

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA

FACULTAD DE ENFERMERÍA

ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA



**FRECUENCIA Y FACTORES ASOCIADOS A LA MASTALGIA
O MASTODINIA EN MUJERES ADULTAS ATENDIDAS EN EL
CENTRO DE SALUD MARITZA CAMPOS DÍAZ, AREQUIPA,
2016.**

Tesis presentada por las bachilleres:
NALDY VANESSA HERRERA ZUÑIGA
MILAGROS LIZETH JÁCOBO CÁRDENAS

Para optar el Título Profesional de:
Licenciadas en Enfermería.

Asesor:

Mgter Mirtha Cardeña Valverde

AREQUIPA – PERÚ

2017

PRESENTACIÓN

SEÑORA DECANA DE LA FACULTAD DE ENFERMERÍA DE LA
UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARIA.

S.D.

De conformidad con lo establecido por la Facultad de Enfermería que Ud. tan acertadamente dirige, presento a su consideración y a la de los señores Miembros del Jurado el presente trabajo de investigación titulado: **“Frecuencia y factores asociados a la mastalgia o mastodinia en mujeres adultas atendidas en el Centro de Salud Maritza Campos Díaz, Arequipa, 2016,** requisito necesario para optar el Título Profesional de Licenciado en Enfermería.

Esperamos que el presente trabajo de investigación sea de su conformidad y cumpla con los requisitos académicos y técnicos correspondientes.

Arequipa, Julio del 2017

Naldy Vanessa Herrera Zúñiga

Milagros Lizeth Jácomo Cárdenas



UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA
FACULTAD DE ENFERMERÍA

DICTAMEN DE BORRADOR DE TESIS

A : Dn. Sonia Nuñez Chávez
Decana de la Facultad de Enfermería de la U.C.S.M.

De : Jurado Dictaminador

Asunto : Dictamen de Borrador de Tesis:
**FRECUENCIA Y FACTORES ASOCIADOS A LA MASTALGIA O
MASTODINIA EN MUJERES ADULTAS ATENDIDAS EN EL CENTRO DE
SALUD MARITZA CAMPOS DÍAZ. AREQUIPA, 2016.**

Autoras: Naldy Vanessa Herrero Zañiga
Milagros Lizeth Jacobo Cárdenas

Fecha : Arequipa, 05 de Julio del 2017

Reunidos los miembros del Jurado Dictaminador, luego de haber revisado y analizado el Borrador de Tesis se concluye que, habiendo subsanado las observaciones emitidas, el presente queda apto para pasar a la fase de sustentación.

Atentamente,



Dra. Otrera Nuñez de Pinto
Presidenta



Lic. Marcia Huerta Wilton
Secretaria



Mgter. María del Pilar Borge Viscarra
Miembro Integrante

INFORME DE ASESORÍA DE TESIS

A : Dña. Josefina Soría Núñez Chávez
Decana de la Facultad de Enfermería de la U.C.S.M.

DE : Mgter. Mirta Cardena Valverde
Asesora del Proyecto de Investigación

ASUNTO : Informe del Proyecto de Investigación titulado:
"FRECUENCIA Y FACTORES ASOCIADOS A LA MASTALGIA O MASTODINEA EN
MUJERES ADULTAS ATENDIDAS EN EL CENTRO DE SALUD MARITZA CAMPOS
DÍAZ AREQUIPA 2017"

AUTORAS : NALDY VANESSA HERRERA ZÚNIGA
MILAGROS LIZETH JACOBO GÁRDENAS

FECHA : Arequipa, 06 de abril del 2017

Culminado la revisión del trabajo de investigación mencionado cumpla en informar lo siguiente:

Antecedentes:

Se tuvo varias reuniones de trabajo con las autoras sobre el Planteamiento Teórico: en lo referente al Marco Teórico, Antecedentes Investigativos y Objetivos.

Obtenidos los resultados se enfatizó sobre la descripción e interpretación de las tablas, teniendo en cuenta el contraste con la literatura del trabajo, a su vez la relación con los objetivos del mismo. Se revisaron las conclusiones y recomendaciones teniendo en cuenta los resultados obtenidos.

Apreciación Personal:

En todo momento se pudo observar el interés de las investigadoras por mejorar y subsanar las observaciones dadas. El trabajo tiene relación directa con el que hacer Enfermería en lo relacionado a la salud de la mujer, sobre todo en el área de prevención. Es un problema actual poco estudiado que abarca a un gran número de mujeres en diferentes edades del ciclo vital. El trabajo es un aporte en lo referente a mejorar la salud de la población mencionada.

Aportamente,


Mgter. Mirta Cardena Valverde



UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA
FACULTAD DE ENFERMERÍA

DICTAMEN DE PROYECTO DE TESIS

A : Dra. Sonin Nuñez Chávez
Decana de la Facultad de Enfermería de la U.C.S.M.

De : Jurado Dictaminador

Asunto : Dictamen de Proyecto de Tesis:
FRECUENCIA Y FACTORES ASOCIADOS A LA MASTALGIA O MASTODINIA EN MUJERES ADULTAS ATENDIDAS EN EL CENTRO DE SALUD MARITZA CAMPOS DÍAZ. AREQUIPA, 2016.

Autoras: Naldy Vanessa Herrera Zuñiga
Milagros Lizeth Jacobo Cárdenas


Fecha : Arequipa, 27 de octubre del 2016

Reunido el Jurado Dictaminador y revisado el Proyecto de Tesis, se hace llegar las siguientes observaciones:

- Variables
 - Variable Independiente: Ordenar los factores y precisar los subindicadores
- Interrogantes básicas
 - La tercera debe establecer la relación entre las 2 primeras
- Objetivos
 - Plantearlos de acuerdo a las interrogantes
- Marco Teórico
 - Incluir el rol de la enfermera
- Antecedentes
 - Debe considerar demás investigaciones nacionales y regionales
- Hipótesis
 - Reformular la Base teórica
- No presentó Instrumento
- Actualizar cronograma
- Ampliar bibliografía de acuerdo a las normas de Vancouver

Realizadas las correcciones, volver a presentar el proyecto.

Atentamente,


Dra. Gloria Nuñez de Pinto
Jurado Dictaminador


Lic. Marcia Huerta Wilson
Jurado Dictaminador

Arequipa, 24 de noviembre de 2016

Subsanadas las observaciones, pase a ejecución, según Reglamento de Grados y Títulos de la Facultad de Enfermería.

Atentamente,


Dra. Gloria Nuñez de Pinto
Jurado Dictaminador

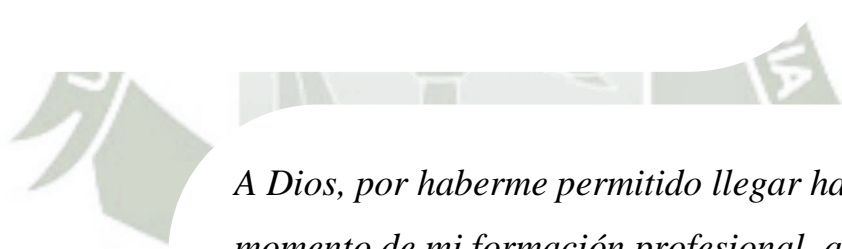

Lic. Marcia Huerta Wilson
Jurado Dictaminador

La presente Tesis está dedicada a Dios, por permitirme llegar a este momento tan especial en mi vida. Por los triunfos y momentos difíciles que me han enseñado a valorarlo cada día más.

A mis padres, porque ellos siempre estuvieron a mi lado brindándome su apoyo y sus consejos para hacer de mí una mejor persona tanto en mi vida personal como estudiantil.

A mis abuelos Marcelino y Beatriz que, aunque no estuvieron físicamente, sé que desde el cielo siempre me cuidan y guían para que todo me salga bien.

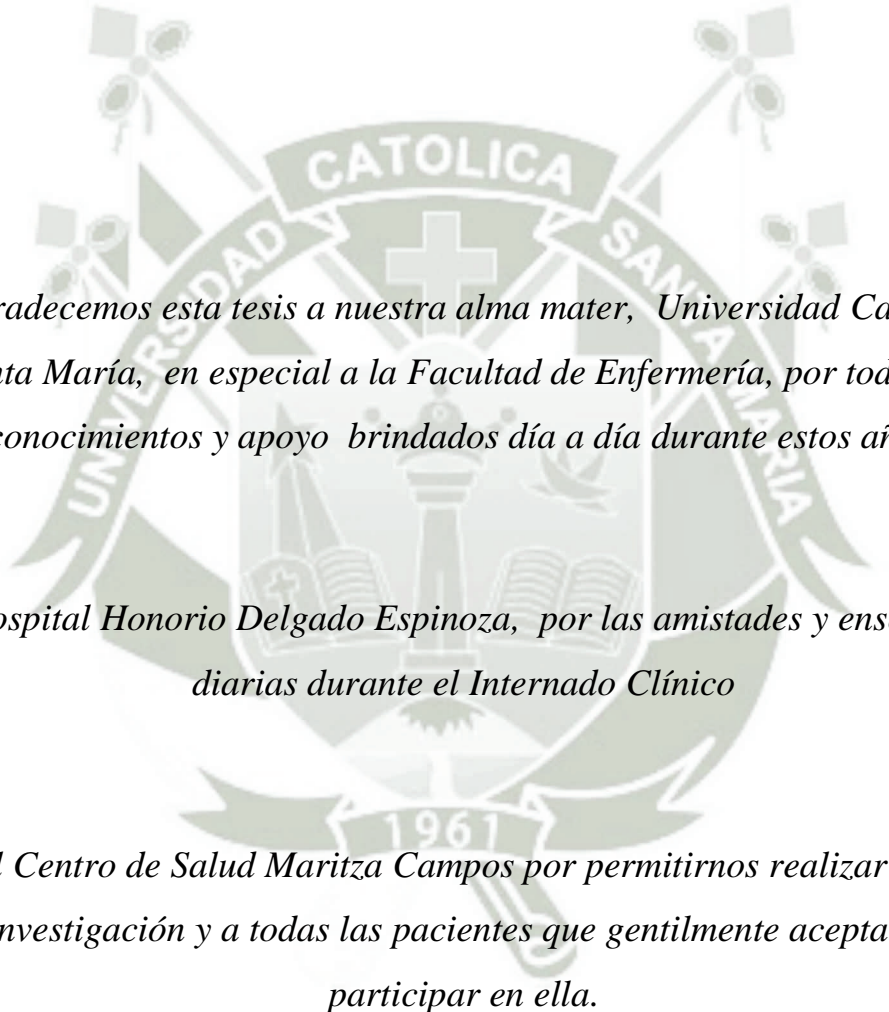
Milagros Lizeth Jácomo Cárdenas



A Dios, por haberme permitido llegar hasta este momento de mi formación profesional, quien supo guiarme, darme fuerzas y enseñándome a encarar las adversidades sin perder nunca la dignidad ni desfallecer en el intento.

La presente Tesis está dedicada a mis seres queridos, a mi padre Moisés y a mi madre Marisol por ser el pilar fundamental en todo lo que soy, por los ejemplos dignos de entrega, superación y por confiar en mi decisión.

Naldy Vanessa Herrera Zúñiga



Agradecemos esta tesis a nuestra alma mater, Universidad Católica Santa María, en especial a la Facultad de Enfermería, por todos los conocimientos y apoyo brindados día a día durante estos años.

Al Hospital Honorio Delgado Espinoza, por las amistades y enseñanzas diarias durante el Internado Clínico

Al Centro de Salud Maritza Campos por permitirnos realizar esta investigación y a todas las pacientes que gentilmente aceptaron participar en ella.

INDICE

	PAG
RESUMEN	10
ABSTRACT	10
INTRODUCCIÓN	11

CAPITULO I PLANTEAMIENTO TEÓRICO

1. PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN	13
1.1. ENUNCIADO DEL PROBLEMA	13
1.2. DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA	13
1.2.1. Operacionalización de variables	14
1.2.2. Interrogantes Básicas	16
1.2.4. Tipo de Problema	16
2. JUSTIFICACIÓN DEL PROBLEMA	16
3. OBJETIVOS	18
4. MARCO TEORICO	19
4.1. BASES TEÓRICAS	19
4.2. ANTECEDENTES INVESTIGATIVOS	37
4.3. HIPÓTESIS	38

CAPITULO II PLANTEAMIENTO OPERACIONAL

1. TÉCNICAS	39
2. INSTRUMENTOS	39
3. CAMPO DE VERIFICACIÓN	40
4. ESTRATEGIAS PARA LA RECOLECCIÓN DE DATOS	41

CAPITULO III

RESULTADOS

PRESENTACIÓN, ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE DATOS	43
CONCLUSIONES	70
RECOMENDACIONES	71
BIBLIOGRAFÍA	72
ANEXOS	76



ÍNDICE DE TABLAS

TABLA 1	MUJERES ADULTAS SEGÚN LA PRESENCIA DE MASTALGIA O MASTODINIA. CENTRO DE SALUD MARITZA CAMPOS DÍAZ. AREQUIPA, 2016	44
TABLA 2	DISTRIBUCION DE LAS MUJERES ADULTAS POR MASTALGIA O MASTODINIA SEGÚN EDAD. CENTRO DE SALUD MARITZA CAMPOS DÍAZ. AREQUIPA, 2016	45
TABLA 3	DISTRIBUCIÓN DE LAS MUJERES ADULTAS POR MASTALGIA O MASTODINIA SEGÚN NIVEL DE INSTRUCCIÓN. CENTRO DE SALUD MARITZA CAMPOS DÍAZ. AREQUIPA, 2016	46
TABLA 4	DISTRIBUCIÓN DE LAS MUJERES ADULTAS POR MASTALGIA O MASTODINIA SEGÚN OCUPACIÓN. CENTRO DE SALUD MARITZA CAMPOS DÍAZ. AREQUIPA, 2016	47
TABLA 5	DISTRIBUCIÓN DE LAS MUJERES ADULTAS POR MASTALGIA O MASTODINIA SEGÚN SITUACION CONYUGAL. CENTRO DE SALUD MARITZA CAMPOS DÍAZ. AREQUIPA, 2016	48
TABLA 6	DISTRIBUCIÓN DE LAS MUJERES ADULTAS POR MASTALGIA O MASTODINIA SEGÚN HIJOS. CENTRO DE SALUD MARITZA CAMPOS DÍAZ. AREQUIPA, 2016	49
TABLA 7	DISTRIBUCIÓN DE LAS MUJERES ADULTAS POR MASTALGIA O MASTODINIA SEGÚN USO DE ANTICONCEPTIVOS ORALES (ACO). CENTRO DE SALUD MARITZA CAMPOS DÍAZ. AREQUIPA, 2016..	50
TABLA 8	DISTRIBUCIÓN DE LAS MUJERES ADULTAS POR MASTALGIA O MASTODINIA SEGÚN PRESENTACIÓN DE MENOPAUSIA. CENTRO DE SALUD MARITZA CAMPOS DÍAZ. AREQUIPA, 2016	51
TABLA 9	DISTRIBUCIÓN DE LAS MUJERES ADULTAS POR MASTALGIA O MASTODINIA SEGÚN ANTECEDENTE FAMILIAR DE CÁNCER DE MAMA. CENTRO DE SALUD MARITZA CAMPOS DÍAZ. AREQUIPA, 2016. DISTRIBUCIÓN DE LAS MUJERES ADULTAS POR	52

TABLA 10	MASTALGIA O MASTODINIA SEGÚN USO DE TERAPIA DE REEMPLAZO HORMONAL (TRH). CENTRO DE SALUD MARITZA CAMPOS DÍAZ. AREQUIPA, 2016	53
TABLA 11	DISTRIBUCIÓN DE LAS MUJERES ADULTAS POR MASTALGIA O MASTODINIA SEGÚN ANTECEDENTE DE TRAUMATISMO TORÁCICO PREVIO. CENTRO DE SALUD MARITZA CAMPOS DÍAZ. AREQUIPA, 2016	54
TABLA 12	DISTRIBUCIÓN DE LAS MUJERES ADULTAS POR MASTALGIA O MASTODINIA SEGÚN INGESTA DE CAFEÍNA. CENTRO DE SALUD MARITZA CAMPOS DÍAZ. AREQUIPA, 2016	55
TABLA 13	DISTRIBUCIÓN DE LAS MUJERES ADULTAS POR MASTALGIA O MASTODINIA SEGÚN TABAQUISMO. CENTRO DE SALUD MARITZA CAMPOS DÍAZ. AREQUIPA, 2016	56
TABLA 14	DISTRIBUCIÓN DE LAS MUJERES ADULTAS POR MASTALGIA O MASTODINIA SEGÚN CONSUMO DE METILXANTINAS. CENTRO DE SALUD MARITZA CAMPOS DÍAZ. AREQUIPA, 2016	57
TABLA 15	DISTRIBUCIÓN DE LAS MUJERES ADULTAS POR MASTALGIA O MASTODINIA SEGÚN CONSUMO DE TIRAMINAS. CENTRO DE SALUD MARITZA CAMPOS DÍAZ. AREQUIPA, 2016	58
TABLA 16	DISTRIBUCIÓN DE LAS MUJERES ADULTAS POR MASTALGIA O MASTODINIA SEGÚN REALIZACIÓN DE EJERCICIOS FÍSICOS QUE INCLUYA USO DE PECTORALES. CENTRO DE SALUD MARITZA CAMPOS DÍAZ. AREQUIPA, 2016	59
TABLA 17	TIEMPO QUE LAS MUJERS ADULTAS PRESENTAN MASTALGIA O MASTODINIA. CENTRO DE SALUD MARITZA CAMPOS DÍAZ. AREQUIPA, 2016	60
TABLA 18	MUJERES ADULTAS QUE PRESENTAN MASTALGIA O MASTODINIA SEGÚN LADO AFECTADO. CENTRO DE SALUD MARITZA CAMPOS DÍAZ. AREQUIPA, 2016	61

TABLA 19	MUJERES ADULTAS QUE PRESENTAN MASTALGIA O MASTODINIA SEGÚN ZONA AFECTADA. CENTRO DE SALUD MARITZA CAMPOS DÍAZ. AREQUIPA, 2016	62
TABLA 20	MUJERES ADULTAS QUE PRESENTAN MASTALGIA O MASTODINIA SEGÚN MOMENTO DE PRESENTACION. CENTRO DE SALUD MARITZA CAMPOS DÍAZ. AREQUIPA, 2016	63
TABLA 21	MUJERES ADULTAS QUE PRESENTAN MASTALGIA O MASTODINIA SEGÚN DURACION DEL DOLOR. CENTRO DE SALUD MARITZA CAMPOS DÍAZ. AREQUIPA, 2016	64
TABLA 22	MUJERES ADULTAS QUE PRESENTAN MASTALGIA O MASTODINIA SEGÚN AFECTACION DE SUS ACTIVIDADES DIARIAS. CENTRO DE SALUD MARITZA CAMPOS DÍAZ. AREQUIPA, 2016	65
TABLA 23	MUJERES ADULTAS QUE PRESENTAN MASTALGIA O MASTODINIA SEGÚN SEVERIDAD DEL DOLOR. CENTRO DE SALUD MARITZA CAMPOS DÍAZ. AREQUIPA, 2016	66
TABLA 24	MUJERES ADULTAS QUE PRESENTAN MASTALGIA O MASTODINIA SEGÚN TRATAMIENTO. CENTRO DE SALUD MARITZA CAMPOS DÍAZ. AREQUIPA, 2016	67
TABLA 25	ASOCIACION ENTRE LOS FACTORES SOCIODEMOGRAFICOS Y PERSONALES CON LA SEVERIDAD DE LA MASTALGIA O MASTODINIA EN MUJERES ADULTAS. CENTRO DE SALUD MARITZA CAMPOS DÍAZ. AREQUIPA, 2016	68

FRECUENCIA Y FACTORES ASOCIADOS A LA MASTALGIA O MASTODINIA EN MUJERES ADULTAS ATENDIDAS EN EL CENTRO DE SALUD MARITZA CAMPOS DÍAZ, AREQUIPA, 2016.

FREQUENCY AND FACTORS ASSOCIATED WITH MASTALGIA OR MASTODYNIA IN ADULT WOMEN ATTENDED MARITZA CAMPOS DÍAZ HEALTH CENTER, AREQUIPA, 2016.

¹ Naldy Vanessa Herrera Zúñiga.

² Milagros Lizeth Jacobo Cárdenas.

RESUMEN

Objetivos: Establecer la frecuencia y características de la mastalgia o mastodinia y determinar los factores sociodemográficos y personales asociados a la mastalgia o mastodinia en mujeres adultas. **Material y Métodos:** Se empleó como técnica la encuesta y como instrumento la Guía de Recolección de Datos y la Escala Visual Análoga del Dolor. La población de estudio estuvo conformada por 84 mujeres. **Conclusiones:** La frecuencia de la mastalgia o mastodinia en mujeres adultas es de 56%. Los factores personales que sí están asociados son el uso de anticonceptivos orales, realizar ejercicios físicos que incluyan el uso de pectorales, el tabaquismo y el antecedente familiar de cáncer de mama¹.

Palabras clave: Mastalgia, mastodinia, mujeres adultas, sociodemográficos, cáncer.

ABSTRACT

Objectives: Establish the frequency and characteristics of mastalgia or mastodynia and determine sociodemographic and personal factors associated with mastalgia or mastodynia in adult women. **Material and Methods:** Were used survey technique and the Data Collection Guide and the Visual Analog Pain Scale. The study population consisted of 84 women. **Conclusions:** The frequency of mastalgia or mastodynia in adult women is 56%. The personal factors that are associated are the use of oral contraceptives, physical exercises that include the use of pectorals, smoking and the family history of breast cancer.

Keywords: Mastalgia, mastodynia, olds womens, sociodemographic, cancer.

¹ Bachiller en Enfermería. Tesis para optar el título profesional de Licenciatura en Enfermería. Francisco Mostajo G1 – 9, Cercado. 994404407

² Bachiller en Enfermería. Tesis para optar el título profesional de Licenciatura en Enfermería. Ucayali 313 Zamacola. Cerro Colorado. 949076107

INTRODUCCIÓN

Las mamas son órganos que tienen un importante valor biológico en la mujer, puesto que está relacionado con la lactancia, que es el medio por el cual, los recién nacidos pueden subsistir, además, porque desde hace siglos, son consideradas importantes desde el punto de vista estético y para la femineidad. Sin embargo, estas no están exentas de sufrir patología, siendo en la mayoría de casos de naturaleza benigna, en contraparte, el cáncer de mama, muestra también un incremento alarmante a nivel mundial y también en Arequipa.

En un centro especializado en enfermedades de la glándula mamaria, la consulta por patología benigna es alrededor de 90%². Esto se debe a que cualquier patología o sintomatología que afecta a la mama genera ansiedad y preocupación en las mujeres ante signos o síntomas relacionados con la glándula mamaria, ya que su diagnóstico diferencial siempre estará orientado a descartar el cáncer de mama³.

Las alteraciones benignas de la mama representan un grupo heterogéneo de lesiones que debido a su diversidad en cuanto a su presentación, sintomatología y características histopatológicas, ha sido motivo de confusión en cuanto a su nomenclatura. Existen múltiples clasificaciones sobre patología benigna: clínica, histológica, temáticas etc. Pero una de las más frecuentes es la mastalgia o mastodinia, que es motivo de consulta bastante frecuente en mujeres de distintos grupos etáreos, afecta entre el 45-85% de las mujeres en algún momento de su vida⁴.

La mastalgia o mastodinia es uno de los signos que genera mayor preocupación o temor a que su causa sea el cáncer, sin embargo, las evidencias muestran que el dolor mamario suele no estar relacionado con patología maligna, salvo ciertas excepciones, como se observa en los carcinomas inflamatorios o los carcinomas localmente

² Acevedo, J., Aliaga, N. Patología benigna de la mama: Información para el médico general. Rev. Med. Clin. Condes 2009; 20 (1) 75 – 83.

³ Hartmann L, Sellers T, Frost M: Benign Breast Disease and the Risk of Breast Cancer. NEJM 2008; 21; 353:229-237.

⁴ Page, J. Mastodinia. Obstet Gynecol Clin North Am 2010;42:381-87.

avanzados. Además, se ha señalado que su tratamiento suele ser dificultoso, debido al componente emocional, ansioso que lo acompaña, pero, al mismo tiempo, se señala que algunas causas de esta dolencia sí parecen estar relacionadas con un aumento en el riesgo de desarrollar cáncer, de ahí que la mastalgia o mastodinia nunca debe ser pasada por alto, sino más bien debe ser atendida de manera oportuna y adecuada, por personal especializado a efectos de establecer su origen, severidad y tratamiento.

El desarrollo de este estudio, ha sido motivado porque en nuestras prácticas clínicas y el internado con frecuencia se ha atendido mujeres que consultan por presentar dolor mamario, y muchas otras refieren que presentan este signo, pero nunca han consultado con el médico o enfermera por temor a tener cáncer. Por lo anterior, el desarrollo del estudio se orientó a determinar la frecuencia y los factores asociados a la mastalgia o mastodinia en mujeres adultas atendidas en el Centro de Salud Maritza Campos Díaz. A través de este estudio, esperamos generar un mayor conocimiento sobre el tema y una mayor sensibilización de las mujeres que les ayuden a vencer los miedos y buscar atención como pilar fundamental para la detección precoz de enfermedades, el autocuidado y la conservación de la salud.

La presente investigación está organizada en capítulos; en el primer capítulo, se presenta el planteamiento teórico, que incluye el problema de investigación, variables de estudio, interrogantes básicas, tipo de investigación, justificación, objetivos, además del marco teórico y los antecedentes investigativos y la hipótesis. El segundo capítulo, es denominado Planteamiento Operacional, describe las técnicas, instrumentos, campo de verificación, población y muestra y la estrategia de recolección de datos. En el tercer capítulo, se presentan y analizan los resultados de la investigación sistematizados en tablas estadísticas, finalmente las conclusiones, recomendaciones, bibliografía y los anexos respectivos.

CAPÍTULO I

PLANTEAMIENTO TEÓRICO

1. PROBLEMA DE INVESTIGACION

1.1. ENUNCIADO DEL PROBLEMA

Frecuencia y factores asociados a la mastalgia o mastodinia en mujeres adultas atendidas en el Centro de Salud Maritza Campos Díaz, Arequipa, 2016.

1.2. DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA

CAMPO: Ciencias de la Salud.

AREA: Enfermería.

LINEA: Salud de la Mujer.

1.2.1. Operacionalización de Variables

VARIABLES	INDICADORES	SUBINDICADORES
V. Independientes		
Frecuencia	Número de casos que presentan mastalgia /mastodinia en la población de estudio	Porcentaje de casos
Factores	Sociodemográficos	
	Edad	20 años a mas
	Nivel de instrucción	Ninguno Primaria Secundaria Superior
	Ocupación	Empleada Obrera Comerciante (compra y venta) Ama de casa
	Estado conyugal	Soltera Casada Viuda Separada Conviviente
	Tiene hijos	1-2 hijos 3-4 hijos 4 a más hijos
	Personales	
	Uso de anticonceptivos orales	Si / No
	Presenta menopausia	Si / No
	Antecedente familiar de cáncer de mama	Si / No
	Uso de Terapia de Reemplazo Hormonal	Si / No
	Traumatismo torácico previo	Si / No
	Ingesta de cafeína (te, café, gaseosas oscuras)	Si / No/A veces
	Tabaquismo	Si / No/A veces

	<p>Consumo de metilxantinas (te, café, gaseosas, chocolate)</p> <p>Consumo de tiraminas (embutidos, quesos fermentados, vino)</p> <p>Realización de ejercicios físicos que incluya el uso de los pectorales</p>	<p>Si / No</p> <p>Si / No</p> <p>Si / No</p>
<p>V. Dependiente</p> <p>Mastalgia o mastodinia</p>	<p>Tiempo de enfermedad</p> <p>Lado afectado</p> <p>Zona afectada</p> <p>Ciclo menstrual</p> <p>Momento de presentación</p> <p>Duración</p> <p>El dolor afecta</p> <p>Intensidad</p> <p>Recibe tratamiento farmacológico</p>	<p>1 a 3 meses 4 a 6 meses 6 a mas</p> <p>Unilateral (derecho o izquierdo) Bilateral</p> <p>Cuadrante superior externo Cuadrante inferior externo Cuadrante superior interno Cuadrante inferior interno Además de la mama, zona esternal</p> <p>Cíclica No cíclica</p> <p>7 – 10 días antes de la regla No tiene relación con la regla</p> <p>Más de siete días del ciclo Menos de siete días del ciclo</p> <p>Relaciones sexuales: Si / No Ejercicio físico: Si / No Actividades domésticas: Si / No Actividades laborales: Si / No Durante el sueño: Si / No</p> <p>Leve: 4 a 6 puntos Moderada: 7 a 8 puntos Severa: 9 a 10 puntos</p> <p>Si/No</p>

1.2.2. Interrogantes Básicas

¿Cuál es la frecuencia de la mastalgia o mastodinia en mujeres adultas atendidas en el Centro de Salud Maritza Campos Díaz, Arequipa, 2016?

¿Cuáles son los factores sociodemográficos y personales que caracterizan a las mujeres adultas atendidas en el Centro de Salud Maritza Campos Díaz, Arequipa, 2016?

¿Cómo se asocian los factores sociodemográficos y personales con la severidad de la mastalgia o mastodinia en mujeres adultas atendidas en el Centro de Salud Maritza Campos Díaz, Arequipa, 2016?

1.2.3. Tipo de problema

El presente estudio es de tipo relacional de corte transversal.

1.3. JUSTIFICACIÓN

La relevancia científica del presente estudio radica en que las enfermedades benignas de la mama, incluyen un amplio espectro de alteraciones que se suelen clasificar en función al síntoma principal por el cual las mujeres acuden a consulta, dentro de estos, los síntomas predominantes incluyen el tumor, secreción, dolor y alteraciones en la forma de la mama y en la piel. El dolor es uno de los síntomas de consulta más frecuentes y en muchos casos es tan severo que causa grave interferencia con las actividades cotidianas de la mujer, pero, lo más grave es que por el temor al cáncer de mama, genera estados de ansiedad, depresión, fobia al cáncer que constituyen una barrera para la búsqueda de atención médica, lo cual, indudablemente resulta perjudicial.

Además, el estudio permitirá que se mejoren los conocimientos sobre esta patología, que es muy común en las mujeres de cualquier edad, pero que se incrementa de forma

importante entre los 40 a 50 años, edad que coincide con el incremento en la incidencia de otras patologías mamarias incluidas el cáncer.

El estudio es pertinente para la profesión de enfermería, porque la enfermera es una profesional que cuenta con la preparación científica y humanista necesaria para atender a las mujeres en sus distintas etapas de vida. Las enfermeras realizan la evaluación de las pacientes a efectos de realizar la prestación de los cuidados necesarios, orientados al mantenimiento y recuperación de la salud y sobre todo a ofrecer las estrategias necesarias para el minucioso estudio de cada caso en particular de manera que se pueda realizar la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad. Este último aspecto adquiere especial relevancia, considerando que Arequipa es una de las ciudades que viene presentando un mayor incremento en la incidencia de cáncer de mama, la misma que según últimos reportes es comparable con la incidencia de ciudades como New York y Chicago, que son las ciudades que tienen los índices mundiales más altos de la enfermedad, cifra que alcanza los 100 a 120 casos por cada 100,000 habitantes⁵, es por ello, que es necesario que las mujeres que presentan mastalgia o mastodinia sean evaluadas a efectos de descartar la patología mamaria maligna y para brindar el tratamiento adecuado.

Desde el punto de vista social, el desarrollo del presente estudio se justifica porque la patología de la mama puede resultar muy agresiva y estresante para la mujer, por la elevada carga simbólica que representa en el ámbito biopsicosocial, debido a que las mamas son los órganos de la femineidad por excelencia y además cumplen un papel insustituible en la maternidad y lactancia y muchas veces las mujeres que presentan patología mamaria como la mastalgia o mastodinia, se ven afectadas por los temores que tienen de expresar sus síntomas, miedos o dudas y porque suelen presentar baja autoestima, miedo al diagnóstico, temor a que el tratamiento cause alteración de su imagen corporal, inconformismo y mala calidad de vida.

El trabajo es factible porque nos permite llevarlo a cabo en el grupo poblacional elegido, ya que se puede realizar en el campo asignado.

⁵ Velarde R. (2015). Incidencia del cáncer de mama aumenta entre mujeres jóvenes. En Prensa Diario Perú 21. Publicado el 13 de octubre del 2015.

El trabajo es de actualidad, porque la mastalgia o mastodinia, es una causa frecuente de consulta en la atención médica a mujeres, que presentan principalmente entre 40 a 60 años, y debido al incremento en la incidencia del cáncer de mama, es imprescindible realizar la evaluación de cualquier signo o síntoma que afecte a la mama para descartar patología maligna.

Finalmente, nos motivó el deseo de obtener el Título Profesional de Licenciadas en Enfermería a través del desarrollo de la presente investigación.

2. OBJETIVOS

- 2.1. Establecer la frecuencia de la mastalgia o mastodinia en mujeres adultas atendidas en el Centro de Salud Maritza Campos Díaz, Arequipa, 2016.
- 2.2. Identificar los factores sociodemográficos y personales que caracterizan a las mujeres adultas atendidas en el Centro de Salud Maritza Campos Díaz, Arequipa, 2016.
- 2.3. Determinar la asociación entre los factores sociodemográficos y personales con la severidad de la mastalgia o mastodinia en mujeres adultas atendidas en el Centro de Salud Maritza Campos Díaz, Arequipa, 2016.

3. MARCO TEÓRICO

3.1. BASES TEÓRICAS

3.1.1. LA MAMA

a. Concepto

b. Anatomía de la mama

La glándula mamaria tiene su origen embriológico en la capa ectodérmica y es una característica fundamental de los mamíferos, que alimentan a sus crías con el producto de su secreción, la leche. Las glándulas mamarias se encuentran tanto en varones como en mujeres. En el hombre son rudimentarias durante toda la vida, mientras que en la mujer, son poco desarrolladas hasta antes de la pubertad, luego de la cual, empieza su proceso de maduración. Las mamas alcanzan su mayor desarrollo cuando la mujer se encuentra en estado de gestación y especialmente en el período posterior al parto, que es cuando inician su función a través de la lactancia⁶.

Las mamas están situadas en la parte anterior del tórax y se extienden de forma variable por su cara lateral, tienen la forma que puede presentar variaciones de acuerdo a las características personales, genéticas y en una misma mujer, en diferentes momentos según la edad y paridad. La mayor parte de la masa de la mama está constituida por tejido glandular y adiposo. Durante el embarazo y la lactancia las mamas aumentan de tamaño lo cual se debe a una mayor proliferación del tejido glandular. La base de la glándula mamaria se extiende, en la mayoría de los casos, desde la segunda hasta la sexta costilla, desde el borde externo del esternón hasta la línea axilar media. El área superexterna de cada glándula se extiende hacia la axila y se denomina “prolongación axilar”. La cara profunda de la mama es ligeramente cóncava y se encuentra en relación con el músculo pectoral mayor, el serrato anterior y la parte superior del oblicuo externo del abdomen. La aponeurosis profunda, separa la mama de dichos músculos.

⁶ Santisteban, J. (2012). Anatomía y fisiología de la mama. Lima. Pág. 1.

Entre ambas hay un tejido areolar laxo denominado espacio retromamario, éste permite que la mama tenga cierta movilidad sobre la aponeurosis profunda que cubre al plano muscular⁷.

La cara superficial de la mama está cubierta por piel, casi en el centro de la cara superficial, se ubica el pezón, que suele estar en relación al cuarto espacio intercostal en la nulípara. La base del pezón está rodeada por una zona de piel hiperpigmentada, de 2.5 cm. denominada areola. El pezón contiene numerosas fibras musculares lisas, en su mayoría de tipo circular, las que se contraen al estimularlo mecánicamente, originando la erección del pezón. La areola tiene numerosas glándulas sebáceas, algunas de las cuales durante el embarazo y la lactancia originan que la piel de la areola presente levantamientos que son llamados como glándulas de Montgomery, estas glándulas producen una secreción grasa que contribuye a la lubricación del pezón y la areola. Debajo de la areola, se pueden encontrar unas dilataciones de los conductos galactóforos llamadas senos lactíferos, en los cuales se acumula la leche y que son exprimidos cuando el lactante succiona la mama⁸. La mama, está formada por tres tipos de tejidos: el tejido glandular que es de tipo túbulo-alveolar, conjuntivo que permite conectar los lóbulos, y el tejido adiposo que ocupa los espacios interlobulares.

El tejido celular subcutáneo rodea la glándula sin que exista una cápsula claramente definida, desde éste se dirigen hacia el interior numerosos tabiques de tejido conectivo. Estos tabiques constituyen los ligamentos suspensorios de la mama o ligamentos de Cooper⁹. Cada glándula mamaria tiene aproximadamente entre quince y veinte lóbulos, y cada uno de ellos presenta su aparato excretor, que desemboca en el pezón a través del conducto lactífero. Los lóbulos mamarios están conformados por múltiples lobulillos, los que están unidos entre sí por tejido conectivo, vasos sanguíneos y por su sistema excretor, y que constituyen los conductos lactíferos. Los lobulillos están formados por diez a cien acinos, cada uno tiene su conducto excretor que se llama conducto terminal. Los acinos están formados por un conjunto de células secretoras los cuales producen la secreción láctea y conforman una cavidad, en la cual, es vertida

⁷ Santisteban, J. (2012). Anatomía y fisiología de la mama. Lima. Pág. 1.

⁸ Santisteban, J. (2012). Idem. Op cit. Pág. 1.

⁹ Santisteban, J. (2012). Anatomía y fisiología de la mama. Lima. Pág. 2.

la secreción láctea, están rodeados de células mioepiteliales y los capilares sanguíneos que son muy importantes en la secreción y eyección de la leche.

El sistema de conductos lactíferos que vacía la glándula mamaria es el siguiente: el acino se vacía a través de un conducto terminal, el cual converge con los demás conductos lactíferos y forman el conducto lobulillar, este recoge la secreción láctea de todos los acinos de un lobulillo. Los conductos lobulillares se reúnen para formar el conducto interlobulillar, que al unirse con otros conductos de éste tipo, forma el conducto lobular o segmentario, de mayor calibre que los anteriores, que se dirige al pezón y antes de llegar a él, bajo la areola mamaria, se dilata formando el seno lactífero, el que se angosta nuevamente al desembocar en el pezón¹⁰.

La estructura de la glándula mamaria, presenta cambios que ocurren a lo largo de las diferentes etapas de vida, es decir, que cambian con la edad, el embarazo y la lactancia son etapas de especial importancia en el proceso de desarrollo y maduración anatómica y funcional de las mamas. Antes de la pubertad, la mama solo tiene pocos conductos rudimentarios cubiertos en su interior epitelio plano y envuelto en tejido conectivo, luego de la pubertad, y gracias a la influencia de las hormonas ováricas, en especial de los estrógenos, los conductos se comienzan a ramificar y en sus extremos se forman pequeñas masas sólidas, esféricas, de células poliédricas, que constituirán los alveolos. Los alveolos sólo se hacen activos durante el embarazo, puesto que en esta etapa los conductos se ramifican y en su parte terminal se forma un lumen que aumenta de tamaño a medida que se va cargando de secreción. Al mismo tiempo va desarrollándose una mayor cantidad de tejido adiposo y vasos sanguíneos que irrigan la mama. Durante las últimas semanas del embarazo, la secreción adquiere características inmunológicas y nutricionales especiales y se denomina calostro. Pasados unos días después del parto, se produce la verdadera secreción láctea, se produce la distensión de los alveolos, los que hasta ese momento, sólo estaban tapizados por una sola capa de células cilíndricas bajas, pero mientras va aumentándose la cantidad de secreción láctea, las células se van aplanando y van desapareciendo los espacios intercelulares o desmosomas.

¹⁰ Santisteban, J. (2012). Anatomía y fisiología de la mama. Lima Pág. 2.

Luego de la menopausia, la glándula mamaria sufre un proceso de atrofia y los elementos celulares de los alveolos y conductos degeneran, y disminuyen progresivamente su número y función¹¹.

c. Fisiología de la mama

La mama puede producir leche desde el segundo trimestre de embarazo, aunque esta presenta características diferentes a las de la leche que se produce luego del parto. En cuanto a la estimulación endocrina de la mama, se tiene que la Prolactina (PRL), es la principal hormona responsable de la producción láctea, incrementando a nivel celular la transcripción del mRNA para la síntesis de las proteínas lácteas, como la caseína, esta acción, también se ve favorecida por los corticoides, los cuales aumentan esta acción, porque aumentan la vida media de esta mRNA-proteína. Después del parto, la Prolactina aumenta y su acción es desbloqueada por la disminución de la progesterona, entonces, en las primeras horas luego del parto, la secreción de leche no depende de la succión, pero esta si es necesaria para mantener la lactancia, junto a la integridad funcional del eje córtex-hipotálamo-hipófisis-mama, esto explica que el estímulo causado por la succión a través de los nervios torácicos 4°, 5° y 6° propicia que se produzca la secreción de PRL y oxitocina. La Prolactina en su nivel basal, es muy influenciado por el número de tetadas, si estas tienen una frecuencia de ocho a doce veces por día, la PRL puede permanecer elevada hasta 24 meses tras el parto; pero si las tetadas son menos frecuentes, la Prolactina disminuye desde la segunda semana y se normaliza a los tres meses del parto, sin embargo, aún puede persistir la lactancia. Luego del parto, de forma progresiva va disminuyendo la Prolactina inducida por la succión, entonces se sigue produciendo secreción láctea pero esta no es paralela a la PRL basal.

Es conocido que luego del parto, la mujer presenta un periodo de infertilidad puerperal y esto se debe al aumento de la PRL, pues esta hormona causa alteración en frecuencia y amplitud de los pulsos de Gn-RH, se produce la disminución de las gonadotrofinas

¹¹ Santisteban, J. (2012). Anatomía y fisiología de la mama. Lima. Pág. 3.

y de los estrógenos, y este periodo de infertilidad es mayor mientras las tetadas sean más frecuentes. Por otro lado, en las mujeres que no dan de lactar, la primera ovulación se produce aproximadamente a las once semanas después del postparto y entonces la mujer vuelve a recuperar la fertilidad¹².

La oxitocina es la hormona responsable de la eyección láctea y se segrega por el estímulo generado por la succión del niño, por la presencia de estímulos no táctiles como son oír que el niño llora, ver al niño, llegar a la casa donde está el niño, o cuando el niño despierta, etc.

La Hormona Estimulante de la Tiroides (TSH), también se incrementa por la succión del niño, probablemente por el aumento de la Hormona Liberadora de Tirotrópina (TRH), y esta aunque no incrementa la PRL inducida por la succión, parece que si incrementa la producción láctea en mujeres con hipogalactia¹³.

Los estrógenos, son las hormonas que provocan el crecimiento de los conductos de las glándulas mamarias y, también participan en la regulación del crecimiento mamario durante la pubertad en las niñas; se les ha llamado “hormona del crecimiento mamario”. Los estrógenos también originan la pigmentación de las aréolas, si bien ésta se acentúa durante el primer trimestre del embarazo más que durante la pubertad. Por lo general, durante el ciclo menstrual aparecen algunos cambios cíclicos en las glándulas mamarias. Los estrógenos causan la proliferación de los conductos mamarios, mientras la progesterona estimula el crecimiento de los lóbulos y los alvéolos. El edema y la hipersensibilidad de las glándulas mamarias que muchas mujeres experimentan durante los 10 días previos a la menstruación, probablemente se deben a distensión de los conductos, hiperemia y edema del tejido intersticial de la glándula mamaria. Estos cambios presentan regresión, junto con los síntomas, en el curso de la menstruación¹⁴.

¹² Barret, K., Barman, S., Boitano, S., Brooks, H. (2015). Ganong. Fisiología médica. 25ava edición. España: Mac Graw Hill. Pág. 615.

¹³ Barret, K., Barman, S., Boitano, S., Brooks, H. (2015). Ganong. Fisiología médica. 25ava edición. España: Mac Graw Hill. Pág. 615.

¹⁴ Barret, K., Barman, S., Boitano, S., Brooks, H. (2015). Idem. Op cit. Pág. 615.

3.1.2. FACTORES

a. Concepto

Es el “Conjunto de características personales, sociales, demográficas y ambientales que influyen o determinan el estado de salud de los individuos y las poblaciones”¹⁵.

3.1.3. MASTALGIA O MASTODINIA

a. Concepto

La mastalgia, mastodinia, o tensión mamaria es el dolor mamario, que puede ser uni o bilateral. El dolor mamario cíclico es comúnmente denominado como mastodinia¹⁶.

b. Epidemiología

La mastodinia o mastalgia (dolor mamario) es el síntoma de consulta más frecuente en los servicios de atención de patología mamaria, algunos autores la estiman en el 50% de los casos. Un estudio realizado en Estados Unidos señala que el 45% de las mujeres presentan dolor mamario moderado y el 11% tiene dolor severo en algún momento de su vida. Es importante, que por su frecuencia, no sea infravalorado, porque no sólo causa alteración en la calidad de vida, sino también porque en un 16% de cánceres de mama, el dolor es el síntoma principal y en un 8% es el único síntoma. Asimismo, ante un caso de mastodinia aislada, en las que la exploración y las técnicas de diagnóstico por imágenes son negativos, no es de esperar un aumento en el riesgo de desarrollar cáncer y se debe tranquilizar a las pacientes al respecto¹⁷.

¹⁵ Organización Mundial de la Salud (1998). Determinantes Sociales en Salud. Ginebra. Pág. 3.

¹⁶ Acevedo, J., Aliaga, N. (2009). Patología benigna de la mama. Rev. Med. (2): 75 -83.

¹⁷ Ader, D.N. and M.W. Browne. (2007). Prevalence and impact of cyclic mastalgia in a United States clinic- based sample. Am J Obstet Gynecol. 177(1): p. 126-32.

c. Clasificación

La clasificación de la Cardiff Mastalgia Clinic¹⁸, subdivide la mastalgia en: mastalgia cíclica (relacionada al ciclo menstrual); mastalgia no cíclica y dolor extramamario. La mastalgia cíclica, representa dos tercios de casos de dolor mamario y por definición ocurre en mujeres premenopáusicas, se caracteriza por dolor de intensidad variable durante el ciclo menstrual. La mastalgia cíclica debe ser diferenciada del Síndrome premenstrual, que por definición está asociada al ciclo menstrual pero difiere en presentación, efectividad del tratamiento y, probablemente, en la etiología¹⁹.

La mastalgia cíclica la presentan en 2/3 de las pacientes que refieren dolor en las mamas: se trata de mastodinias secundarias a los cambios de proliferación epitelial y edema, consecuencia del estímulo hormonal durante el ciclo hormonal, y el momento más álgido del dolor suele corresponder a la ovulación y a los días previos a la menstruación. Para algunos autores se convertiría en patológico si en una escala visual del 1 la 10 el dolor se clasifica como 4 o mayor y dura más de 7 días por ciclo. Este tipo de dolor llega a interferir las relaciones sexuales, el ejercicio físico y la vida laboral hasta en un 50% de los casos. Mujeres con una larga historia de mastodinia cíclica son las que acostumbran a presentar, sobre todo entre los 40 y 50 años, cambios por mastopatía fibroquística, que incluyen quistes y nódulos de fibrosis además del dolor²⁰

La mastalgia no cíclica, se define como dolor mamario constante o intermitente no asociado al ciclo menstrual.

¹⁸ Kirby I, Edward M Copeland. La mama Etiología y tratamiento del dolor mamario. 4a edición. Buenos Aires: 2009. 253-266.

¹⁹ Hartmann L, Sellers T, Frost M: Benign Breast Disease and the Risk of Breast Cancer. NEJM 2009 21; 353:229-237.

²⁰ Vernet, M., Carreras R., Zapardiel, I. Patología benigna de la mama: Mastodinia, procesos funcionales e inflamatorios. Fundamentos de Ginecología. España: SEGO. 2011. Pág. 477.

d. Etiología

Existen varias teorías para explicar la etiología de la mastalgia; una de ellas es la teoría hormonal que considera varios puntos tales como la deficiencia de progesterona o el exceso de estrógenos, las alteraciones en el cociente progesterona – estrógeno, diferencias en la sensibilidad de receptores hormonales, secreción alterada de FSH y / o LH, niveles bajos de andrógenos y otras. Sin embargo las comunicaciones son contradictorias no quedando clara la causa²¹.

La teoría más aceptada para explicar la mastalgia es el edema que se produce en el estroma causado por retención de agua y sodio, secundario a las fluctuaciones de los niveles de estrógeno y progesterona lo que provocaría inflamación y aumento de la consistencia mamaria. Se ha considerado que es una respuesta fisiológica exagerada a la estimulación cíclica a estrógeno y progesterona.

e. Evaluación y Diagnóstico

La mastalgia se clasifica de acuerdo al ciclo menstrual en mastalgia cíclica o no cíclica y de causa extra mamaria. La mastalgia cíclica es la más frecuente, se presenta entre 7 a 10 días antes de la regla, se inicia habitualmente en el cuadrante superior externo de las mama. Generalmente es bilateral, una mama suele estar comprometida en mayor grado que la otra y el dolor puede ser agudo o punzante, con irradiación a la axila o al brazo; se acompaña de tensión mamaria que cede espontáneamente al iniciarse la regla²².

La mastalgia no cíclica alcanza su máximo durante la cuarta década de la vida y tiende a ser mucho menos frecuente (26% de los casos) (6) no tiene relación con el ciclo menstrual.

²¹ Kirby I, Edward M Copeland. La mama Etiología y tratamiento del dolor mamario. 4a edición. Buenos Aires: 2009. 253-266.

²² Vernet, M., Carreras R., Zapardiel, I. Patología benigna de la mama: Mastodinia, procesos funcionales e inflamatorios. Fundamentos de Ginecología. España: SEGO. 2011. Pág. 477.

El dolor extramamario es aquel que viene referido desde otras zonas cercanas a la mama como la zona cardíaca, pulmonar o gastrointestinal; incluye además, mialgias o artralgias. Otra causa común de mastalgia extramamaria es la inflamación de las articulaciones condroesternales de la pared torácica llamado Síndrome de Tietze cuya causa es desconocida y cede en forma espontánea²³.

La magnitud, gravedad y las relaciones de la mastalgia con el ciclo menstrual se estudian mejor con el uso de la cartilla diaria del dolor mamario, que utiliza una escala visual analógica. Esta cartilla debe seguirse durante dos ciclos menstruales como mínimo. El dolor mamario leve (< 3 en la escala) y de menos de 5 días de duración antes del ciclo menstrual se debe considerar normal. El grado en el cual la mastalgia altera el estilo de vida de la paciente en lo que respecta al sueño, actividad laboral y sexual proporciona una evaluación útil para dimensionar la magnitud del dolor²⁴. Para el caso de dolor intenso debe realizarse una anamnesis exhaustiva que incluya conocer el tipo de dieta, el uso de hormonas y episodios recientes de estrés. Se han de excluir sitios posibles de dolor referido, como radiculopatía cervical, isquemia miocárdica, afecciones pulmonares, hernia hiatal y colelitiasis (es decir cualquier causa de origen extra mamario).

Al realizar la historia clínica debemos preguntar si el dolor es uni o bilateral y si es cíclico. Así mismo preguntar por embarazos recientes, lactancia, uso de anticonceptivos orales, uso de tratamiento hormonal substitutivo, la realización de ejercicio físico que incluya uso del grupo pectoral, la existencia de traumatismo torácico previo, la concurrencia de problemas cervicales o dorsales y la asociación con otros signos, como fiebre, eritema, supuración etc. Se debe valorar la intensidad del dolor preguntando hasta qué punto interfiere y limita su vida diaria.

²³Chambers, G. et al. Evidence for the Management of Mastalgia. Am J Obstet Gynecol 2010; 31 (6):431 – 4354.

²⁴Nelson, R.S. and J.L. Hoehn, Twenty-year outcome following central duct resection for bloody nipple discharge. Ann Surg, 2006, 243(4): p. 522-4.

La exploración física general y mamaria irán dirigidas a buscar síntomas de neoplasia (masa, alteraciones cutáneas o del complejo areola y pezón) o bien signos de mastitis (rubor, calor).

g. Tratamiento

El tratamiento del dolor mamario, es variable y depende de su origen. Si es cíclico, pueden ser útiles los antiinflamatorios no esteroideos y medidas generales. Pocas mujeres serán tratadas con hormonas. Si el dolor es no cíclico o extra mamario, dependerá de la causa específica el tratamiento a seguir.

Dentro de las medidas tradicionales usadas en el manejo de la mastalgia, están el evitar el consumo exagerado de metilxantinas presentes en el té, café, bebidas colas o chocolate o de tiraminas (carne procesadas, quesos fermentados, hongos o vino)²⁵. El cigarrillo debe ser suspendido. Estas sustancias producen un aumento de las catecolaminas circulantes las que actúan directamente sobre los receptores beta de las células mamarias. La exploración física en la mastodinia cíclica no suele aportar ningún hallazgo es negativa, excepto por el dolor, fuera de la fase de mastopatía fibroquística. Se debe solicitar una mamografía de cribado según el protocolo del servicio en el que estemos, aunque sería recomendable de forma general a partir de los 40 años.

En cuanto al tratamiento, en muchas mujeres la simple información de la causa de su dolor les ayuda a tolerarlo más fácilmente. Si la causa es el uso de anticonceptivos o el tratamiento hormonal substitutivo en la menopausia, habrá que plantear su interrupción. Deben aconsejarse correctas medidas de sujeción de la mama a la paciente. Algunos estudios parecen demostrar un cierto efecto beneficioso de dietas bajas en grasas y ricas en hidratos de carbono, así como de la disminución en la ingesta

²⁵ Morrogh, M., et al., The predictive value of ductography and magnetic resonance imaging in the management of nipple discharge. *Ann Surg Oncol* 2007; 14(12): p. 3369-77.

de cafeína, dejar de fumar, al disminuir los niveles de nicotina y con ello los niveles de epinefrina debe ser una práctica a seguir²⁶.

Los tratamientos con gel de progesterona de forma tópica parecen mejorar el dolor, aunque se atribuye esta mejoría a un efecto placebo. El tratamiento oral con preparados de la planta *Vitex Agnocastus* (sauzgatillo), administrado por la noche, han demostrado mejoría del dolor. En cuanto al tratamiento hormonal de la mastalgia, su finalidad es disminuir los niveles de estrógenos o aumentar los de progesterona, intentando así compensar un supuesto hiperestrogenismo, hipotéticamente causante del dolor²⁷.

Por otro lado, se ha visto que el uso de ciertas vitaminas como la A, B y E podrían ayudar también, pero se cree que sólo sería un efecto placebo. Esto evidencia que algunas mastalgias podrían estar relacionadas con trastornos de ansiedad. En cuanto a fármacos, se ha usado el danazol que es un andrógeno atenuado que inhibe de manera competitiva los receptores de estrógeno y progesterona en la mama, el hipotálamo y la hipófisis²⁸. Se desconoce el mecanismo preciso por el cual el danazol atenúa el dolor mamario. Es el único medicamento aprobado por la Administración de Drogas y Alimentos (FDA) de los Estados Unidos para el tratamiento de la mastalgia. También se usa, pero en menor frecuencia, el tamoxifeno que es un antagonista- agonista estrogénico comúnmente utilizado en el tratamiento del cáncer mamario. Su acción es inhibir de manera competitiva la acción del estradiol sobre la glándula mamaria. La asociación conocida entre tamoxifeno y cáncer de endometrio relegaron su empleo en dolor mamario a mujeres con síntomas graves y en quienes el tratamiento estándar ha fracasado; se indican 10 mg. al día por 3 a 6 meses, observándose reducción del dolor hasta en el 75% de las pacientes que recibieron la droga activa y en el 22% de las tratadas con placebo²⁹.

²⁶ Vernet, M., Carreras R., Zapardiel, I. Patología benigna de la mama: Mastodinia, procesos funcionales e inflamatorios. Fundamentos de Ginecología. España: SEGO. 2011. Pág. 477.

²⁷ Acevedo J., Aliaga, N. Patología benigna de la mama: Información ara el médico general. REV. MED. ENERO 2009; (3): 75 – 76.

²⁸ Acevedo J., Aliaga, N. Idem. Op cit. Pág. 75.

²⁹ Acevedo J., Aliaga, N. Patología benigna de la mama: Información ara el médico general. REV. MED. ENERO 2009; (3): 75 – 76

También se emplea la gestrinona e inhibidores de la hormona liberadora de gonadotropinas, con efectos objetivos disminuyendo el dolor, aunque difícilmente los efectos secundarios de estos fármacos justifican su uso en la mastalgia cíclica. Una pauta razonable y con resultados aceptables es la de administrar progesterona natural micronizada 200 microgramos al día la segunda fase del ciclo.

Es importante en las mujeres con mastalgia calmar el dolor, tratar la ansiedad y descartar la presencia de cáncer mamario, esta conducta es efectiva en el 80% de los casos.

h. Pronóstico

La mastalgia es una patología que se resuelve espontáneamente en el 50% de las mujeres pero las recaídas son comunes. El alivio se puede asociar con eventos hormonales como la menopausia. Con el tratamiento adecuado sólo un pequeño porcentaje de las pacientes con mastalgia continúan con síntomas sin embargo mejora la sintomatología y calidad de vida³⁰.

i. Prevención

i.1. Prevención Primaria

Las actividades de prevención primaria, incluyen la educación a la población para el conocimiento de los factores de riesgo, la promoción de estilos de vida sanos que contribuyan a reducir las patologías benignas y malignas de la mama y el fomento de la detección temprana con el objeto de mejorar la oportunidad del diagnóstico y tratamiento. Si bien los estudios sobre la autoexploración y la exploración clínica de la mama y su efecto en la mortalidad no han mostrado evidencia invariable de su beneficio, en un país como el nuestro es imperativo continuar con estas acciones cuando éstas van acompañadas de un programa organizado para el diagnóstico

³⁰ Rhobert, Shirley; Up to date version Current: Breast Pain. Estados Unidos: Nouv Presse Med. 2011.

temprano. Por otro lado, la Organización Mundial de la Salud recomienda la educación sobre el cáncer de mama, dirigida a sensibilizar a las mujeres acerca de la importancia de conocer las características normales de sus mamas y demandar atención médica si descubren alguna anormalidad, así como la exploración clínica ante la ausencia de servicios de tamizaje por mastografía, acompañada de programas de educación a la población. En el caso de las mujeres que presentan mastalgia o mastodinia, la autoexploración mensual es importante porque va permitir que la mujer reconozca sus mamas, en cuanto a las características que le son normales y fácilmente podrá notar algún cambio, que antes no estaba, por ejemplo, el crecimiento de un nódulo, cambios en la piel, presencia de bultos en las zonas de mayor dolor, o un punto específico de mayor dolor, lo cual es muy frecuente y nos orientan sobre la presencia de un quiste en dicha zona. Asimismo, las mujeres que presentan mastalgia o mastodinia deben realizarse exploración clínica de las mamas con un médico especialista cada seis meses³¹.

La promoción de las conductas favorables a la salud para la prevención de patologías de la mama, puede disminuir el dolor en muchas mujeres. Se debe orientar a las mujeres acerca de su responsabilidad en el autocuidado de la salud, disminuir los factores de riesgo cuando sea posible y promover los estilos de vida sanos como:

- Dieta rica en frutas y verduras y baja en grasas animales.
- Práctica de ejercicio físico moderado, que se asocia con una disminución del riesgo de cáncer de mama en la población general.
- Consumo de ácido fólico.
- Consumo de alimentos ricos en Vitamina E.
- Lactancia materna.
- Mantener un adecuado índice de masa corporal (IMC), es decir menor a 24, pues el IMC elevado (> 30) se asocia con un incremento significativo en el riesgo de patologías de la mama.

³¹ Cárdenas, J. y cols. (2012). Epidemiología del cáncer de mama en México. Obtenido de: <http://www.scielo.cl>. fecha de acceso: 25 – 3 – 17).

- Uso de sostén que realice una buena sujeción de las mamas, se puede usar el sostén incluso para dormir en los días de mayor dolor.
- Durante los días de mayor dolor, se debe evitar la ingesta de alimentos como chocolate, quesos curados, vinos, cafeína, sustancias con cafeína y alimentos con alto contenido de sal, porque estos contribuyen a un mayor edema y dolor.

i.2. Prevención secundaria

En las mujeres que presentan mastalgia o mastodinia, se debe realizar historia clínica completa enfocada a identificar factores de riesgo para cáncer de mama, debido a que el dolor por lo general, se presenta en mujeres que tienen mamas densas y el aumento de la densidad mamaria, es un factor de riesgo reconocido para el cáncer de mama,, tanto por una mayor cantidad de tejido glandular, como por las dificultades diagnósticas en los estudios de mamografía y ecografía de las mamas densas.

- La prevención secundaria debe incluir la autoexploración, el examen clínico y la mamografía.
- La autoexploración se debe recomendar a partir de los 20 años; el objetivo es sensibilizar a la mujer sobre el cáncer de mama y las otras patologías de las mamas, lograr que tenga un mayor conocimiento de su propio cuerpo y que identifique cambios anormales para la demanda de atención médica apropiada.
- Es función del personal de salud enseñar la técnica de autoexploración a todas las mujeres mayores de 20 años de edad que acudan a las unidades médicas.
- El examen clínico debe ser practicado anualmente a partir de los 25 años, por personal de salud capacitado en la exploración de las mamas.
- Detección anual con mamografía a partir de los 40 años.
- Todas las mujeres deben ser informadas sobre las ventajas y limitaciones de la mamografía.

i.3. Prevención terciaria

Está enfocada a las mujeres que ya han sido evaluadas por el especialista y han recibido el tratamiento más adecuado para la mastalgia o mastodinia e incluye, la vigilancia y prevención del cáncer, detección precoz de neoplasias y efectos a largo plazo de la mastalgia o mastodinia, como pueden ser, la mayor severidad del dolor, afectación de la calidad de vida, ansiedad severa a causa del temor al cáncer, de allí que es muy importante, que se descarte esta patología, y que la paciente sea tranquilizada al respecto, porque el solo descartar el cáncer y ofrecer apoyo y tranquilidad a la mujer que sufre mastalgia o mastodinia es una medida eficaz que ayuda a controlar el dolor, debido a que se ha demostrado que existe un círculo vicioso entre el aumento del temor al cáncer o miedo a presentarlo y el aumento del dolor mamario³².

3.1.4. ROL DE LA ENFERMERA EN LA ATENCIÓN A LA MUJER CON MASTALGIA O MASTODINIA

El personal de enfermería, tiene un rol central en el equipo multidisciplinario involucrado en el cuidado de pacientes con patología de la mama, así como de las mujeres que presentan mayor riesgo de contraer cáncer. Por lo tanto, es esencial que el personal de enfermería, tenga conocimiento y este formado, en torno a la identificación de las patologías de la mama, el reconocimiento de los factores de riesgo, así como en los criterios de derivación de pacientes para maximizar las prácticas de reducción de riesgos, sobre todo en personas de alto riesgo. Las enfermeras deben saber discernir cuales son las manifestaciones de la patología netamente benigna, como también deben conocer e identificar los factores de riesgo del cáncer de mama esporádico, y la concentración de la evaluación de riesgos en los aspectos genéticos de los cánceres de mama hereditarios, los cuales constituyen los principales desafíos para la promoción de la salud y la prevención del cáncer dentro de la práctica de enfermería³³.

³² Cárdenas, J. y cols. (2012). Epidemiología del cáncer de mama en México. Obtenido de: <http://www.scielo.cl>. fecha de acceso: 25 – 3 – 17).

³³ Lourenço TS, Mauad EC, Vieira RAC. Barreiras no rastreamento do câncer de mama e o papel da

3.1.6. TEORÍA DE ENFERMERÍA APLICADA AL ESTUDIO

a. Teoría de Dorotea Orem

Dentro de las clasificaciones para el estudio de las diferentes teorías y modelos, encontramos los modelos de suplencia o ayuda donde el rol fundamental de la enfermera consiste en suplir o ayudar a realizar acciones que la persona no puede llevar a cabo por sí sola en un momento de su vida, acciones que preservan la vida, una de las representantes más importante de esta tendencia es Dorotea E. Orem estableciendo la teoría del déficit del autocuidado como un modelo general compuesto por tres subteorías relacionadas³⁴.

La teoría de autocuidado, está conformada por la teoría del déficit del autocuidado y la teoría de los sistemas de enfermería. En la teoría de Dorotea Orem, se aborda al individuo de manera integral en función de situar los cuidados básicos como el centro de la ayuda al ser humano a vivir feliz durante más tiempo, es decir mejorar su calidad de vida³⁵. De igual manera conceptualiza la enfermería como el arte de actuar por la persona incapacitada, ayudarla a actuar y/o brindarle apoyo para aprender a actuar por sí misma con el objetivo de ayudar al individuo a llevar a cabo y mantener por sí mismo acciones de autocuidado para conservar la salud y la vida, recuperarse de la enfermedad y/o afrontar las consecuencias de dicha enfermedad, incluyendo la competencia desde su relación interpersonal de actuar, conocer y ayudar a las personas a satisfacer sus necesidades y demandas de autocuidado, donde debe respetar la dignidad humana, practicar la tolerancia, cumpliendo el principio del consentimiento informado, confidencialidad, credo, veracidad e intimidad entre otros aspectos, permitiendo que el enfermo participe en la planificación e implementación de su propia atención de salud, si tuviese la capacidad para ello, acogido a los adelantos científico-

enfermagem: revisão integrativa. Rev. bras. enferm. 2013;66(4):585-91.

³⁴ Schaurich, C., Olivera, G. Produção do conhecimento sobre teorias de enfermagem: análise de periódicos da área, 1998-2007. Esc Anna Nery [Internet]. 2010; 14 (1):182-88.

³⁵ Benavent, A. y cols. Fundamentos de enfermería. Madrid: DAE Grupo Paradigmas. Enfermería 21; 2009.

técnicos que propicien el desarrollo ascendente de la ciencia enfermera, respetando las normas, códigos ético-legales y morales que desarrolla la profesión³⁶.

Dorothea Orem definió los siguientes conceptos meta paradigmáticos³⁷:

Persona: concibe al ser humano como un organismo biológico, racional y pensante. Como un todo integral dinámico con capacidad para conocerse, utilizar las ideas, las palabras y los símbolos para pensar, comunicar y guiar sus esfuerzos, capacidad de reflexionar sobre su propia experiencia y hechos colaterales a fin de llevar a cabo acciones de autocuidado dependiente.

Salud: la salud es un estado que para la persona significa cosas diferentes en sus distintos componentes. Significa integridad física, estructural y funcional; ausencia de defecto que implique deterioro de la persona; desarrollo progresivo e integrado del ser humano como una unidad individual, acercándose a niveles de integración cada vez más altos. Por tanto lo considera como la percepción del bienestar que tiene una persona.

Enfermería: servicio humano, que se presta cuando la persona no puede cuidarse por sí misma para mantener la salud, la vida y el bienestar, por tanto es proporcionar a las personas y/o grupos asistencia directa en su autocuidado, según sus requerimientos, debido a las incapacidades que vienen dadas por sus situaciones personales.

Aunque no lo define Entorno como tal, lo reconoce como el conjunto de factores externos que influyen sobre la decisión de la persona de emprender los autocuidados o sobre su capacidad de ejercerlo³⁸. El concepto básico desarrollado por Orem del autocuidado se define como el conjunto de acciones intencionadas que realiza la persona para controlar los factores internos o externos, que pueden comprometer su

³⁶ Sánchez, G. Dorothea E. Orem Aproximación a su teoría. Rol de enfermería. 1999; 22 (4): 309-11.

³⁷ Sánchez, G. ídem. Op cit.

³⁸ Salcedo, A. y Cols. Autocuidado para el control de la hipertensión arterial en adultos mayores ambulatorios: una aproximación a la taxonomía NANDA-NOC-NIC. Enferm. Univ[Internet]. 2012; 9(3): 25-43.

vida y desarrollo posterior. El autocuidado por tanto, es una conducta que realiza o debería realizar la persona para sí misma, consiste en la práctica de las actividades que las personas maduras, o que están madurando, inician y llevan a cabo en determinados períodos de tiempo, por su propia parte y con el interés de mantener un funcionamiento vivo y sano, continuar además, con el desarrollo personal y el bienestar mediante la satisfacción de requisitos para las regulaciones funcional y del desarrollo³⁹.

Salcedo y colaboradores⁴⁰, plantean que el eje fundamental de la enfermería es identificar el déficit entre la capacidad potencial de autocuidado y las demandas de autocuidado de los pacientes. La meta es eliminar éste, de tal forma que se cubran los requerimientos necesidades universales del desarrollo y se limiten las desviaciones en la salud.

b. Utilidad de la Teoría con el Trabajo de Investigación

El planteamiento de la Dra. Dorotea Orem, constituye un valioso aporte teórico al presente estudio, porque Orem sostiene que el aprendizaje del autocuidado es esencial para lograr un adecuado estado de salud, por tanto, considera a la promoción de la salud y prevención de las enfermedades como un aspecto de crucial importancia para cada individuo en su afán de estar saludable y gozar de una buena calidad de vida. Entonces es importante destacar que en el caso de las pacientes que presentan mastalgia, mastodinia, se les debe brindar información adecuada y enseñarles a explorar sus mamas, para que sepan identificar aquellos cambios que podrían indicar la existencia de una enfermedad más grave, como es el cáncer; se les debe motivar para que pierdan el miedo a realizarse el autoexamen de la mama, para que acudan a la consultad médica cada seis meses, a cumplir rigurosamente las indicaciones para el diagnóstico y tratamiento dadas por el médico, así como el plan de cuidados indicado por la enfermera.

³⁹ Salcedo, A. y Cols. ídem. Op cit.

⁴⁰ Salcedo, A. y Cols. Autocuidado para el control de la hipertensión arterial en adultos mayores ambulatorios: una aproximación a la taxonomía NANDA-NOC-NIC. *Enferm. Univ*[Internet]. 2012; 9(3): 25-43.

3.2. ANTECEDENTES INVESTIGATIVOS

Autor: Camus, Mauricio.

Título: Patología benigna de la mama.

Fuente: Rev. argent. Cancerol 2015;43(1):30-40. Argentina.

Conclusiones: Concluyen que las principales enfermedades mamarias, ordenadas por frecuencia son dolor mamario que afecta al 75% de mujeres, nódulo mamario palpable (42%), lesiones mamarias no palpables detectadas en exámenes radiológicos y en biopsias mamarias (18%), secreción por el pezón y anomalías del desarrollo mamario (10%).

Autor: Rodríguez, Ximena.

Título: Calidad de vida en mujeres que conviven cuatro o más años con dolor de mama.

Fuente: Index enferm 2015;25(9):260-264. España.

Conclusiones: Concluyen que en las 24 mujeres participantes las dimensiones más alteradas son el estado global de salud, el funcionamiento emocional, la fatiga, el dolor, el insomnio, el placer sexual, la perspectiva de futuro y los síntomas asociados al brazo, y que las mujeres que tienen dolor de mama crónico, ven afectadas todas las dimensiones valoradas, sugiriendo desarrollar planes de cuidados enfermeros, centrados en las dimensiones más afectadas.

Autor: Fernández, Ángel., Reigosa, Aldo.

Título: Riesgo de cáncer de mama en mujeres con patología mamaria benigna.

Fuente: Comunidad salud 2015;13(1):78-86. México.

Conclusiones: Concluyen que algunas enfermedades de la mama, están asociadas a un riesgo para desarrollar la enfermedad, sin embargo, sólo la hiperplasia ductal y lobulillar atípica y el papiloma, han mostrado una clara tendencia a elevar el mismo, no así otras lesiones que necesitan de la concurrencia de enfermedad proliferativa con o sin atipia, para ocasionar un incremento del riesgo, siendo el dolor un síntoma que suele estar presente en estos casos y por ello, nunca debe ser pasado por alto.

Autor: Castillo, Ana.

Título: Mastopatía fibroquística.

Fuente: Complejo Hospitalario Universitario de Albacete. España, 2014.

Conclusiones: En este estudio concluyen que tres son los factores ordinariamente asociados con el dolor en las mamas: dieta, hormonas y retención de líquidos. Raramente se presenta como síntoma de cáncer de mama, a no ser el carcinoma inflamatorio. Lo más frecuente es que aparezca sin ninguna patología de base, y que un fibroadenoma o quiste mamario sea un hallazgo casual dentro del estudio.

No se han encontrado antecedentes nacionales ni regionales acerca del tema. Asimismo, se ha realizado la búsqueda de antecedentes investigativos a nivel local en la Universidad Católica de Santa María, en la Universidad Nacional de San Agustín y en la Universidad Alas Peruanas y no se han encontrado trabajos similares al presente.

3.6. HIPÓTESIS

Dado que el dolor de diferente etiología en las mamas afecta de forma frecuente a las mujeres en las distintas etapas de la vida.

Es probable que exista asociación significativa entre algunos factores sociodemográficos y personales con la severidad de la mastalgia o mastodinia en mujeres adultas atendidas en el Centro de Salud Maritza Campos Díaz.

CAPÍTULO II

PLANTEAMIENTO OPERACIONAL

1. TÉCNICA

Para la realización del estudio se utilizó como técnica la encuesta.

2. INSTRUMENTOS

Se aplicó como instrumento la Guía de Recolección de Datos, la misma que fue elaborada por las investigadoras en base a las variables e indicadores del estudio, se realizó una prueba piloto a efectos de evaluar su consistencia y validez. Para establecer la severidad de la mastalgia o mastodinia, se aplicó la Escala Visual Análoga del Dolor, de acuerdo a la escala validada y adaptada en el estudio de Ardila⁴¹, el estudio de Vera⁴² y de Robin⁴³, en los cuales se establecen las siguientes categorías:

⁴¹ Ardila, Diego. Mastalgia: Diagnóstico y Manejo clínico. MÉDICAS UIS 2007;20(2):105-10.

⁴² Vera, Szuck. Mastalgia, Guideline breast disease comity, society of obstetricians and gynecologist of Canada. SOGC Clinical Practice Guideline 2006;170.

⁴³ Robin, Smith. Evaluation and management of Breast Pain. Foundation for Medical Education and Research 2004;79:353-72.

- Mastalgia leve: 4 a 6 puntos.
- Mastalgia moderada: 7 a 8 puntos.
- Mastalgia severa: 9 a 10 puntos.

3. CAMPO DE VERIFICACIÓN

3.1. UBICACIÓN ESPACIAL

El estudio fue realizado en el Centro de Salud Maritza Campos Díaz, el mismo que está ubicado en la Esquina de las calles Yaraví con Marañón, en el Distrito de Cerro Colorado, en la Provincia y Departamento de Arequipa.

El Centro de Salud tiene la categoría I – 4, que corresponde a establecimientos de salud con camas de internamiento, los servicios que brinda son en las especialidades de medicina, pediatría, ginecología, odontología, tópico, sala de parto, atención materna, planificación familiar, atención al niño sano, nutrición, servicio social, psicología, consultorio del adolescente, Programa de Control de Tuberculosis, saneamiento ambiental. El número de personas que laboran en el establecimiento es de 73 personas; el número promedio de atendidos mensual es de 5350 personas, y el horario de atención es de 24 horas al día.

3.2. UNIVERSO Y MUESTRA

3.2.1. Universo

Estuvo conformado por 84 mujeres que presentaron mastalgia o mastodinia, de acuerdo al cumplimiento de los criterios de inclusión.

3.2.2. Unidades de estudio

Fueron consideradas las mujeres que acuden al Centro de Salud Maritza Campos y que presentan mastalgia o mastodinia.

Criterios de inclusión:

- Mujeres que demandan la atención en el Consultorio de Ginecología en el turno mañana.
- Mujeres de 20 a 60 años que aceptaron participar en el estudio.
- Mujeres que brindaron consentimiento informado escrito para participar en el estudio.

Criterios de exclusión:

- Mujeres con diagnóstico de cáncer de mama.
- Mujeres que no hablaban español.
- Mujeres gestantes o que se encontraban en periodo de lactancia.

3.3. UBICACIÓN TEMPORAL

El presente estudio fue realizado, desde la planificación hasta la presentación del informe final, durante los meses de Setiembre del año 2016 al mes de Junio del año 2017. La recolección de datos, se realizó en el lapso de un mes, durante la segunda quincena del mes de diciembre y la primera quincena del mes de enero.

4. ESTRATEGIA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

- Después de que el proyecto fue aprobado por el jurado dictaminador, se coordinó en el Decanato para que nos otorgue una carta de presentación dirigida a la Dirección del Centro de Salud, para que nos autorizarán a desarrollar el estudio.
- Se coordinó con la Dirección del Centro de Salud, para obtener el permiso respectivo. Asimismo, se coordinaron los horarios en los que podíamos asistir a efectos de realizar la evaluación a las pacientes.

- Luego de ello se procedió a aplicar el instrumento en el turno de mañana hasta concluir, previa aceptación y consentimiento informado de las mujeres. Después en que los pacientes concluyan con el llenado del instrumento, se les hará la entrega de un trifoliado educativo.
- Terminada la etapa de recolección de datos, se realizó la tabulación de la información en una base de datos en el Programa Excel, luego el análisis estadístico de los resultados con el paquete estadístico STATISTICAS. Los resultados son presentados en tablas.



CAPÍTULO III RESULTADOS



TABLA 1
MUJERES ADULTAS SEGÚN LA PRESENCIA DE MASTALGIA O
MASTODINIA. CENTRO DE SALUD MARITZA CAMPOS DÍAZ.
AREQUIPA, 2016

MASTALGIA O MASTODINIA	F	%
Si	84	56,00
No	66	44,00
TOTAL	150	100,00

Fuente: Elaboración propia

Se observa en la tabla, que el 56% de pacientes presenta mastalgia o mastodinia, el 44% no la presenta.

De lo que se deduce, que más de la mitad de mujeres adultas atendidas en el Centro de Salud Maritza Campos en el periodo de diciembre 2016 a enero 2017, presentan mastalgia o mastodinia.

TABLA 2
MUJERES ADULTAS CON MASTALGIA O MASTODINIA SEGÚN EDAD.
CENTRO DE SALUD MARITZA CAMPOS DÍAZ. AREQUIPA, 2016

EDAD	F	%
20 – 29	28	33,34
30 – 39	27	32,14
40 – 49	21	25,00
50 – 60	8	9,52
TOTAL	84	100,00

Fuente: Elaboración propia

Se observa en la tabla, que el 33,34% de pacientes tienen edades comprendidas entre los 20 a 29 años, el 32,14% entre 30 a 39 años, el 25,00% entre 40 a 49 años y el 9,52% de 50 a 60 años.

De lo que se deduce, que más de la cuarta parte de mujeres que presentan mastalgia o mastodinia tienen entre 20 a 29 años.

TABLA 3
MUJERES ADULTAS CON MASTALGIA O MASTODINIA SEGÚN NIVEL
DE INSTRUCCIÓN. CENTRO DE SALUD MARITZA CAMPOS DÍAZ.
AREQUIPA, 2016

NIVEL DE INSTRUCCIÓN	F	%
Ninguno	0	0,00
Primaria	10	11,90
Secundaria	31	36,90
Superior	43	51,20
TOTAL	84	100,00

Fuente: Elaboración propia

Se observa en la tabla, que el nivel de instrucción más frecuente en las mujeres adultas, es superior en 51,20%, luego secundaria en 36,90%, mucho menos frecuente, es la instrucción primaria, que se observó en 11,90%, en nuestro estudio, no observamos mujeres sin instrucción.

Se deduce, que más de las tres cuartas partes (acumulado) de mujeres tienen nivel de instrucción superior y secundario.

TABLA 4
MUJERES ADULTAS CON MASTALGIA O MASTODINIA SEGÚN
OCUPACIÓN. CENTRO DE SALUD MARITZA CAMPOS DÍAZ.
AREQUIPA, 2016

OCUPACIÓN	F	%
Empleada	15	17,86
Obrera	4	4,76
Comerciante	32	38,09
Ama de casa	31	36,90
Desocupada	2	2,39
TOTAL	84	100,00

Fuente: Elaboración propia

Se observa en la tabla, que las ocupaciones más frecuentes de las mujeres son comerciantes en 38,09%, amas de casa en 36,90%, empleadas en 17,86%, entre las principales.

De lo que se deduce, que cerca de la mayoría de mujeres tienen como ocupación comerciantes o amas de casa.

TABLA 5
MUJERES ADULTAS CON MASTALGIA O MASTODINIA SEGÚN
SITUACION CONYUGAL. CENTRO DE SALUD MARITZA CAMPOS
DÍAZ. AREQUIPA, 2016

SITUACION CONYUGAL	F	%
Soltera	18	21,42
Casada	43	51,19
Conviviente	11	13,09
Viuda	3	3,57
Separada	9	10,71
TOTAL	84	100,00

Fuente: Elaboración propia

Se observa en la tabla, que el estado civil más frecuente de las mujeres, es casada en 51,19%, solteras en 21,42%, convivientes en 13,09%, separadas en 10,71% y viudas en 3,57%.

De lo que se deduce, que más de la mitad de mujeres que presentan mastalgia o mastodinia tiene pareja.

TABLA 6
MUJERES ADULTAS CON MASTALGIA O MASTODINIA SEGÚN HIJOS.
CENTRO DE SALUD MARITZA CAMPOS DÍAZ. AREQUIPA, 2016

TIENE HIJOS	F	%
Sí	67	79,76
No	17	20,24
TOTAL	84	100,00

Fuente: Elaboración propia

Se observa en la tabla, que el 79,76% de mujeres sí tienen hijos y el 20,24% de mujeres no tiene hijos.

De lo que se deduce, que más de las tres cuartas partes de mujeres que presentan mastalgia o mastodinia sí tienen hijos.

TABLA 7
MUJERES ADULTAS CON MASTALGIA O MASTODINIA SEGÚN USO DE
ANTICONCEPTIVOS ORALES (ACO). CENTRO DE SALUD MARITZA
CAMPOS DÍAZ. AREQUIPA, 2016

USO DE ACO	F	%
Sí	24	28,57
No	60	71,43
TOTAL	84	100,00

Fuente: Elaboración propia

Se observa en la tabla, que el 71,43% de mujeres no han usado anticonceptivos orales y el 28,57% del total de mujeres, si ha consumido anticonceptivos orales.

De lo que se deduce, que sólo una cuarta parte de las mujeres encuestadas refieren que han consumido anticonceptivos orales.

TABLA 8
MUJERES ADULTAS CON MASTALGIA O MASTODINIA SEGÚN
PRESENTACIÓN DE MENOPAUSIA. CENTRO DE SALUD MARITZA
CAMPOS DÍAZ. AREQUIPA, 2016

PRESENCIA DE MENOPAUSIA	F	%
Sí	12	14,28
No	72	85,72
TOTAL	84	100,00

Fuente: Elaboración propia

Se observa en la tabla, que el 85,72% de mujeres todavía no han presentado la menopausia y el 14,78% del total de mujeres, si ha presentado la menopausia.

De lo que se deduce, que más de las tres cuartas partes de las mujeres encuestadas refieren que no han presentado la menopausia.

TABLA 9
MUJERES ADULTAS CON MASTALGIA O MASTODINIA SEGÚN
ANTECEDENTE FAMILIAR DE CÁNCER DE MAMA. CENTRO DE
SALUD MARITZA CAMPOS DÍAZ. AREQUIPA, 2016

ANTECEDENTE FAMILIAR DE CÁNCER DE MAMA	F	%
Sí	8	9,53
No	76	90,47
TOTAL	84	100,00

Fuente: Elaboración propia

Se observa en la tabla, que el 90,47% de mujeres no tienen antecedente familiar de cáncer de mama y el 9,53% del total de mujeres, sí tiene antecedente de cáncer de mama.

Se deduce que, más de las tres cuartas partes de mujeres encuestadas refieren no presentar antecedente familiar de cáncer de mama.

TABLA 10
MUJERES ADULTAS CON MASTALGIA O MASTODINIA SEGÚN USO DE
TERAPIA DE REEMPLAZO HORMONAL (TRH). CENTRO DE SALUD
MARITZA CAMPOS DÍAZ. AREQUIPA, 2016

USO DE TRH	F	%
Sí	28	33,33
No	56	66,67
TOTAL	84	100,00

Fuente: Elaboración propia

Se observa en la tabla, que el 66,67% de mujeres no han utilizado la Terapia de Reemplazo Hormonal, y el 33,33% del total de mujeres, si ha utilizado la TRH.

Se deduce, cerca de la mayoría de mujeres encuestadas refieren que no reciben terapia de reemplazo hormonal.

TABLA 11
MUJERES ADULTAS CON MASTALGIA O MASTODINIA SEGÚN
ANTECEDENTE DE TRAUMATISMO TORÁCICO PREVIO. CENTRO DE
SALUD MARITZA CAMPOS DÍAZ. AREQUIPA, 2016

TRAUMATISMO TORACICO	F	%
Sí	10	11,91
No	74	88,09
TOTAL	84	100,00

Fuente: Elaboración propia

Se observa en la tabla, que el 88,09% de mujeres no han presentado traumatismo torácico previo y el 11,91% del total de mujeres, si ha presentado traumatismos torácicos.

De lo que se deduce, que la mayoría de mujeres encuestadas refieren que no han presentado traumatismo torácico que pudiera causar dolor irradiado a las mamas.

TABLA 12
MUJERES ADULTAS CON MASTALGIA O MASTODINIA SEGÚN
INGESTA DE CAFEÍNA. CENTRO DE SALUD MARITZA CAMPOS DÍAZ.
AREQUIPA, 2016

INGESTA DE CAFEINA	F	%
Sí	70	83,33
No	14	16,64
TOTAL	84	100,00

Fuente: Elaboración propia

Se observa en la tabla, que el 83,33% de mujeres sí consumen cafeína y el 16,64% del total de mujeres, no consume cafeína.

Se deduce, que más de las tres cuartas partes de mujeres encuestadas refiere que, sí ingieren cafeína, compuesto que incrementa el riesgo y/o severidad de presentar mastalgia o mastodinia.

TABLA 13
MUJERES ADULTAS CON MASTALGIA O MASTODINIA SEGÚN
TABAQUISMO. CENTRO DE SALUD MARITZA CAMPOS DÍAZ.
AREQUIPA, 2016

TABAQUISMO	F	%
Sí	16	19,05
No	68	80,95
TOTAL	84	100,00

Fuente: Elaboración propia

Se observa en la tabla, que el 80,95% de mujeres sí consumen tabaco y el 19,05% no consume tabaco.

Se deduce, que la mayoría de mujeres encuestadas refieren que, no tienen el hábito del tabaquismo, lo cual es positivo dado que el tabaco incrementa el dolor mamario.

TABLA 14
MUJERES ADULTAS CON MASTALGIA O MASTODINIA SEGÚN
CONSUMO DE METILXANTINAS. CENTRO DE SALUD MARITZA
CAMPOS DÍAZ. AREQUIPA, 2016

CONSUMO DE METILXANTINAS	F	%
Sí	14	16,66
No	70	83,34
TOTAL	84	100,00

Fuente: Elaboración propia

Se observa en la tabla, que el 83,34% de mujeres no consumen metilxantinas, y el 16,66% de mujeres, sí consume metilxantinas.

Se deduce, que más de tres cuartas partes de mujeres no consumen metilxantinas, lo cual concuerda con las recomendaciones de salud que aconsejan limitar su uso.

TABLA 15
MUJERES ADULTAS CON MASTALGIA O MASTODINIA SEGÚN
CONSUMO DE TIRAMINAS. CENTRO DE SALUD MARITZA CAMPOS
DÍAZ. AREQUIPA, 2016

CONSUMO DE TIRAMINAS	F	%
Sí	67	79,76
No	17	20,24
TOTAL	84	100,00

Fuente: Elaboración propia

Se observa en la tabla, que el 79,76% de mujeres sí consumen tiraminas, y el 20,24% de mujeres, no consume tiraminas.

Se deduce, que la mayoría de mujeres encuestadas refieren que sí consumen tiraminas.

TABLA 16
MUJERES ADULTAS CON MASTALGIA O MASTODINIA SEGÚN
REALIZACIÓN DE EJERCICIOS FÍSICOS QUE INCLUYA USO DE
PECTORALES. CENTRO DE SALUD MARITZA CAMPOS DÍAZ.
AREQUIPA, 2016

EJERCICIOS FISICOS	F	%
Sí	11	13,09
No	73	86,91
TOTAL	84	100,00

Fuente: Elaboración propia

Se observa en la tabla, que el 86,91% de mujeres no hacen ejercicios físicos que incluyan el uso de los pectorales y el 13,09% de mujeres, si hace ejercicios físicos.

Se deduce, que la mayoría de mujeres encuestadas refieren que, no realizan ejercicios físicos en los que se usan los músculos pectorales.

TABLA 17
TIEMPO QUE LAS MUJERES ADULTAS PRESENTAN MASTALGIA O
MASTODINIA. CENTRO DE SALUD MARITZA CAMPOS DÍAZ.
AREQUIPA, 2016

TIEMPO DE ENFERMEDAD (meses)	F	%
Menos de 1	14	16,67
1 – 3	48	57,14
4 – 6	20	23,81
7 – 9	1	1,19
10 a más	1	1,19
TOTAL	84	100,00

Fuente: Elaboración propia

Promedio: 2 meses; valor mínimo: 1 mes; valor máximo: 10 años; mediana: 3 años; desviación estándar: $\pm 1,84$.

Se observa en la tabla, que el 80,95% de mujeres adultas que presentan mastalgia o mastodinia tienen un tiempo de enfermedad entre uno a seis meses, el 16,67% tiene la enfermedad menos de un año.

De lo que se deduce, que el tiempo de enfermedad promedio es de dos meses en la mayoría de mujeres, y puede llegar a ser hasta de diez a más meses.

TABLA 18
MUJERES ADULTAS QUE PRESENTAN MASTALGIA O MASTODINIA
SEGÚN LADO AFECTADO. CENTRO DE SALUD MARITZA CAMPOS
DÍAZ. AREQUIPA, 2016

LADO AFECTADO	F	%
Derecho	11	13,09
Izquierdo	15	17,86
Ambos	58	69,05
TOTAL	84	100,00

Fuente: Elaboración propia

Se observa en la tabla, que el 69,05% de mujeres adultas que presentan mastalgia o mastodinia presentan afectación de ambas mamas, el 17,86% la presenta en el lado izquierdo y 13,09% en el derecho.

Por tanto, se puede deducir, que cerca de la mayoría de mujeres encuestadas refieren que presentan mastalgia o mastodinia bilateral.

TABLA 19
MUJERES ADULTAS QUE PRESENTAN MASTALGIA O MASTODINIA
SEGÚN ZONA AFECTADA. CENTRO DE SALUD MARITZA CAMPOS
DÍAZ. AREQUIPA, 2016

ZONA AFECTADA	F	%
Cuadrante superior externo	40	47,62
Cuadrante inferior externo	21	25,00
Cuadrante superior interno	11	13,09
Cuadrante inferior interno	9	10,71
Además de la mama, zona esternal	2	2,39
Toda la mama	1	1,19
TOTAL	84	100,00

Fuente: Elaboración propia

Se observa en la tabla, que las mujeres adultas que presentan mastalgia o mastodinia, presentan la afectación en el cuadrante superior externo en 47,62%, el 25% presenta el dolor en el cuadrante inferior externo, el cuadrante superior interno se afecta en un porcentaje de 13,09% el inferior interno en 10,71%, entre otros.

De lo que se deduce, que los cuadrantes externos de las mamas son los afectados con mayor frecuencia por el dolor.

TABLA 20
MUJERES ADULTAS QUE PRESENTAN MASTALGIA O MASTODINIA
SEGÚN MOMENTO DE PRESENTACIÓN. CENTRO DE SALUD MARITZA
CAMPOS DÍAZ. AREQUIPA, 2016

MOMENTO DE PRESENTACIÓN	F	%
7 – 10 días antes de la menstruación	51	60,71
No tiene relación con la menstruación, le duele en todo momento	21	25,00
Es postmenopáusica, y casi siempre presenta dolor	12	14,29
TOTAL	84	100,00

Fuente: Elaboración propia

Se observa en la tabla, que el 60,71% de mujeres adultas, señalaron que presentan la mastalgia o mastodinia de 7 a 10 días antes de la regla, mientras que el 25% señaló, que el dolor no tiene relación con la menstruación, pues le duele en todo momento y el 14,29% está representado por mujeres post menopáusicas que casi siempre presentan mastalgia.

De lo que se deduce, que, en la mayoría de casos, la mastalgia o mastodinia es de tipo cíclico, presentándose 7 a 10 días antes de la menstruación.

TABLA 21
MUJERES ADULTAS QUE PRESENTAN MASTALGIA O MASTODINIA
SEGÚN DURACIÓN DEL DOLOR. CENTRO DE SALUD MARITZA
CAMPOS DÍAZ. AREQUIPA, 2016

DURACIÓN DEL DOLOR	F	%
Más de siete días	27	32,14
Menos de siete días	57	67,86
TOTAL	84	100,00

Fuente: Elaboración propia

Se observa en la tabla, que el 67,86% de mujeres adultas, tienen una duración de la mastalgia o mastodinia de menos de siete días, y en 32,14% sí es mayor de siete días.

De lo que se deduce, que la mastalgia o mastodinia se presenta de forma cíclica, y es de corta duración en la mayoría de casos.

TABLA 22
MUJERES ADULTAS QUE PRESENTAN MASTALGIA O MASTODINIA
SEGÚN ALTERACIÓN DE SUS ACTIVIDADES DIARIAS. CENTRO DE
SALUD MARITZA CAMPOS DÍAZ. AREQUIPA, 2016

ALTERACIÓN DE ACTIVIDADES DIARIAS	SIEMPRE		A VECES		NUNCA		TOTAL	
	F	%	F	%	F	%	F	%
Relaciones sexuales	2	2,38	41	48,81	41	48,81	84	100,00
Ejercicio físico	1	1,19	45	53,57	38	45,24	84	100,00
Actividades domésticas	5	5,95	45	53,57	34	40,48	84	100,00
Actividades laborales	7	8,33	42	50,00	35	41,67	84	100,00
Sueño	4	4,76	27	32,15	53	63,09	84	100,00

Fuente: Elaboración propia

Se observa en la tabla, que la mastalgia o mastodinia si altera las actividades diarias de las mujeres adultas, en el caso de la afectación de las relaciones sexuales, porcentajes similares de 48,81% de mujeres señalaron que a veces tenían alteración o nunca se alteraban. El 53,57% de mujeres señaló, que el dolor a veces le alteraba la realización de ejercicios físicos y al 45,24% nunca le altera.

En cuanto a las actividades domésticas, el 53,57% señaló que a veces le altera y al 40,48% nunca le altera, pero al 5,95% le altera siempre. Las actividades laborales se alteran en algunas veces, en el 50% de mujeres, nunca se alteran en 41,67% y siempre se alteran en 8,33%. Por último, el sueño nunca se altera, para el 63,09%, a veces en 32,15% y siempre en 4,76%.

De lo anterior se puede deducir, que la mastalgia o mastodinia regularmente altera las actividades diarias cerca de la mitad de las mujeres encuestadas.

TABLA 23
MUJERES ADULTAS QUE PRESENTAN MASTALGIA O MASTODINIA
SEGÚN SEVERIDAD DEL DOLOR. CENTRO DE SALUD MARITZA
CAMPOS DÍAZ. AREQUIPA, 2016

SEVERIDAD DEL DOLOR	F	%
Leve	42	50,00
Moderada	25	29,76
Severa	17	20,24
TOTAL	84	100,00

Fuente: Elaboración propia

Se observa en la tabla, que el 50% de mujeres presentan mastalgia o mastodinia leve y el otro 50% presentan el dolor moderado a severo.

De lo que se deduce, que en la mayoría de casos, el dolor es leve a moderado.

TABLA 24
MUJERES ADULTAS QUE PRESENTAN MASTALGIA O MASTODINIA
SEGÚN TRATAMIENTO. CENTRO DE SALUD MARITZA CAMPOS DÍAZ.
AREQUIPA, 2016

TRATAMIENTO	Anteriormente		Actualmente	
	F	%	F	%
Sí	5	5,95	0	0,00
No	75	94,05	84	100,00
TOTAL	84	100,00	84	100,00

Fuente: Elaboración propia

Se observa en la tabla, que el 100% de mujeres adultas, no reciben actualmente tratamiento para la mastalgia o mastodinia; acerca del tratamiento anterior, el 94,05% no ha recibido tratamiento y el 5,95% si lo ha recibido.

De lo que se deduce que la mayoría de mujeres encuestadas refieren que actualmente no reciben tratamiento, sin embargo, anteriormente una minoría de mujeres encuestadas refiero haber recibido tratamiento para la mastalgia o mastodinia.

TABLA 25
ASOCIACIÓN ENTRE LOS FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS Y
PERSONALES CON LA SEVERIDAD DE LA MASTALGIA O
MASTODINIA EN MUJERES ADULTAS. CENTRO DE SALUD
MARITZA CAMPOS DÍAZ, AREQUIPA, 2016.

SEVERIDAD	LEVE (42)	MODERADO (25)	SEVERO (17)	X²	P
FACTORES					
Edad:					
20 – 39	32 / 58,18%	19 / 34,55%	4 / 7,27%	0,2992	0,36
40 – 60	10 / 34,48%	6 / 20,69%	13 / 44,83%		
Nivel de instrucción				2,3142	0,064
Primaria	2 / 20,00%	4 / 40,00%	4 / 40,00%		
Secundaria	12 / 38,71%	11 / 35,48%	8 / 25,81%		
Superior	28 / 65,12%	10 / 23,25%	5 / 11,63%		
Ocupación				0,3587	0,41
Trabajo remunerado	24 / 47,06%	13 / 25,49%	14 / 27,45%		
Ama de casa	18 / 58,06%	10 / 32,26%	3 / 9,68%		
Desocupada	0 / 0,00%	2 / 100,00%	0 / 0,00%		
Estado civil				0,2467	0,54
Con pareja	20 / 37,04%	19 / 35,18%	15 / 27,78%		
Sin pareja	22 / 73,33%	6 / 20,00%	2 / 6,67%		
Tiene hijos				0,3454	0,44
Sí	36 / 53,73%	18 / 26,87%	13 / 19,40%		
No	6 / 35,29%	7 / 41,18%	4 / 23,53%		
Uso de ACO				21,18	0,00
Sí	8 / 33,33%	9 / 37,50%	7 / 29,17%		
No	34 / 56,67%	16 / 26,67%	10 / 16,67%		
Presencia de menopausia				0,9231	0,06
Sí	3 / 25,00%	5 / 41,67%	4 / 33,33%		
No	39 / 54,17%	20 / 27,78%	13 / 18,05%		
Antecedente familiar de cáncer de mama				5,842	0,028
Sí	1 / 12,50%	4 / 50,00%	3 / 37,50%		
No	41 / 53,95%	21 / 27,63%	14 / 18,42%		
Uso de TRH				1,4214	0,21
Sí	9 / 32,14%	11 / 39,29%	8 / 28,57%		
No	33 / 58,93%	14 / 25,00%	9 / 16,07%		

Traumatismo torácico					
Sí	5 / 50,00%	2 / 20,00%	3 / 30,00%	0,7467	0,068
No	37 / 50,00%	23 / 31,08%	14 / 18,92%		
Ingesta de cafeína					
Sí	35 / 50,00%	20 / 28,57%	15 / 21,43%	1,3328	0,44
No	7 / 50,00%	5 / 35,71%	2 / 14,29%		
Tabaquismo					
Sí	5 / 31,25%	4 / 25,00%	7 / 43,75%	7,3125	0,02
No	37 / 54,41%	21 / 30,88%	10 / 14,71%		
Consumo de metilxantinas					
Si	2 / 14,28%	5 / 35,71%	7 / 50,00%	0,0571	0,258
No	40 / 57,14%	20 / 28,57%	10 / 14,29%		
Consumo de tiraminas					
Sí	36 / 53,73%	21 / 31,34%	10 / 14,93%	1,0576	0,091
No	6 / 35,29%	4 / 23,53%	7 / 41,18%		
Ejercicios físicos					
Sí	4 / 36,36%	4 / 36,36%	3 / 27,27%	3,9145	0,034
No	38 / 52,05%	21 / 28,77%	14 / 19,18%		

Fuente: Elaboración propia

Se observa en la tabla, que los factores que se asocian de forma significativa a la severidad de la mastalgia o mastodinia son el uso de anticonceptivos orales, el antecedente familiar de cáncer de mama, el tabaquismo y la realización de ejercicios físicos en los que se empleen los músculos pectorales.

De lo que se deduce, que la hipótesis planteada ha sido verificada, debido a que se han encontrado factores que se asocian a la mayor severidad del dolor mamario en mujeres adultas.

CONCLUSIONES

PRIMERA

Más de la mitad de mujeres adultas encuestadas (56%) en el Centro de Salud Maritza Campos Díaz, han presentado mastalgia o mastodinia en alguna etapa de su vida.

SEGUNDA

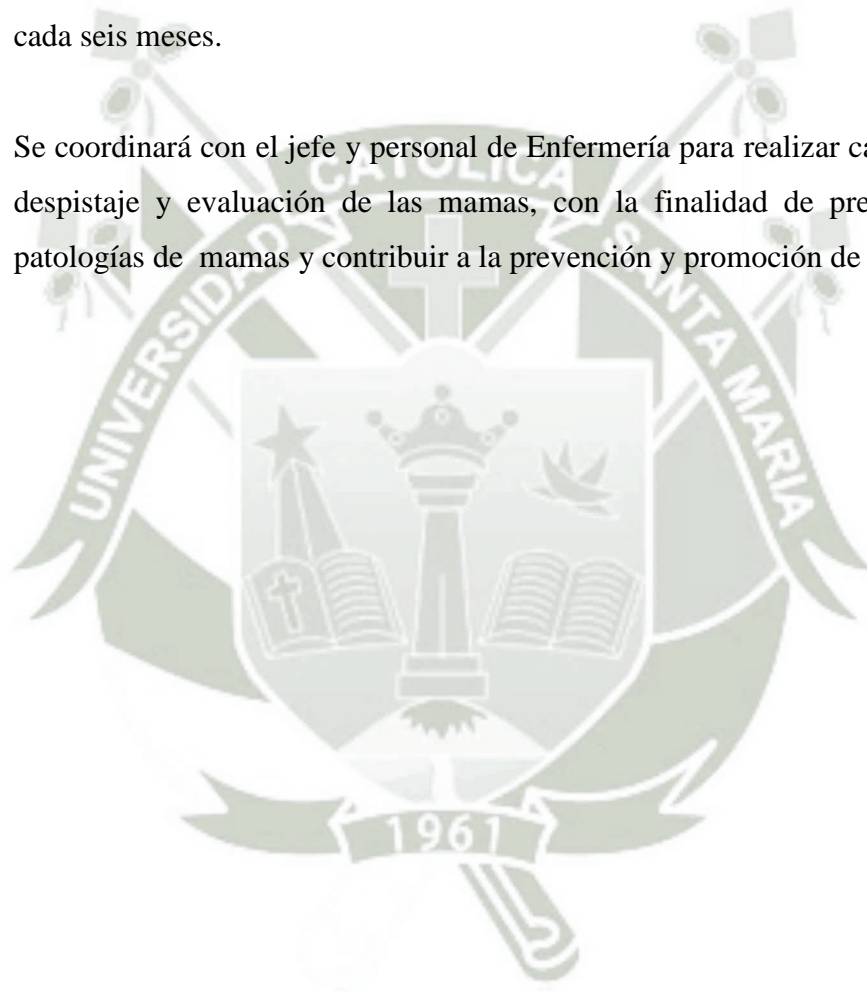
Los factores sociodemográficos y personales que caracterizan a las mujeres adultas con mastalgia o mastodinia son: la edad promedio es de 34 años; el nivel de instrucción más frecuente es la secundaria y la ocupación comerciante; más de la mitad de la población de estudio son casadas o convivientes de las cuales en su mayoría tienen hijos y no consumen anticonceptivos, no están en la menopausia; la mayoría no presenta antecedente oncológicos y no reciben terapia de reemplazo hormonal, no han tenido traumatismos torácicos, más de las tres cuartas partes ingieren cafeína, no tienen el hábito del tabaquismo, no ingieren metilxantinas, la mayoría ingieren tiraminas y no realizan ejercicios físicos.

TERCERA

Los factores personales asociados a la mastalgia o mastodinia son el uso de anticonceptivos orales, ejercicios pectorales, tabaquismo y antecedentes oncológicos mientras que los factores sociodemográficos no se encuentran asociados.

RECOMENDACIONES

1. Se recomienda al equipo multidisciplinario que trabajan en el Centro de Salud Maritza Campos Díaz, realizar campañas de educación para la salud, relacionadas a la importancia de su autocuidado; reforzando la autoexploración de las mamas y la presencia del dolor, para facilitar en las mujeres el reconocimiento de los cambios que requieren ser evaluados por un médico especialista, recordar a las mujeres que se debe hacer una evaluación clínica cada seis meses.
2. Se coordinará con el jefe y personal de Enfermería para realizar campañas de despistaje y evaluación de las mamas, con la finalidad de prevenir otras patologías de mamas y contribuir a la prevención y promoción de la salud.



BIBLIOGRAFIA

LIBROS

Barret, K., Barman, S., Boitano, S., Brooks, H. Ganong. Fisiología médica. 25ava edición. España: Mac Graw Hill. 2015. Pág. 615.

Benavent, A. y cols. Fundamentos de enfermería. Madrid: DAE Grupo Paradigmas. Enfermería 21; 2009.

Dan D, Kasper D, Jameson L, Fauci A, Hauser S, Loscalzo J. Eds. Harrison Principios de Medicina Interna. 18ava edición. México: Mac Graw Hill Interamericana Editores. 2012.

Kirby I, Edward M Copeland. La mama Etiología y tratamiento del dolor mamario. 4a edición. Buenos Aires: 2009. Pág. 253-266.

Ministerio de Salud. Registro de Cáncer. MINSA Arequipa. 2015.

Organización Mundial de la Salud. Determinantes Sociales en Salud. Ginebra. 1998. Pág. 3.

Rhobert, Shirley; Up to date version Current: Breast Pain. Estados Unidos: Nouv Presse Med. 2011.

Santisteban, J. Anatomía y fisiología de la mama. Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Fondo editorial. Lima. 2012.

Sociedad Americana del Cáncer. El Cáncer de Mama a nivel mundial. Estados Unidos, 2015.

Vera S. Mastalgia, Guideline breast disease comity, society of obstetricians and gynecologist of Canada. SOGC Clinical Practice Guideline 2006;170.

Vernet, M., Carreras R., Zapardiel, I. Patología benigna de la mama: Mastodinia, procesos funcionales e inflamatorios. Fundamentos de Ginecología. España: SEGO. 2011. Pág. 477.

REVISTAS

Acevedo J, Aliaga N. Patología benigna de la mama: Información para el médico general. Rev. Med. Clin. Condes 2009; 20 (1) 75 – 83. España.

Ader, D.N. and M.W. Browne. Prevalence and impact of cyclic mastalgia in a United States clinic- based sample. Am J Obstet Gynecol, 2007, 177(1): p. 126-32.

Ardila D. Mastalgia: Diagnóstico y Manejo clínico. MÉDICAS UIS 2007;20(2):105-10. España.

Camus M. Patología benigna de la mama. Rev. argent. Cancerol 2015; 43(1):30-40. Argentina.

Chambers, G. et al. Evidence for the Management of Mastalgia. Am J Obstet Gynecol 2010; 31 (6):431 – 4354.

Fernández Á, Reigosa A. Riesgo de cáncer de mama en mujeres con patología mamaria benigna. Comunidad salud 2015;13(1):78-86. México.

Hartmann L, Sellers T, Frost M. Benign Breast Disease and the Risk of Breast Cancer. NEJM 2008; 21; 353:229-237. Estados Unidos.

Lourenço TS, Mauad EC, Vieira RAC. Barreiras no rastreamento do câncer de mama e o papel da enfermagem: revisão integrativa. Rev. bras. enferm. 2013;66(4):585-91.

Morrogh, M., et al., The predictive value of ductography and magnetic resonance imaging in the management of nipple discharge. Ann Surg Oncol 2007; 14(12): p. 3369-77.

Nelson, R.S. and J.L. Hoehn, Twenty-year outcome following central duct resection for bloody nipple discharge. *Ann Surg*, 2006, 243(4): p. 522-4.

Page J. Mastodinia. *Obstet Gynecol Clin North Am* 2010;42:381-87. Estados Unidos.

Robin S. Evaluation and management of Breast Pain. *Foundation for Medical Education and Research* 2004;79:353-72. Estados Unidos.

Rodríguez X. Calidad de vida en mujeres que conviven cuatro o más años con dolor de mama. *Index enferm* 2015;25(9):260-264. España.

Salcedo, A. y Cols. Autocuidado para el control de la hipertensión arterial en adultos mayores ambulatorios: una aproximación a la taxonomía NANDA-NOC-NIC. *Enferm. Univ*[Internet]. 2012; 9(3): 25-43.

Sánchez, G. Dorothea E. Orem Aproximación a su teoría. *Rol de enfermería*.1999; 22 (4): 309-11.

Schaurich, C., Olivera, G. Produção do conhecimento sobre teorias de enfermagem: análise de periódicos da área, 1998-2007. *Esc Anna Nery*[Internet]. 2010; 14 (1):182-88.

HEMEROGRAFÍA

Castillo A. Mastopatía fibroquística. *Complejo Hospitalario Universitario de Albacete*. España, 2014.

PÁGINAS WEBB

Cárdenas, J. y cols. (2012). Epidemiología del cáncer de mama en México. Obtenido de: <http://www.scielo.cl>. fecha de acceso: 25 – 3 – 17).

inei.gob.pe

www.minsa.gob.pe

PRENSA

Velarde R. Incidencia del cáncer de mama aumenta entre mujeres jóvenes. En Prensa Diario Perú 21. Publicado el 13 de octubre del 2015.



ANEXOS

ANEXO 1

GUÍA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Nº.....

1.1. Factores

Factores sociodemográficos

1. Edad.....
2. Nivel de instrucción: () Ninguno () Primaria () Secundaria () Superior
3. Ocupación: () Empleada () Obrera () Comerciante () Ama de casa
4. Estado civil: () Soltera () Casada () Viuda () Separada
5. Tiene hijos: () Si () No

Factores personales

1. Uso de anticonceptivos orales: () Si () No
2. Ha presentado la menopausia (más de 12 meses sin tener menstruación): () Si () No
3. Uso de Terapia de Reemplazo Hormonal: () Si () No
4. Realización de ejercicios físicos que incluya el uso de los pectorales: () Si () No
5. Traumatismo torácico previo: () Si () No
6. Ingesta de cafeína (te, café, gaseosas oscuras): () Si () No
7. Tabaquismo: () Si () No
8. Consumo de metilxantinas (te, café, gaseosas, chocolate): () Si () No
9. Consumo de tiraminas (embutidos, quesos fermentados, vino): () Si () No
10. Antecedente familiar de cáncer de mama: () Si () No

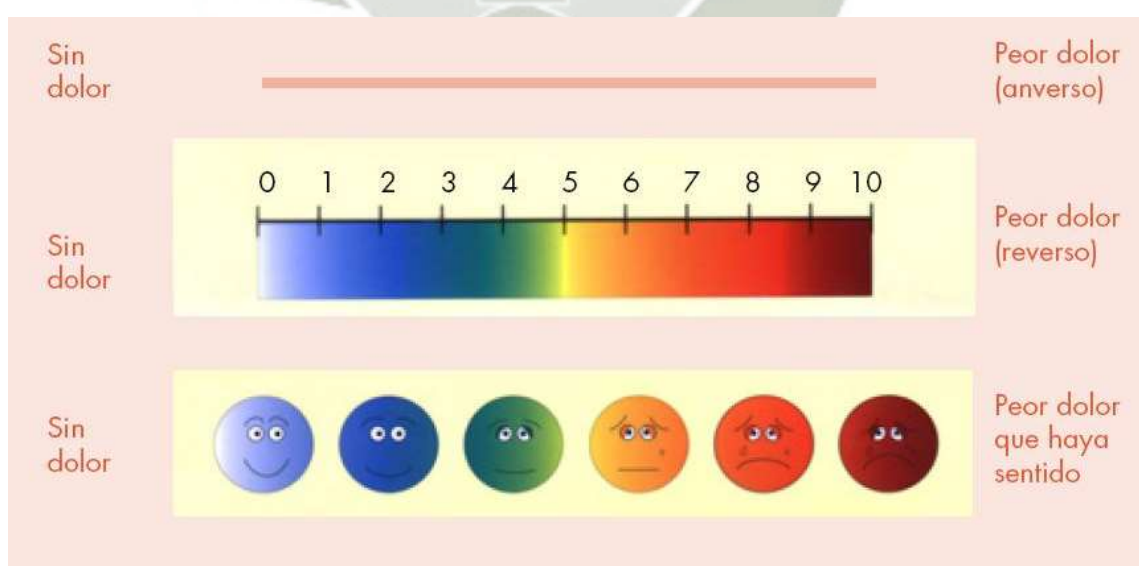
1.2. Acerca de la Mastalgia o Mastodinia

1. Tiempo de enfermedad: años o meses
2. Lado afectado: () Derecho () Izquierdo () Bilateral

3. Momento de presentación de la mastalgia o mastodinia:
 - 7 – 10 días antes de la regla
 - No tiene relación con la regla (duele en todo o en cualquier momento)
4. Zona afectada:
 - Cuadrante superior externo Cuadrante inferior externo
 - Cuadrante superior interno Cuadrante inferior interno
 - Además de la mama, zona esternal
5. Duración del dolor: Menos de siete días Más de siete días
6. El dolor afecta sus actividades diarias tales como:
 - Relaciones sexuales: Siempre A veces Nunca
 - Ejercicio físico: Siempre A veces Nunca
 - Actividades domésticas: Siempre A veces Nunca
 - Actividades laborales: Siempre A veces Nunca
 - Sueño: Siempre A veces Nunca
7. Actualmente recibe tratamiento: Si No
8. Anteriormente recibió tratamiento: Si No

Severidad de la mastalgia o mastodinia:

Por favor, observa la siguiente regla y califique



ANEXO 2

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo.....

Declaro haber recibido la información suficiente sobre la investigación: **“Frecuencia y factores asociados a la mastalgia o mastodinia en mujeres adultas atendidas en el Centro de Salud Maritza Campos Díaz, Arequipa, 2016”**, para lo cual se pidió mi participación. De la información recibida he comprendido:

- Que mi participación consistirá en responder preguntas de una Guía de Recolección de datos.
- Que la información que proporcione será confidencial y será guardada con mucha reserva.
- Que puedo decidir retirarme aun habiendo aceptado participar de la investigación.
- Que los instrumentos serán anónimos y sólo serán de uso para la investigación.

Por lo manifestado es que acepto voluntariamente sin ningún tipo de coacción participar en dicha investigación.

FIRMA DE LA ENTREVISTADA

Arequipa,....., 2017



CONSTANCIA

EL QUE SUSCRIBE MG. CD. ORTODONCISTA JUAN ALARCÓN ARENAS JEFE DE LA MICRO RED ZAMÁCOLA.

DÁ CONSTANCIA QUE:

Las señoritas **MILAGROS JACOBO CÁRDENAS** y **NALDY HERRERA ZÚNGA** han aplicado su instrumento de su proyecto de tesis titulado **"FRECUENCIA Y FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS Y PERSONALES ASOCIADOS A LA MASTALGIA O MASTODINIA EN MUJERES ADULTAS ATENDIDAS EN EL CENTRO DE SALUD MARITZA CAMPOS DÍAZ, AREQUIPA 2016 "**, en el Centro de Salud Maritza Campos Díaz - Zamácola, en los meses de Diciembre 2016 y Enero del año en curso.

Se otorga la presente a solicitud de las interesadas para los fines que estime por conveniente.

Arequipa, 30 de Marzo del 2017



Calle Vicosi s/n frente al Mercado de Zamácola
MICRO RED ZAMACOLA
Teléfono 054-443087 - Fax 444570



Universidad Católica de Santa María

(51 54) 382038 Fax: (51 54) 261213 ucsm@ucsm.edu.pe <http://www.ucsm.edu.pe> Apartado: 1380

INFORME N° 0249 -CB- 2017

A : Doctora JOSEFINA SONIA NUÑEZ CHAVEZ
DECANA DE LA FACULTAD DE ENFERMERIA

De : CENTRO DE INFORMACIÓN Y BIBLIOTECAS. SECCIÓN PROCESOS TÉCNICOS

Asunto : Evaluación de la Producción Intelectual

Expediente : 2017-0249

Fecha : 4 de abril de 2017

De acuerdo a lo dispuesto, informo a usted que la tesis:

FRECUENCIA Y FACTORES ASOCIADOS A LA MASTALGIA O MASTODINIA EN MUJERES ADULTAS ATENDIDAS EN EL CENTRO DE SALUD MARITZA CAMPOS DÍAZ, AREQUIPA, 2016.

Autor(es):

HERRERA ZUÑIGA NALDY VANESSA/JACOBO CARDENAS MILAGROS LIZETH

Ha sido sometida a la plataforma de originalidad Turnitin obteniendo **29 %** en el sumario de coincidencias en el marco teórico pero las citas y referencias, se han hecho correctamente.

Es cuanto informo para conocimiento y fines consiguientes.



UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA
Américo Herrera Vera
PROF. AMÉRICO HERRERA VERA
Coordinador del Centro de Información y Bibliotecas