Cancer_de_mama_HER2neu_metodos_diagnosticos_y_consideraciones_clinicas_HER2neu_and_Breast_Cancer_Diagnosis_and_Clinical_Issues/links/5681ab2c08ae1e63f1edddb5/Cancer-de-mama-HER2-neu-metodos-diagnosticos-y-consideraciones-clinicas-HER2-neu-and-Breast-Cancer-Diagnosis-and-Clinical-Issues.pdf
- Olaya-Contreras, P., Pierre, B., Lazcano-Ponce, E., Villamil-Rodríguez, J., y Posso-Valencia, H. J. (1999). Factores de riesgo reproductivo asociados al cáncer mamario, en mujeres colombianas. *Revista de Saúde Pública*, 33, 237-245. <https://www.scielo.br/j/rsp/a/wTccjmyFs7DCZzXjyXScmtw/?lang=es>

- Ortega, D., Taborga, V., Marta, T. M., Osses, D., y López, A. (2004). Mamografía digital: el desafío del presente. *Revista chilena de radiología*, 10(1), 35-37.
<https://scielo.conicyt.cl/pdf/rchradiol/v10n1/art08.pdf>
- Ortiz, F. L., do Nascimento, C. B. M., Mand, C. M., Arriola, N. A., Martínez, I. N., y Oliete, M. R. (2019). Ecografía de mama en atención primaria. *Medicina general*, 8(2), 6.
http://mgyf.org/wp-content/uploads/2019/07/MGYF2019_016.pdf
- Ramírez, M. E. (2018). Cáncer de mama. *Revista Médica Sinergia*, 2(01), 8-12.
<https://www.medigraphic.com/pdfs/sinergia/rms-2017/rms171b.pdf>
- Restrepo, C., Estrada, J., Mesa, G., Arango, A., D Amato, M., Escobar, A., y Matute, G. (2011). Experiencia de la técnica del ganglio centinela en la cirugía del cáncer de mama, Medellín, Colombia, 2009. *Revista Colombiana de Cirugía*, 26(1), 25-32.
<https://www.revistacirugia.org/index.php/cirugia/article/view/148/135>
- Romero, M. E. (2010). Confiabilidad del cuestionario de salud SF-36 en pacientes postinfarto agudo del miocardio procedente de Cartagena de Indias, Colombia. *Revista Colombiana de Cardiología*, 17 (2), 41-46.
<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0120563310702187>
- Romo, H. L. (1998). La metodología de la encuesta. JG Cáceres, Técnicas de investigación en sociedad, cultura y comunicación, 33-74.
https://biblioteca.marco.edu.mx/files/metodologia_encuestas.pdf
- Ruiz-de-Aguirre, S., y Villanueva-Edo, A. (2000). Evolución del cáncer de mama a través de la historia. *Gaceta Médica de Bilbao*, 97(2), 35-36.
<http://gacetamedicabilbao.eus/index.php/gacetamedicabilbao/article/viewFile/614/620>

- Salaverry, O. (2013). La etimología del cáncer y su curioso curso histórico. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, 30(1), 137-141. <http://www.scielo.org.pe/pdf/rins/v30n1/a26v30n1.pdf>
- Salas Zapata, C., y Grisales Romero, H. (2010). Calidad de vida y factores asociados en mujeres con cáncer de mama en Antioquia, Colombia. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 28, 9-18. <https://www.scielosp.org/article/rpsp/2010.v28n1/9-18/es/>
- Universidad Nacional Abierta y a Distancia (2013). Lineamientos De La Investigación En La Escuela De Ciencias De La Salud, 1-50. https://academia.unad.edu.co/images/escuelas/ecisa/Lineamientos_de_Investigacion_ECISALUD.pdf
- Uscanga-Sánchez, S., Torres-Mejía, G., Ángeles-Llerena, A., Domínguez-Malpica, R., y Lazcano-Ponce, E. (2014). Indicadores del proceso de tamizaje de cáncer de mama en México: un estudio de caso. *Salud pública de México*, 56(5), 528-537.
- Vargas, A. N., Aguilar, M. P., Millán, B. M., & de Cima, R. B. (2006). Historia natural del cáncer de mama. *Ginecología y Obstetricia de México*, 74(02), 115-120. <https://www.medigraphic.com/pdfs/ginobsmex/gom-2006/gom062g.pdf>
- Vázquez, A. C. (2016). Cirugía del cáncer de mama: técnicas quirúrgicas de tratamiento y de reconstrucción, momento y tiempos de recuperación. *Medicina y Seguridad del Trabajo*, 62, 116-124. <https://scielo.isciii.es/pdf/mesetra/v62sextra/ponencias12.pdf>
- Villarreal-Ríos, E., Escorcía-Reyes, V., Martínez-González, L., Vargas-Daza, E. R., Galicia-Rodríguez, L., Cervantes-Becerra, R., y López-Ramos, J. M. (2014). Historia natural del proceso diagnóstico del cáncer de mama. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 35, 172-178. <https://www.scielosp.org/article/rpsp/2014.v35n3/172-178/es/>

Wiesner, C. (2007). Determinantes psicológicos, clínicos y sociales del diagnóstico temprano del cáncer de mama en Bogotá, Colombia. *Revista colombiana de cancerología*, 13-22. <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-484494>