

11226
Zej
83



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO. 21

"FRECUENCIA Y DISTRIBUCION DE LA PATOLOGIA MAMARIA DURANTE LOS AÑOS 1982 A 1984 EN POBLACION FEMENINA DERECHO-HABIENTE DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR 21 DEL VALLE DE MEXICO".

T E S I S

PARA OBTENER EL POSTGRADO EN:
LA ESPECIALIDAD EN
MEDICINA FAMILIAR
P R E S E N T A:
GONZALO DURAN HERNANDEZ



TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

MEXICO, D. F.

1984.



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

I N D I C E

	PAGINA
.A. TITULO	1
.B. INTRODUCCION	2
.C. ANTECEDENTES CIENTIFICOS	4
.D. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	12
.E. HIPOTESIS	13
.F. OBJETIVOS	14
.G. MATERIAL Y METODOS	15
.H. RESULTADOS	16
.I. ANALISIS Y CONCLUSIONES	27
.J. RECOMENDACIONES	29
.K. BIBLIOGRAFIA	31

T I T U L O

"FRECUENCIA Y DISTRIBUCION DE LA PATOLOGIA
MAMARIA DURANTE LOS AÑOS 1982 A 1984 EN -
POBLACION FEMENINA DERECHO-HABIENTE DE LA
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR 21 DEL VALLE -
DE MEXICO".

INTRODUCCION:

El presente estudio fue realizado con objeto de evaluar la incidencia de patología mamaria en la Población femenina asistente a la Unidad de Medicina Familiar 21 especialmente de Cáncer de mama ya que esta es la segunda causa de muerte por tumores que afecta al sexo femenino en el país; observando que su frecuencia es importante y que ha ido en aumento, siendo esta la primera causa de envío al Hospital de Oncología de CMN IMSS.

A pesar de que la glándula mamaria es un organo accesible a la exploración física, no se efectua la detección oportuna del Cáncer de mama en forma rutinaria y como se demuestra en este estudio los casos de cáncer son diagnosticados en etapas clínicas tardías, con un mal pronóstico para las pacientes.

Durante la investigación se realizó un estudio retrospectivo de las pacientes que fueron enviadas al servicio DOC de mama del Hospital de Oncología del CMN durante el período de julio de 1982 a junio de 1984 para conocer su diagnóstico y control subsecuente; obteniéndose como resultado -

Una elevada incidencia de patología mamaria y lo que es más importante - de cáncer en estadios avanzados.

Como resultado del estudio, se considera conveniente implementar en la - Unidad el Programa de Detección Oportuna de Cáncer de Mama (DOC de Mama), el cual se encuentra dentro de los programas del Instituto Mexicano del Seguro Social y está operando ya en varias unidades Médicas del Valle de México y de las delegaciones foráneas. Dicho programa permitirá descu---brir oportunamente, mujeres con lesiones malignas o premalignas y ofrecer les una mejor recuperación clínica.

ANTECEDENTES CIENTIFICOS

GENERALIDADES:

Las Mamas son órganos pares que presentan variaciones durante las diversas etapas de la vida de la mujer; responden a estímulos hormonales y son asiento de diversas enfermedades entre éstas, las neoplasias malignas ocupan los primeros lugares dentro de las estadísticas de mortalidad, aún en aquellos países con grandes recursos económicos.

La Patología tomoral es la más habitual y coincide con los años de actividad hormonal, en los que se presenta con mayor frecuencia. Por su fácil abordaje, toca al clínico el reconocimiento oportuno y la identificación precisa de las neoplasias, pues de su diagnóstico temprano, derivará el tratamiento efectivo y un pronóstico más favorable para la paciente.

ANATOMIA

Las mamas son órganos simétricos bilaterales situados en la cara anterior y superior del torax; están constituidas de piel tejido graso y tejido glandular, constituyendo este último la mama propiamente dicha.

Los límites de la región mamaria estan dados en la tercera y séptima costilla y desde el borde del esternón hasta el hueso axilar. En la superficie se distingue la areola y el pezón, éste último colocado en el centro. El tejido mamario está constituido por un parénquima epitelial organizado de 15 a 20 lóbulos comunicados al exterior por un conducto excretor que finaliza en el pezón. Los lobúlos están constituidos por lobulillos, que son la unidad básica, estos forman campos glandulares con diez o más - -

acinar que se vacían a un conducto colector común. El resto de la Glándula está formada por abundante tejido adiposo colocado en dos hojas una anterior y otra posterior, la primera, gruesa en la periferia y más delgada en la areola puede estar tabicada por fibras conjuntivas que se fijan profundamente en la dermis y que se denominan ligamentos de Cooper.

Se encuentra irrigada básicamente por las ramas perforantes de la mamaria interna, ramas de la mamaria externa, de la torácica superior o lateral y de algunas intercostales.

La red linfática está constituida de tres partes: cutánea, areolar y glandular o profunda, que drenan a los ganglios de la axila de la cadena de la mamaria interna y supraclaviculares. Los nervios derivan de los filetes simpáticos y proceden del plexo cervical y las ramas torácicas derivadas del plexo braquial.

PATOLOGIA MAMARIA MAS FRECUENTE:

Hiperplasia Quística (Displasia Mamaria, Enfermedad Fibroquística).

Esta enfermedad frecuente de la glándula mamaria femenina se clasifica como trastorno endocrino ya que casi en general se acepta que resulta de aumento y modificación de los cambios mamarios periódicos que ocurren normalmente en el ciclo menstrual incluye una gran diversidad de cambios morfológicos y manifestaciones clínicas resultantes. Clasificándose en cuatro predominantes 1) Fibrosis, 2) Formación de quistes, 3) Adenosis Esclerosante, 4) Hiperplasia del epitelio de los conductos, esta última puede predisponer al carcinoma.

Haagensen estima que por lo menos 10% de las mujeres presentan enfermedad quística clínicamente manifiesta; el estado es poco frecuente antes de la adolescencia y rara vez o nunca aparece después de la menopausia. Sin embargo las lesiones premenopáusicas pueden persistir hasta edad avanzada.

Patogenia: Se considera que el Hiperestrinismo es básico para la aparición de este trastorno polifacético. El diagnóstico diferencial debe hacerse con Cáncer de mama efectuándose Biopsia y estudio Anatomopatológico. La manifestación clínica más frecuente es mastalgia antes del período menstrual al ocurrir congestión mamaria. Como tratamiento se recomienda calor seco local, dieta hiposódica, antiinflamatorios y diuréticos.

FIBROADENOMA

Constituye el tumor benigno más frecuente de la mama; según que predomine en él, los tejidos glandulares o conjuntivos se habla de Fibroadenoma o - Adenofibroma. Los Fibroadenomas sobre todo aparecen en mujeres jóvenes a menudo durante la pubertad y muy raramente después de los 40 años. El - Diagnóstico exacto debe establecerse por estudio histológico en el cual - se encuentran numerosos tubos glandulares, el tumor se encuentra bien limitado por una capsula conjuntiva. El Tratamiento es exclusivamente quirúrgico, puesto que la degeneración carcinomatosa es posible.

LIPOMA

Los lipomas habitualmente se presentan detrás de la glándula, o a un lado de la misma, provocando el desplazamiento de ella al aumentar de tamaño. Son generalmente unilaterales y pueden alcanzar gran tamaño, siendo en estas condiciones cuando ocasionan molestias. La extirpación quirúrgica es el tratamiento de elección.

PAPILOMA

La hiperplasia papilar difusa llamada Papilomatosis puede ser componente de la enfermedad Fibroquistica. Los papilomas se descubren más a menudo dentro de los conductos lactíferos o galactóforos principalmente. Aparece en cualquier edad pero principalmente entre los 30 y 50 años y se manifiestan clinicamente por lo siguiente 1) Secreción serosa o sanguinolenta por el pezón 2) Tumor subareolar pequeño de unos milímetros de diámetro 3) Rara vez retracción del pezón. El tratamiento es por extirpación local.

ECTASIA DE LOS CONDUCTOS MAMARIOS:

Este estado ocurre en posmenopausicas y se caracteriza por dilatación de los conductos, espesamiento de substancia lípida en el interior de los mismos e inflamación pericanalicular. Existe una zona dolorosa focal o difusa, tensión dolorosa, endurecimiento y altacto aspecto acordonado de la region periareolar o subareolar.

CANCER DE MAMA:

En el sexo femenino el Cáncer Mamario es la Neoplasia maligna más común en la mayoría de los países socioeconómicos desarrollados; en México ocupa el segundo lugar de los cánceres en el sexo femenino después del carcinoma cervicouterino. En 1970 se notificaron en el país 725 defunciones y para el año 1977 este número se había incrementado a 1088, pasando de una tasa de 1.5 a 1.7 por 100,000 derechohabientes (3). En el IMSS - que ampara el 37% de las mujeres adultas del país el cancer del seno ocupaba de 1976 a 1978 el Séptimo lugar como causa de muerte por tumores - malignos, pasando en 1979 del séptimo al quinto sitio con 221 y 246 defunciones respectivamente; la tasa de mortalidad en estos dos últimos años fue de 1.1 por cada 100,000 derechohabientes, (8 y 9).

La etiología de esta neoplasia es aún desconocida y su presencia depende de numerosos factores como son la edad, antecedentes familiares y personales de la enfermedad, historia reproductiva, equilibrio hormonal, radiaciones y substancias químicas, etc., los datos para considerar a las mujeres con riesgos elevado para el padecimiento son los siguientes;

tener 40 años o más antecedentes de cáncer familiar, no haberse embarazado, primer embarazo después de los 30 años, enfermedad fibroquística, no haber proporcionado lactancia al seno, obesidad y antecedentes de radiaciones en el pecho; otros factores serían la residencia urbana, dieta rica en grasas y proteínas animales, (6).

Las etapas iniciales del cáncer mamario cursan por lo general sin manifestaciones clínicas. Haagensen considera que el 85% son descubiertas por autoexploración y sólo el 15% por el examen médico, (11).

Los signos y síntomas claves para el diagnóstico temprano de un cáncer mamario deben ser interpretados cuidadosamente como la presencia de una masa tumoral descubierta generalmente por la misma paciente, se localiza más frecuentemente en el cuadrante superoexterno del lado izquierdo de consistencia dura y superficie anfractuosa, mal limitada y poco móvil o fija a los planos vecinos, indolora en su inicio, posteriormente se presenta dolor localizado o sensación de cuerpo extraño. Cuando el tumor se encuentra cercano a la piel o en vecindad a la zona areolar, produce en su inicio discreta "Retracción o invaginación", la que se acentúa al movilizar el miembro correspondiente durante la exploración. En el pezón se puede observar cierta erosión la cual al progresar lo destruye en su totalidad y constituye un tipo especial conocido como Carcinoma tipo Paget. La salida de secreción sanguinolenta a través del pezón debe considerarse como sospechosa de un carcinoma.

El comité Conjunto Estadounidense sobre clasificación del Cáncer en períodos sigue las sugerencias de UICC y clasifica los estudios clínicos como sigue:

Período I. Tumor con menos de 5 cm de diámetro, sin ataque ganglionar ni metástasis.

Período II. Tumor con menos de 5 cm de diámetro, con ganglios axilares móviles pero sin Metástasis.

Período III. Todos los cánceres mamarios de cualquier volumen con posible ataque de la piel, fijación pectoral y a la pared torácica, ataque ganglionar que incluye los ganglios axilares que están fijos, pero sin metástasis diseminadas.

Período IV. Cualquier forma de cáncer mamario, que se acompaña o no de ataque ganglionar, fijación pectoral, úlceras en piel y fijación a la pared torácica, pero que presenta metástasis diseminadas.

La exploración de la glándula mamaria con base a los datos de la Historia clínica representan el método ideal para la detección del cáncer mamario. El médico debe practicar la exploración con todos sus detalles, e instruir en cada paso a la paciente para que en períodos subsiguientes se efectúe ella el método indicado. La recomendación principal es que la haga una vez al mes, en la época inmediata posterior a la menstruación, cuando el tejido mamario se encuentra en las condiciones óptimas.

El tratamiento en estas pacientes es quirúrgico, también se utiliza la radiación, quimioterapia y medicamentos antiestrógenos,

El hecho de diagnosticar solamente 35% de etapas tempranas que son las -
potencialmente curables, no se justifica máxime que la glándula mamaria
se encuentra totalmente accesible a la exploración y esta la medida óp-
tima para el descubrimiento de las neoplasias, (11).

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA:

Comprendiendo basicamente en que conociendo las normas de atención, el material de apoyo, los recursos humanos y fisicos con que cuenta el Instituto y el Programa de Detección Oportuna del Cáncer de Mama que aún no se lleva a cabo en todas las Unidades de Medicina Familiar, se siguen presentando defunciones a causa del Cáncer Mamario el que en los últimos años se ha incrementado y se espera seguirá aumentando. Es conveniente que el antes dicho programa se instituya en todas las unidades de medicina familiar principalmente la que nos ocupa, para que las pacientes sospechosas de patologia mamaria descubiertas sean atendidas oportunamente estableciéndose el diagnóstico y tratamiento adecuado con control posterior de estas pacientes hasta su alta definitiva.

HIPOTESIS:

- H1. La frecuencia de Cáncer de la glándula mamaria en la Población femenina derechohabiente que asiste a la UMF 21 es semejante a lo que sucede en otras unidades donde la población disfruta de buen nivel socioeconómico.

OBJETIVOS

- 1.- Identificar la frecuencia de Cáncer Mamario y Estadio clínico en que se encuentra al hacerse el Diagnóstico en la población femenina de -rechobiente de la UMF; 21 del Valle de México.

- 2.- Identificar otro tipo de Patología mamaria en la misma población.

MATERIAL Y METODO

La investigación fue llevada a cabo con pacientes femeninas derechohabientes de la Unidad de Medicina Familiar 21 del Valle de México IMSS, que fueron enviadas al Servicio de Detección Cportuna del Cáncer de Mama (DOC Mama) del Hospital de Oncología de CMN IMSS, durante los años - 1982-1984. Requiriéndolo un tiempo para dicho estudio de 11 meses.

El Desarrollo del estudio se realizo en la siguiente forma:

- 1.- De la libreta de Control Central del Hospital de Oncología fueron - tomados los nombres de pacientes femeninas con patologia mamaria - que fueron enviadas de la UMF 21 al DOC de Mama.
- 2.- Del Archivo de la Unidad consulte la forma D.S.T. 001 para la localización del consultorio.
- 3.- Revisión de expedientes en UMF:21 y Hospital de Oncología.
- 4.- Para la evaluación de los resultados se utilizaron las medidas de - tendencia central en Bioestadísticas.

Lo anterior se efectuó con el fin de verificar el diagnóstico final; - la edad de las pacientes, y los factores de riesgo para las que se les diagnóstico cáncer de mama, estudios realizados, tratamiento y control posterior.

El motivo de envío fue por haberseles encontrado patologia mamaria.

Para efectuar una adecuada recolección de los datos de diseño una cedula de encuesta personal. Posteriormente se vaciaron los datos en una - forma de registro en general para con esto facilitar el analisis de los resultados.

La forma utilizada fue la siguiente:

CUESTIONARIO EN PACIENTES QUE FUERON ENVIADAS A DOC DE MAMA

Nombre: _____ No. Afiliación: _____

Domicilio _____ Telefono: _____

Edad: _____ Edo. Civil. _____

Antecedentes familiares de Cancer mamario NO SI Quién _____

Tipo de alimentación: _____

Menarca a los _____ años. Antes de los 13 NO SI.

Primer Embarazo a los _____. Despues de los 30 NO SI.

Gestas _____ Anticonceptivos Hormonales NO SI.

Quistes mamaros NO SI.

MENOPAUSIA a los _____ años. Despues de los 45 NO SI.

Hormonales Post-Menopausia NO SI

Lactancia----- NO SI a todos--- NO SI Por cuanto tiempo _____

Embarazo actual ----- NO SI.

Existe radiación previa de mamas NO SI. Obesidad NO SI Grado _____

MOTIVO DE CONSULTA _____

DX. ENVIÓ: _____

DX. EN DOC DE MAMA (ONCOLOGIA) _____

ESTUDIOS QUE SE LE EFECTUARON Y RESULTADOS DE ESTOS _____

TRATAMIENTO _____

SEGUIMIENTO _____

RESULTADOS

El total de pacientes enviadas de la Unidad de Medicina familiar 21 al Hospital de Oncología del CMN en el período de Julio de 1982 a Junio de 1984 fue de 634 siendo atendidas de Primera vez en Detección Oportuna de Cáncer de Mama (DOC Mama) 291 (45%) mujeres; el resto 343 (55%) fueron atendidas en otros servicios de dicho Hospital ó regresadas a su Unidad de origen.

Los datos fueron obtenidos de la libreta de Control Central en el Hospital de Oncología ya que en la Unidad de Medicina Familiar no se lleva ninguna relación sobre los pacientes enviados a otras Unidades de Apoyo.

CUADRO 1

MUJERES ENVIADAS AL SERVICIO DOC DE MAMA DEL
HOSPITAL DE ONCOLOGIA DURANTE 1982-1984

MUJERES ENVIADAS	291	100%
LOCALIZADAS	130	45
NO LOCALIZADAS	161	55

FUENTE: ARCHIVO DE ONCOLOGIA, ARCHIVO DE DOC DE MAMA
CONSULTORIOS DE LA U.M.F.; 21

De las 291 pacientes enviadas sólo se encontraron con Diagnóstico 130 - (45%); de las 191 restantes no se obtuvo ninguna información ya que no se encontró el expediente o no existía anotación alguna sobre patología mamaria. Las causas probables que explican la falla de localización del expediente son:

- A. El haber existido un expediente viajero
- B. Que algunas pacientes acudieron como espontáneas directamente al servicio DOC de mama

CUADRO 2

DIAGNOSTICOS ESTABLECIDOS EN LAS PACIENTES ENVIADAS AL SERVICIO
DOC DE MAMA DEL HOSPITAL DE ONCOLOGIA CMN

DIAGNOSTICO	NUMERO	PORCENTAJE
CANCER	20	15%
OTRA PATOLOGIA TUMORAL	20	15
PATOLOGIA NO TUMORAL	90	70
T O T A L	130	100%

FUENTE: EXPEDIENTES INVESTIGADOS

Esta tabla nos muestra la prevalencia de la patologia no tumoral con un porcentaje del 70%, y la patologia tumoral con 30% siendo la mitad, casos de Cáncer de Mama y el resto otros tumores diversos.

CUADRO 3

DIAGNOSTICOS ESTABLECIDOS EN LAS PACIENTES ENVIADAS AL SERVICIO

DOC DE MAMA DE LA UMF: 21 DURANTE 1982-1984

DIAGNOSTICO	NUMERO	PORCENTAJE
CANCER DE MAMA	20	15.0%
MASTOPATIA FIBROQUISTICA (MFQ)	74	57.0
MFQ Y FIBROADENOMA	7	5.0
FIBROADENOMA	8	6.0
ECTASIA DUCTAL	6	5.0
QUISTE	4	3.0
PAPILOMATOSIS	3	2.0
ABSCESO	3	2.0
LIPOMA	2	1.5
GALACTORREA	1	0.7
ECZEMA DEL PEZON	1	0.7
SANGRADO POR EXPRESION DE LA MAMA	1	0.7
T O T A L	130	100.0%

FUENTE: EXPEDIENTES INVESTIGADOS

Como se observa la patologia que más predominó fue la Mastopatia Fibroquística y en segundo lugar el Cáncer de Mama seguido de el Fibroadenoma.

CUADRO 4

PACIENTES FEMENINAS CON PATOLOGIA TUMORAL

DIAGNOSTICO	NUMERO	PORCENTAJE
CANCER	20	50.0%
FIBROADENOMA	15	37.5
PAPILOMATOSIS	3	7.5
LIPOMA	2	5.0
T O T A L	40	100.00%

FUENTE:

EXPEDIENTES INVESTIGADOS

En este cuadro se presentan los casos con patologia tumoral y su composi-
 ción porcentual, predominando el Cáncer de Mama con un 50%, seguido del -
 Fibroadenoma con un 37.5% y posteriormente de la Papilomatosis con 7.5%; -
 los casos de Lipoma sólo representan el 5%

CUADRO 5

NUMERO DE CASOS Y ESTADIOS EN QUE SE DIAGNOSTICO EL
CANCER DE MAMA

CANCER DE MAMA	NUMERO	PORCENTAJE
ESTADIO I	2	10%
ESTADIO II	7	35
ESTADIO III	8	40
ESTADIO IV	3	15
T O T A L	20	100%

FUENTE: EXPEDIENTES INVESTIGADOS

De los 20 casos de Cáncer Mamario el mayor número se encontraba en esta -
dios clínicos II y III (75%). Lo que refleja el estado de avance de la en -
fermedad cuando es diagnosticada (un caso en etapa I fue diagnosticado -
por accidente ya que fue posterior a un traumatismo).

CUADRO 6

NUMERO DE PACIENTES FEMENINAS POR GRUPOS DE EDAD QUE FUERON ENVIADAS A
DOC DE MAMA POR PATOLOGIA MAMARIA

GRUPO DE EDAD	NUMERO	PORCENTAJE
15 - 24	8	6%
25 - 44	77	59
45 - 64	41	31
65 y Más	4	3
T O T A L	130	100%

FUENTE:

EXPEDIENTES INVESTIGADOS

La Media (\bar{X}) en edad de las pacientes femeninas con patología mamaria fue de 40.5 . El Grupo de edad que más casos registró fue el de 25 - 44 con - un 59% seguido del grupo de 45 - 64 con un 31%

CUADRO 7

NUMERO DE PACIENTES FEMENINAS POR GRUPOS DE EDAD CON CANCER DE
MAMA DIAGNOSTICADO DE 1982-1984

GRUPOS DE EDAD	NUMERO	PORCENTAJE
25 - 34	2	10%
35 - 44	6	30
45 - 54	7	35
55 - 64	3	15
65 y Más	2	10
T O T A L	20	100%

FUENTE: EXPEDIENTES INVESTIGADOS

Por Grupos de edad el que más casos registró fue el de 45 - 54 con el 35% seguido del de 35 - 44 años con 20%

$$\text{EIDADES: } 32 + 33 + 35 + 38 + 41 + 42 + \underline{43} + \underline{43} + 45 + 50 + \underline{51} + \underline{51} + \underline{52} + \underline{52} + 53 + 58 + 61 + 62 + 84 + 87 = 1\ 013$$

$$\text{MEDIA} = \bar{X} = \frac{\sum X}{N} = \frac{1\ 013}{20} = 50.6$$

X = Observación del Fenómeno

N = Total de Observaciones

MEDIANA = 50.5

MODA = Trimodal (43, 51, 52)

En relación a la edad de las pacientes con Cáncer de Mama la Media (\bar{X}) fue de 50.65; la Mediana de 50.5; La Moda es Trimodal (43, 51, 52). Siendo estas las medidas de tendencia Central que se utilizan en Bioestadística.

CUADRO 8

FACTORES DE RIESGO PARA PACIENTES CON CANCER
DE MAMA

FACTOR DE RIESGO	PORCENTAJE
OBESIDAD	63%
NO LACTARON	42%
MENARCA TEMPRANA	30%
NULIPARAS	26%
USO DE ANTICONCEPTIVOS HORMONALES	24%
ANTECEDENTES DE CANCER MAMARIO FAMILIAR	5%

FUENTE: EXPEDIENTES INVESTIGADOS

El resto de factores de riesgo no se describe ya que la mayoría de expedientes no se encontraron esos datos.

La obesidad fue clasificada en grados tomando en cuenta la estatura menos 100, partiendo de dicho número más de 0-5 fue de Primer grado, de 6-10 segundo grado, 11-15 tercer grado y de 16 o más fue de cuarto grado.

El factor riesgo que más predominó fue la Obesidad, encontrándose en el 63% de las pacientes y posteriormente las que no lactaron encontrándose en el 42%. El resto de factores no fueron muy significativos.

Sobre la relación que existe entre el uso de Anticonceptivos Hormonales y Mastopatía Fibroquística se encontró en el presente estudio que el 53% de las pacientes tenían antecedentes de uso prolongado.

ANÁLISIS Y CONCLUSIONES:

El presente estudio se realizó en la Unidad de Medicina Familiar 21 del Valle de México de IMSS. Investigando los expedientes de las pacientes que habían sido enviadas a DOC de Mama con el objeto de saber cual es la frecuencia de la patología mamaria y su distribución por edad en especial los casos de Cáncer de Mama.

Obteniéndose como Análisis y Conclusiones lo siguiente:

- 1.- Del total de pacientes femeninas adscritas a médico familiar: 75,316 (1984) el 41% (31,001) son mujeres en edad de riesgo para el cáncer de Mama (de 30 años y más)
- 2.- El total de pacientes enviadas al Hospital de Oncología del CMN, fueron 634 siendo atendidas en DOC de Mama 291 (45%) lo que da un elevado porcentaje para dicho servicio.
- 3.- De los 291 sólo se encontraron con diagnóstico del Hospital de Oncología 130 (45%); de las restantes no se pudo obtener información encontrando como posibles causas: el uso del expediente viajero que motivó el extravío de expedientes y el que varias pacientes hayan acudido en forma espontánea a dicho Hospital ya que si no ameritaban atención eran regresadas a la Clínica.
- 4.- La patología que predominó fue la Mastopatía Fibroquistica con 74 casos lo que es similar a otros estudios previos.

- 5.- Se diagnosticaron 20 casos de cáncer mamario (15%) de la patología ma-
maria en general; lo que demuestra una elevada Incidencia. Habiéndose
se detectado en estadios clínicos avanzados el 75% en etapas II y III.
- 6.- De la patología tumoral predominó el cáncer de Mama con un 50% de los
casos seguido del Fibroadenoma con un 37.5%.
- 7.- El promedio de edad demostrado por la Media (\bar{X}) fue de 40%. Por gru-
pos de edad el más afectado fue el de 35 a 39 años, existiendo rela-
ción con el resultado anterior.
- 8.- En el siguiente estudio se efectuaron las medidas de tendencia Cen-
tral para las pacientes diagnosticadas con cáncer de Mama encontrándo-
se una media (\bar{X}) de 50.6; Mediana de 50.5 siendo la Moda Trimodal. -
Por grupos de edad el que más casos registró fue el de 50 - 54 años -
con un 30%. Siendo congruentes los resultados.
- 9.- De los factores de riesgo el que se encontró en forma importante fue
la obesidad en 63% de las pacientes siendo esta de Segundo grado en -
adelante, el resto que se mencionan no fueron significativos ya que -
se encontraron en menos del 45%
- 10.- En este estudio se revisó también el uso de anticonceptivos hormona -
les y su relación con Mastopatía Fibroquistica encontrándose que el -
53% de las pacientes tenían antecedentes de uso.

ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA

RECOMENDACIONES:

Como resultado de la investigación realizada se sugieren las siguientes -
recomendaciones.

- I. Que el médico familiar participe en forma más activa en la detección oportuna de la patología mamaria, con una adecuada exploración de la glándula, tomando en cuenta que cualquier tumoración en pacientes de 30 años o mas habra que descartar un cáncer de Mama.
- II. Que la Mastopatia Fibroquistica es considerada una lesion premaligna que amerita control periódico y envío al servicio DOC de Mama del Hospital de Oncologia sobre todo si existen otros factores de riesgo.
- III. Educar a las pacientes y orientarlas en la autoexploración para que ellas mismas se la realicen mensualmente y ante cualquier sospecha acudan de inmediato a consulta.
- IV. Que se lleve un control mas adecuado de las pacientes que son enviadas a otras unidades. Ya que con esto se facilitarían los estudios de investigación.
- V. Se considera conveniente implementar en la unidad el programa de Detección Oportuna de Cáncer Mamario, el cual fue programado por la jefatura de servicios de Medicina Preventiva en el Departamento de Control de Enfermedades Crónicas y Degenerativas para ser aplicado a mujeres de 30 años y más.

La aplicación del cuestionario y el examen de la glándula mamaria puede ser realizado por la enfermera previamente adiestrada en el momento de realizar la toma para detección de cáncer cervicouterino (DOC) y en caso de encontrar sospecha enviar al Hospital de Oncología.

Con lo que se lograría una detección temprana de lesiones malignas y pre-malignas y ofrecerles una mejor recuperación clínica a las pacientes.

B I B L I O G R A F I A

- 1.- A.M.H.G.O. N° 3 IMSS. Ginecología y Obstreticia.
México, D.F. Francisco Méndez Oteo, 1983: 788-94
- 2.- Camacho FV, Ramírez UM. Neoplasias-Mamarias. Anales del Hospital de -
Jesús 1978; 10: 9-14
- 3.- Blancarte JR. Hechos Teorías e Hipótesis en la Epidemiología del Cán-
cer Mamario. Salud Pública Mex 1977; 19: 7-11
- 4.- Bland KI. Analisis of Breast Cáncer Screening in Women Younger than -
50 years. JAMA 1981; 245: 1037-42
- 5.- Compendio de Estadísticas Vitales 1977. Unidad Informática S.S.A. 1979
- 6.- Foster RS. Breast Self examination practice and breast Cáncer stage.
N. Engl J Med 1978; 299: 265-70
- 7.- Fox MS. On the diagnosis and treatment of breast cáncer JAMA 1979; 24:
489-94
- 8.- Garrido CM, Juárez VP. Epidemiología del cáncer mamario estudio en -
cuatro Clínicas del Instituto Mexicano del Seguro Social. Bol. Of --
Sanit Panam 1983; 95: 516-22

- 9.- Greenwald P. Estimated effect of breast self examination on breast - cancer mortality. N. Engl J 1978; 299: 271-73
- 10.- Instituto Mexicano del Seguro Social. Boletín Estadístico Anual sobre defunciones en población usuaria. Jefatura de Servicios de Medicina - Preventiva, México, D.F. 1980
- 11.- Instituto Mexicano del Seguro Social. Estadística de Salud en la Po - blación Amparada por el IMSS 1976. Jefatura de Servicios de Medicina Preventiva. México, D.F. 1977
- 12.- John WB. Clunical Implications of risk factors for breast cáncer. Cán - cer 1984; 53: 589-91
- 13.- Maggie W. Reaction to a diagnosis of breast cáncer. Cáncer 1984; 53: 2008-12
- 14.- Miller AB. An overview of hormons associated cancers. Cáncer Res 1978; 38: 3985-90
- 15.- Noriaki O. Possible Cancerous Change of Intraductal papillomas of the breast. Cáncer 1984; 54: 605-11

16.- Sánchez BC. Diagnóstico oportuno del cáncer de mama. Rev.Med del IMSS
1970: 69-74

17.- Stanley LR. Glándula mamaria. EN Stanley LR. patologic basis of di -
sease. México, D.F.: Interamericana S.A. de C.V., 1984; 1210-38