

11226
2ej
210



**UNIVERSIDAD NACIONAL
AUTONOMA DE MEXICO**

**FACULTAD DE MEDICINA
DEPARTAMENTO DE POSTGRADO
I. M. S. S.**



**“FACTORES ASOCIADOS CON EL CANCER DE MAMA
Y OPORTUNIDAD DE SU DIAGNOSTICO”**

T E S I S

Que para obtener la Especialidad de:
MEDICINA FAMILIAR
Presenta el

DR. JORGE OCHOA REAL

Cd. Obregón, Sonora

Enero de 1985

**TESIS CON
FALLA DE ORIGINAL**



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 está 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.

INDICE

<u>CONTENIDO</u>	<u>PÁG.</u>
I RESUMEN	1
II INTRODUCCION Y JUSTIFICACION	3
III MARCO TEORICO.	5
IV PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	11
V OBJETIVOS.	11
VI HIPOTESIS.	12
VII MATERIAL Y METODOS	13
VIII RESULTADOS Y DISCUSION	17
IX CONCLUSIONES	52
X BIBLIOGRAFIA	55
XI ANEXOS	57

I RESUMEN

ENCUESTAMOS EN FORMA RETROSPECTIVA LOS EXPEDIENTES DE PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE CÁNCER DE MAMA, REALIZADO POR ESTUDIO HISTOPATOLÓGICO, CAPTADAS EN UN PERÍODO DE CUATRO AÑOS, CON EL FIN DE ESTABLECER LOS FACTORES DE RIESGO PARA DICHO PADECIMIENTO.

OBSERVAMOS QUE LOS FACTORES QUE SE ASOCIAN A LA NEOPLASIA, SON LOS MISMOS ESTABLECIDOS UNIVERSALMENTE; ES DECIR, QUE SE PRESENTA EN MUJERES DE 30 AÑOS EN ADELANTE, CON ANTECEDENTES ONCOLÓGICOS FAMILIARES, MENARCA TEMPRANA, NÚBILES, O CON INICIO TARDÍO DE VIDA SEXUAL, CON POCAS O NULA GESTACIÓN, LACTANCIA NULA O IRREGULAR A SUS HIJOS Y LA PRESENCIA DE TUMORACIÓN NO DOLOROSA EN CUADRANTES SUPEROEXTERNOS (CON MAYOR FRECUENCIA), DE LAS GLÁNDULAS MAMARIAS.

DETERMINAMOS LA ETAPA CLÍNICA MÁS FRECUENTE AL REALIZAR EL DIAGNÓSTICO, CORROBORANDO QUE SE REALIZA EN FORMA INOPORTUNA, SIENDO LA MÁS FRECUENTE LA ETAPA III CON UN 65% DE CASOS.

EN FORMA PROSPECTIVA INTERROGAMOS DIRECTAMENTE A LAS PACIENTES MANEJADAS EN CONSULTA EXTERNA DE ONCOLOGÍA, CON DIAGNÓSTICO HISTOPATOLÓGICO DE CÁNCER DE MAMA, EN UN PERÍODO DE CINCO MESES, CON EL OBJETO DE IDENTIFICAR LOS FACTORES --

QUE INTERVIENEN EN EL RETRASO DEL DIAGNÓSTICO DEFINITIVO. - OBSERVAMOS QUE LA FALTA DE INFORMACIÓN DE NUESTRA POBLACIÓN ACERCA DEL PADECIMIENTO, LA BÚSQUEDA TARDÍA DE ATENCIÓN MÉDICA, Y LA ATENCIÓN MÉDICA DEFICIENTE, SON LOS PRINCIPALES FACTORES QUE RETRASAN EL DIAGNÓSTICO OPORTUNO DE LA ENFERMEDAD; Y CONSECUENTEMENTE EMPEORAN EL PRONÓSTICO DE LAS PACIENTES.

LOS PORCENTAJES OBTENIDOS NO SÓLO SON ESTADÍSTICAMENTE SIGNIFICATIVOS, SINO ALARMANTES; LO CUAL EXIGE UNA REESTRUCTURACIÓN DE LOS PROGRAMAS DE DETECCIÓN OPORTUNA CA. DE MAMA, CON CARÁCTER PRIORITARIO A NIVEL NACIONAL.

II INTRODUCCION Y JUSTIFICACION

EL CARCINOMA DE MAMA ES LA FORMA MÁS FRECUENTE DE CÁNCER EN LA MUJER DE E.U. DE NORTEAMÉRICA. ES LA PRINCIPAL CAUSA DE MUERTE ENTRE LAS MUJERES DE 40 A 44 AÑOS DE EDAD Y UNA DE LAS MÁS FRECUENTES ENTRE LAS MUJERES DESDE LOS 30 AÑOS EN ADELANTE. EN NUESTRO MEDIO LA INCIDENCIA DE ESTA NEOPLASIA ES MUY ALTA Y OCUPA EL TERCER LUGAR EN FRECUENCIA. 1, 2/

ES INDUDABLE QUE REPRESENTA UN PROBLEMA DE SALUD PÚBLICA EN MUCHAS SOCIEDADES INCLUYENDO A LA MEXICANA.

LA ETAPA CLÍNICA EN QUE SE REALICE EL DIAGNÓSTICO DE LA NEOPLASIA, ES UN FACTOR DETERMINANTE PARA LA SUPERVIVENCIA DE LAS PACIENTES AFECTADAS POR DICHO PADECIMIENTO. 3/ POR ESTE MOTIVO, EN LAS ÚLTIMAS DÉCADAS SE HAN REALIZADO CAMPAÑAS PARA LA DETECCIÓN TEMPRANA DEL CÁNCER DE MAMA, INCLUSO UTILIZANDO MÉTODOS DE DETECCIÓN TEMPRANA EN GRAN ESCALA, ("SCREENING"). 4/

SE HAN REALIZADO ESTUDIOS COMPARATIVOS ENTRE EL VALOR DIAGNÓSTICO DEL EXAMEN CLÍNICO Y EL RADIOLÓGICO, EN PACIENTES CON CARCINOMA DE MAMA, CONCLUYENDO QUE LA MAMOGRAFÍA SOLAMENTE SUPERÓ SIGNIFICATIVAMENTE AL EXAMEN CLÍNICO, EN AQUELLAS PACIENTES MAYORES DE 50 AÑOS, EN LAS CUALES LA NEOPLASIA NO

ERA DETECTABLE A LA EXPLORACIÓN FÍSICA, DETERMINANDO QUE NO HAY JUSTIFICACIÓN CONVINCENTE PARA UTILIZAR SISTEMÁTICAMENTE LA MAMOGRAFÍA EN MUJERES MENORES DE 50 AÑOS DE EDAD. 5/

SIGUE SIENDO ENTONCES, LA SELECCIÓN ADECUADA DE LA -- POBLACIÓN CON FACTORES DE RIESGO ELEVADO Y EL EXAMEN CLÍNICO LOS MÉTODOS DE DETECCIÓN MASIVA MÁS EFICACES PARA EL DIAGNÓSTICO OPORTUNO DEL CÁNCER DE LA GLÁNDULA MAMARIA.

ES POR ESO QUE SE REQUIERE DETERMINAR, CUÁL ES LA PREVALENCIA POR EDADES, FACTORES DE RIESGO Y LA ETAPA CLÍNICA - AL REALIZAR EL DIAGNÓSTICO EN NUESTRA POBLACIÓN, CON EL OBJETO DE ESTRUCTURAR UN PROGRAMA CONTINUO DE DETECCIÓN MASIVA ADECUADO PARA NUESTRA POBLACIÓN. INFORME QUE DEBERÁ SER DEL CONOCIMIENTO DEL PÚBLICO EN GENERAL Y DEL MÉDICO FAMILIAR, - QUIEN ES EL DIRECTAMENTE RESPONSABLE DE CONSIDERAR EN SU POBLACIÓN DE ALTO RIESGO, EL DIAGNÓSTICO OPORTUNO DEL CÁNCER - DE LA MAMA. 6/

III MARCO TEORICO

1.- DEFINICIÓN Y FRECUENCIA.

EL CARCINOMA DE LA MAMA ES UN TUMOR MALIGNO, QUE AFECTA A DICHA GLÁNDULA CON UNA FRECUENCIA VARIABLE PARA DIVERSOS PAÍSES, QUE VA DEL 1 AL 6% PARA LA POBLACIÓN FEMENINA TOTAL. SE PRESENTA EN EL HOMBRE CON UNA FRECUENCIA DE UN CASO POR CADA 100 MUJERES QUE LO PADECEN. ^{7/}

2.- ETIOLOGÍA Y PATOGENIA.

SU ETIOLOGÍA ES AÚN DESCONOCIDA, PERO SE ASOCIA A DIFERENTES FACTORES COMO SON:

GENÉTICOS.- "EL PELIGRO DE CÁNCER MAMARIO EN MUJERES CON ANTECEDENTES FAMILIARES DE LA ENFERMEDAD, ES APROXIMADAMENTE EL DOBLE O EL TRIPLE QUE EN GRUPOS TESTIGO. SE DESCONOCE EL MECANISMO DE TRANSMISIÓN DE LA PREDISPOSICIÓN GENÉTICA, PERO SE SUPONE QUE SEA MULTIFACTORIAL O POLIGÉNICO". ^{6/}

HORMONALES.- "LA ACTIVIDAD ESTROGÉNICA NO ANTAGONIZADA EN UN LAPSO DURADERO DE VIDA REPRODUCTORA, SE CONSIDERA MUY IMPORTANTE EN LA GÉNESIS DEL CÁNCER MAMARIO". ^{8/}

VIRALES.- "DIVERSAS OBSERVACIONES LLEVARON CERCA DE ESTABLE-

CER UN VIRUS DE TUMOR MAMARIO HUMANO. EN MUESTRAS DE LECHE DE MUJERES DE UNA COMUNIDAD PARSIS ENDOGÁMICA, SE HAN IDENTIFICADO PARTÍCULAS COMO VIRUS (TIPO B), SEMEJANTES O IDÉNTICAS A LAS QUE SE APRECIAN EN TUMORES MAMARIOS EN LA RATONA. EN ESTAS MUJERES HAY UNA FRECUENCIA EXTRAORDINARIAMENTE ELEVADA DE CÁNCER MAMARIO; 39% DE LAS MUESTRAS DE LECHE OBTENIDAS DE ESTAS MUJERES PARSIS PRESENTABAN LAS PARTÍCULAS MENCIONADAS, AL IGUAL QUE 31% DE LAS MUESTRAS DE LECHE OBTENIDAS DE MUJERES ESTADOUNIDENSES DE FAMILIAS DE ALTO RIESGO", 9/

3.- CLASIFICACIÓN MORFOLÓGICA Y TOPOGRÁFICA.

CÁNCER QUE NACE EN LOS LOBULILLOS MAMARIOS:

- A) NO INFILTRANTE - CARCINOMA LOBULAR IN SITU.
- B) INFILTRANTE - CARCINOMA LOBULAR.

CÁNCER QUE NACE EN LOS CONDUCTOS MAMARIOS:

- A) NO INFILTRANTE - CARCINOMA INTRACANALICULAR.
- B) INFILTRANTE:

- 1.- CARCINOMA ESCIRROSO FIBROPLÁSTICO.
- 2.- CARCINOMA MEDULAR.
- 3.- CARCINOMA COLOIDE O MUCOSO.
- 4.- ENFERMEDAD DE PAGET (CARCINOMA CANALICULAR QUE SE PROPAGA A LA PIEL). 10/

EN LOS CARCINOMAS MAMARIOS LO SUFICIENTEMENTE PEQUE-

ÑOS PARA PODER IDENTIFICAR LAS ÁREAS GENERALES DE ORIGEN, --
APROXIMADAMENTE 50% NACEN EN EL CUADRANTE SUPEROEXTERNO, --
10% EN CADA UNO DE LOS DEMÁS CUADRANTES Y APROXIMADAMENTE --
20% EN LA REGIÓN CENTRAL O SUBAREOLAR.

LA CLASIFICACIÓN DE LA MAGNITUD Y LA PROPAGACIÓN DE --
LA NEOPLASIA EMPLEA LA NOMENCLATURA TNM DE LA SIGUIENTE --
MANERA:

- T1: TUMOR DE MENOS DE 2 CM. DE DIÁMETRO, SIN FIJACIÓN DE LA PIEL.
- T2: TUMOR DE 2 A 5 CM. DE DIÁMETRO, CON INFILTRACIÓN O ÚLCERA DE PIEL, SIN FIJACIÓN PECTORAL.
- T3: TUMOR DE 5 A 10 CM. DE DIÁMETRO, INFILTRANTE O ULCERADO, CON FIJACIÓN PECTORAL.
- T4: TUMOR MAYOR DE 10 CM. DE DIÁMETRO, ATAQUE A LA PIEL QUE NO EXCEDE DE LA MAMA, CON FIJACIÓN A LA PARED TORÁCICA.
- N0: NO HAY ATAQUE GANGLIONAR.
- N1: HAY ATAQUE GANGLIONAR AXILAR, PERO SON MÓVILES.
- N2: GANGLIOS AXILARES FIJOS.
- N3: GANGLIOS SUPRACLAVICULARES, EDEMA DEL BRAZO.
- M1: PRESENCIA DE METÁSTASIS, QUE INCLUYEN ATAQUE DE LA PIEL MÁS ALLÁ DE LA MAMA Y GANGLIOS DEL LADO CONTRALATERAL.

CON LOS DATOS ANTERIORES, LOS ESTUDIOS CLÍNICOS DEL --
CARCINOMA DE LA MAMA, SE DEFINEN COMO SIGUE:

ETAPA CLÍNICA I			ETAPA CLÍNICA II			ETAPA CLÍNICA III			ETAPA CLÍNICA IV
T1	NO	MO	T1	N1	MO	T1	N2-3	MO	CUALQUIER T - CON EVIDENCIA DE METÁSTASIS A DISTANCIA, (II)
T2	NO	MO	T2	N1	MO	T2	N2-3	MO	
						T3	NO-3	MO	
						T4	NO-3	MO	

4.- CUADRO CLÍNICO.

SE PRESENTA COMO UN NÓDULO O TUMOR PEQUEÑO, POR LO REGULAR INDOLORO, LOCALIZADO EN CUALQUIER CUADRANTE DE LA REGIÓN MAMARIA O EN EL CENTRO DE ÉSTA, PREFERENTEMENTE EN EL CUADRANTE SUPEROEXTERNO DE LA MAMA IZQUIERDA; EL CUAL PASA DESAPERCIBIDO AL PRINCIPIO DE LA ENFERMEDAD Y QUE ES ADVERTIDO ACCIDENTALMENTE POR PALPACIÓN DEBIDO A MASTALAGIA PREMENSUTRUAL O TRAUMÁTICA. EN ETAPAS MÁS TARDÍAS CURSA CON RETRACCIÓN DEL PEZÓN, EDEMA DE LA PIEL SUPRAYACENTE O ULCERACION, EN ALGUNOS CASOS EL CUADRO CLÍNICO SE COMPONE POR SINTOMATOLOGÍA METASTÁSICA AXILAR O SUPRACLAVICULAR.

ES IMPORTANTE HACER NOTAR QUE EL TUMOR ES INDOLORO EN UN PRINCIPIO Y ÉSTO HACE QUE LA PACIENTE Y EL MÉDICO NO LE PRESTEN IMPORTANCIA. 5/

5.- MÉTODOS DIAGNÓSTICOS.

COMO SE HABÍA MENCIONADO EN LA JUSTIFICACIÓN, EL AUTO-

EXAMEN Y EL EXAMEN CLÍNICO SISTEMATIZADO, SON LOS MÉTODOS --
DIAGNÓSTICOS EN GRAN ESCALA, LOS CUALES NO SON DE NINGUNA --
MANERA DEFINITIVOS. SE CUENTA CON LA MAMOGRAFÍA, LA XEROMA-
MOGRAFÍA Y LA TERMOGRAFÍA MAMARIA, QUE TAMPOCO HACEN EL DIAG-
NÓSTICO DEFINITIVO Y TIENEN INDICACIONES PRECISAS, ADEMÁS DE
SER ESTUDIOS ESPECIALIZADOS Y NO FÁCILMENTE ACCESIBLES.

LA BIOPSIA DE LA LESIÓN ES EL MÉTODO DEFINITIVO PARA
ESTABLECER EL DIAGNÓSTICO PRECISO. PUEDE EFECTUARSE POR AS-
PIRACIÓN O POR ESCISIÓN CON ESTUDIO TRANSOPERATORIO. 2/

6.- TRATAMIENTO.

EL ESQUEMA DE TRATAMIENTO SE REALIZA DE ACUERDO A LA
ETAPA CLÍNICA EN QUE SE ENCUENTRA EL TUMOR Y QUE INCLUYE CI-
RUGÍA (MASTECTOMÍA SIMPLE O RADICAL, CON SUS VARIANTES), RA-
DIOTERAPIA, QUIMOTERAPIA Y HORMONOTERAPIA, SEGÚN EL CASO Y -
LA INCLINACIÓN DEL ONCÓLOGO TRATANTE. 10/

7.- PRONÓSTICO.

EL PRONÓSTICO ES VARIABLE, DEPENDIENDO DE LA ETAPA -
CLÍNICA EN QUE SE REALICE EL DIAGNÓSTICO Y EL TRATAMIENTO.
ENTRE MÁS TEMPRANO SE HAGA EL DIAGNÓSTICO, MEJORES SERÁN --
LOS RESULTADOS Y LA SOBREVIDA DE LOS PACIENTES. SI SE DEJA
A SU HISTORIA NATURAL, EL PRONÓSTICO SERÁ FATAL EN UN TÉR--
MINO NO MAYOR DE TRES A CUATRO AÑOS.

EL 90% DE LAS PACIENTES TRATADAS TIENEN CINCO AÑOS - DE SOBREVIDA ASEGURADA, SI EL TUMOR MEDÍA MENOS DE DOS CM. - PERO SÓLO EL 30% LLEGAN A LOS CINCO AÑOS SI ERAN PORTADORAS DE TUMORES DE MÁS DE CINCO CM.

LA SUPERVIVENCIA DE LAS PACIENTES MASTECTOMIZADAS, -- TAMBIÉN ESTÁ EN RELACIÓN AL NÚMERO DE METÁSTASIS GANGLIONA-- RES AXILARES. CON GANGLIOS LINFÁTICOS NEGATIVOS, EL 80% DE LAS PACIENTES SOBREVIVEN DESPUÉS DE CINCO AÑOS; PERO CON LOS TRES NIVELES GANGLIONARES POSITIVOS, LA SOBREVIDA A CINCO -- AÑOS APENAS ALCANZA UN 25% . 11/

IV PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

¿CUÁLES SON LOS FACTORES DE ALTO RIESGO Y CUÁL ES LA OPORTUNIDAD DEL DIAGNÓSTICO EN EL CÁNCER DE LA MAMA EN NUESTRA POBLACIÓN?

V OBJETIVOS

- 1.- DETERMINAR LA FRECUENCIA DE FACTORES ASOCIADOS AL CÁNCER DE MAMA PARA JERARQUIZAR LOS "FACTORES DE RIESGO" EN NUESTRA POBLACIÓN.
- 2.- DETERMINAR LA PREVALENCIA DEL CÁNCER DE MAMA POR GRUPOS DE EDAD EN NUESTRO MEDIO.
- 3.- ENUMERAR LOS SIGNOS Y SÍNTOMAS INICIALES MÁS FRECUENTES DEL CÁNCER DE MAMA EN NUESTRA POBLACIÓN.
- 4.- ESTABLECER LA ETAPA CLÍNICA DE LA NEOPLASIA MÁS FRECUENTE AL REALIZAR EL DIAGNÓSTICO.
- 5.- IDENTIFICAR LOS FACTORES QUE INFLUYEN PARA QUE SE RETRASE EL DIAGNÓSTICO DEL CÁNCER DE MAMA EN NUESTRA POBLACIÓN.

VI HIPOTESIS

LA PRIMERA PARTE DEL ESTUDIO (INVESTIGACIÓN RETROSPECTIVA), ES DE CARÁCTER MERAMENTE DESCRIPTIVO; POR LO CUAL CARECE DE HIPÓTESIS.

PARA LA SEGUNDA PARTE DEL ESTUDIO (INVESTIGACIÓN PROSPECTIVA), LA HIPÓTESIS QUE FORMULAMOS ES LA SIGUIENTE:

EL DIAGNÓSTICO DE CÁNCER MAMARIO SE ESTÁ REALIZANDO EN ETAPAS AVANZADAS DE LA ENFERMEDAD, SIENDO DETERMINANTES LA FALTA DE INFORMACIÓN DE LAS PACIENTES ACERCA DE LA ENFERMEDAD, SU SINTOMATOLOGÍA Y SU GRAVEDAD; ASÍ COMO UN PERÍODO PROLONGADO ENTRE LA ATENCIÓN MÉDICA INICIAL Y EL DIAGNÓSTICO DEFINITIVO, DE LA NEOPLASIA.

VII MATERIAL Y METODOS

LA INVESTIGACIÓN COMPRENDE DOS PARTES; UN ESTUDIO RETROSPECTIVO Y OTRO PROSPECTIVO. EL PRIMERO ES UNA REVISIÓN DE EXPEDIENTES QUE COMPRENDE UN PERÍODO DE CUATRO AÑOS (DEL 1° DE ENERO DE 1980 AL 31 DE DICIEMBRE DE 1983), DE LOS CASOS DE CÁNCER MAMARIO CAPTADOS POR PRIMERA VEZ EN NUESTRO SERVICIO DE ONCOLOGÍA.

CABE CONSIDERAR QUE DICHO SERVICIO ES UN CENTRO DE CONCENTRACIÓN, PARA LAS REGIONES SUR DE SONORA Y NORTE Y CENTRO DE SINALOA; YA QUE CUENTA CON SERVICIO DE RADIOTERAPIA, EL CUAL ESTÁ UBICADO EN CD. OBREGÓN, SONORA, A POCOS KILÓMETROS DEL H. G. Z. No. 1 DEL I.M.S.S.

LOS EXPEDIENTES CLÍNICOS QUE SE SOMETIERON A LA INVESTIGACIÓN CUMPLIERON CON LOS SIGUIENTES REQUISITOS:

- 1.- DE PACIENTES CON DIAGNÓSTICO HISTOPATOLÓGICO DE CÁNCER MAMARIO.
- 2.- CAPTADOS POR PRIMERA VEZ DENTRO DEL PERÍODO SEÑALADO.

LAS VARIABLES QUE SE INVESTIGARON FUERON LAS SIGUIENTES:

- 1.- EDAD.

LA EDAD QUE ANOTAREMOS SERÁ AQUÉLLA EN LA FECHA DEL INICIO DE SINTOMATOLOGÍA, Y EN SU DEFECTO SI NO SE PRESENTÓ, AQUÉLLA CUANDO SE DETECTÓ LA NEOPLASIA.

2.- ANTECEDENTES FAMILIARES.

SE REGISTRÓ POSITIVO, EN AQUELLAS PACIENTES CON FAMILIARES CONSANGUÍNEOS CON PADECIMIENTOS ONCOLÓGICOS. NEGATIVO CUANDO NO SE PRESENTÓ.

3.- EDAD DE LA MENARCA.

SE REGISTRÓ COMO TEMPRANA, EN AQUELLAS PACIENTES QUE SE PRESENTÓ ANTES DE LOS 14 AÑOS DE EDAD, Y TARDÍA DE LOS 14 EN ADELANTE.

4.- NÚMERO DE EMBARAZOS.

SE TOMARON TRES GRUPOS: G:0 G:1 A 3 Y G:4 Ó MÁS.

5.- LACTANCIA AL SENO MATERNO A LOS HIJOS.

SE TOMARON TRES GRUPOS, CALIFICÁNDOLA: NULA, REGULAR; MÁS DE DOS HIJOS LACTADOS AL SENO, AMBAS GLÁNDULAS, POR NUEVE MESES O MÁS EN TOTAL. IRREGULAR, CUANDO CUALQUIERA DE LAS -- PREMISAS NO SE CUMPLIÓ.

6.- EDAD INICIO DE VIDA SEXUAL.

LA DIVIDIMOS EN TRES GRUPOS: MENOS DE 18 AÑOS, DE 18 A 20 Y DE MÁS DE 20 AÑOS DE EDAD.

7.- LOCALIZACIÓN DEL TUMOR, MAMA Y CUADRANTE.

SE REGISTRÓ DERECHA O IZQUIERDA. CUADRANTE EN CINCO PUNTOS:

SUPERIOR EXTERNO E INTERNO, INFERIOR EXTERNO E INTERNO; Y - POR ÚLTIMO SI SE LOCALIZA EN LA ZONA DEL PEZÓN O AREOLA.

8.- METÁSTASIS AL REALIZAR EL DIAGNÓSTICO.

SE DESIGNÓ PRESENTE O AUSENTE, ASÍ COMO AXILAR O A DISTANCIA.

9.- ETAPA CLÍNICA AL REALIZAR EL DIAGNÓSTICO.

LA REGISTRAMOS SEGÚN LA CLASIFICACIÓN TNM DE LA U. I. C. C. ETAPAS I, II, III Y IV RESPECTIVAMENTE.

LA SEGUNDA PARTE DEL ESTUDIO ES UNA INVESTIGACIÓN -- PROSPECTIVA, LA CUAL SE LLEVÓ A CABO EN LA CONSULTA EXTERNA DEL SERVICIO DE ONCOLOGÍA DURANTE UN PERÍODO DE CINCO MESES, COMPRENDIDO ENTRE EL 1º DE JULIO Y EL 31 DE NOVIEMBRE DE -- 1984, DIRIGIDO A LAS PACIENTES QUE ACUDEN A RECIBIR ATENCION Y TRATAMIENTO, CON DIAGNOSTICO HISTOPATOLÓGICO DE CÁNCER DE MAMA.

LAS VARIABLES QUE SE INVESTIGARON FUERON LAS SIGUIENTES:

- 1.- EDAD ACTUAL DE LA PACIENTE.
- 2.- NIVEL DE ESCOLARIDAD.
- 3.- SIGNOS Y SÍNTOMAS INICIALES.
- 4.- FECHA EN QUE INICIÓ CON SINTOMATOLOGÍA DEL PADECIMIENTO ACTUAL.
- 5.- SI TENÍA O NO CONOCIMIENTO ACERCA DEL CÁNCER DE MAMA.
- 6.- SI ESTABA ENTERADA O NO DE QUE DEBE REALIZARSE AUTOEXPLORACIÓN.
- 7.- SI HABÍA SIDO INSTRUÍDA PARA REALIZAR LA AUTOEXPLORACIÓN.
- 8.- SI ESTABA ENTERADA QUE AL DETECTAR TUMORACIÓN MAMARIA DEBERÍA SOLICITAR ATENCIÓN MÉDICA DE INMEDIATO.
- 9.- MENCIONAR FUENTES DE INFORMACIÓN EN CASO DE TENER CONOCIMIENTO.
- 10.- FECHA EN QUE ACUDIÓ A RECIBIR ATENCIÓN MÉDICA POR PRIMERA VEZ A CAUSA DEL PADECIMIENTO ACTUAL.
- 11.- FECHA EN QUE SE REALIZÓ EL DIAGNÓSTICO DE CERTEZA.

VIII RESULTADOS Y DISCUSION

ESTUDIO RETROSPECTIVO.

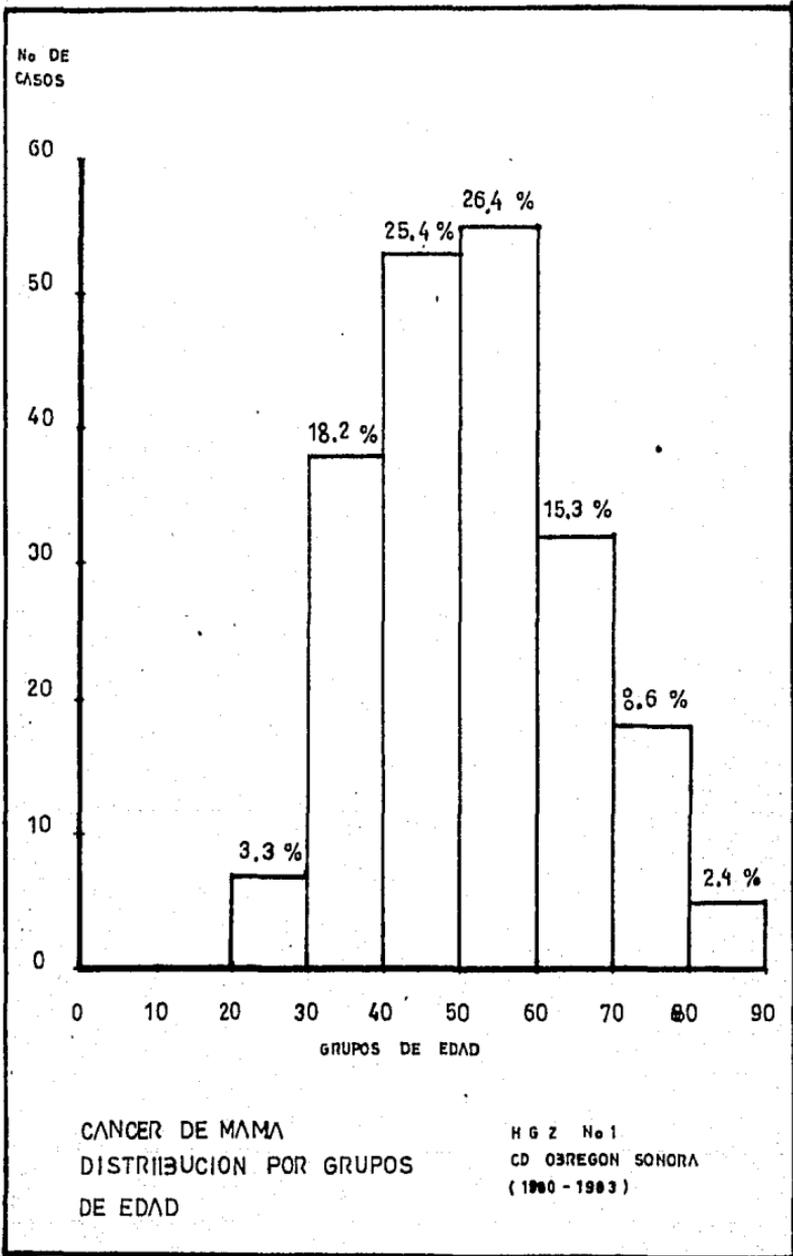
LA REVISIÓN DE LOS EXPEDIENTES DE LOS CASOS DE CA. DE MAMA CAPTADOS DURANTE EL PERÍODO COMPRENDIDO ENTRE ENERO DE 1980 A DICIEMBRE DE 1983, FUE UN TOTAL DE 208, LO QUE NOS DA UN PROMEDIO DE 52 CASOS POR AÑO, EN NUESTRO SERVICIO DE ONCOLOGÍA.

1.- DISTRIBUCIÓN POR GRUPOS DE EDAD. (GRÁFICA No. 1)

LA DISTRIBUCIÓN POR GRUPOS DE EDAD FUE COMO SE MUESTRA EN LA GRÁFICA No. 1 Y COMPRENDIÓ DESDE LA SEGUNDA DÉCADA DE LA VIDA HASTA LA OCTAVA; ALCANZANDO SU MÁXIMA FRECUENCIA EN EL GRUPO DE 50 A 60 AÑOS DE EDAD, CON UN 26.4%. LA MEDIA FUE DE 46.77, CON UNA DESVIACIÓN ESTÁNDAR DE 13.82.

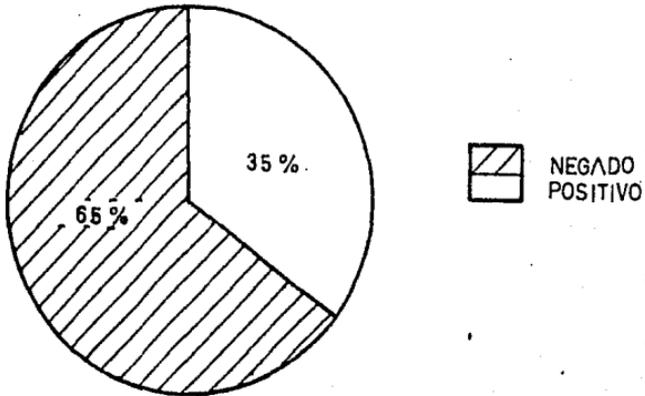
EL GRUPO DE 30 A 40 AÑOS DE EDAD ALCANZÓ UN 18.26%, LO CUAL ES ESTADÍSTICAMENTE SIGNIFICATIVO YA QUE EN OTROS REPORTES LA FRECUENCIA EN ESTE GRUPO DE EDAD ES MENOR. CONSIDERAMOS QUE LA EDAD COMO FACTOR DE RIESGO EN NUESTRO MEDIO ES DE 30 A 70 AÑOS DE EDAD.

2.- ANTECEDENTES ONCOLÓGICOS FAMILIARES. (GRÁFICA No. 2)

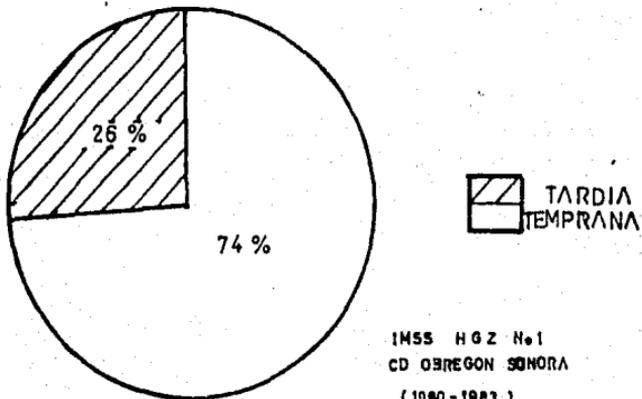


GRAFICA No. 1

ANTECEDENTES ONCOLOGICOS FAMILIARES
EN PACIENTES CON CANCER DE MAMA



EDAD DE LA MENARCA EN PACIENTES
CON CANCER DE MAMA



IMSS HGZ N.º 1
CD OREGON SONORA
(1980-1983)

EL ANTECEDENTE DE PADECIMIENTO ONCOLÓGICO EN FAMILIARES CONSANGUÍNEOS, RESULTÓ POSITIVO EN UN 35 % DE LAS PACIENTES Y NEGATIVO EN EL 65 % RESTANTE.

NO FUE POSIBLE RELACIONAR ESPECÍFICAMENTE ANTECEDENTES DE CA. DE MAMA, YA QUE LA INFORMACIÓN DE ESTE TIPO ERA INCONSTANTE EN LOS EXPEDIENTES CLÍNICOS.

CONSIDERAMOS COMO FACTOR DE RIESGO EL ANTECEDENTE DE CÁNCER EN FAMILIARES CONSANGUÍNEOS PARA LA NEOPLASIA EN NUESTRA POBLACIÓN.

3.- EDAD DE LA MENARCA. (GRÁFICA No. 3)

EL 74 % DE NUESTRAS PACIENTES TUVIERON UNA MENARCA -- TEMPRANA, ES DECIR, ANTES DE CUMPLIR LOS 14 AÑOS DE EDAD; LO CUAL ES CONCORDANTE CON LOS REPORTES DE OTROS PAÍSES.

DICHO RESULTADO APOYA LA TEORÍA HORMONAL PARA EL CA. DE MAMA, LA CUAL SE FUNDAMENTA EN QUE EL ESTÍMULO ESTROGÉNICO PROLONGADO, ASÍ COMO AUSENCIA DE ANTAGONISMO PROGESTÁGENO SON ESTÍMULOS CARCINÓGENOS EN TEJIDO MAMARIO SUSCEPTIBLE A DESARROLLAR LA NEOPLASIA. ÚNICAMENTE EL 26 % TUVIERON UNA MENARCA TARDÍA. POR LOS RESULTADOS OBTENIDOS, CONCLUÍMOS -- QUE LAS MUJERES CON UNA MENARCA ANTES DE LOS 14 AÑOS DE EDAD SON MÁS SUSCEPTIBLES DE PADECER LA NEOPLASIA.

4.- EDAD DE INICIO DE VIDA SEXUAL. (GRÁFICA No. 4)

RESPECTO A LA EDAD EN QUE INICIARON VIDA SEXUAL, OBSERVAMOS UNA FRECUENCIA DE 40% EN EL GRUPO DE 20 AÑOS Y MÁS DE EDAD; 28% ENTRE 18 Y 20 AÑOS; 24% ANTES DE LOS 18; Y EL 8% DE LAS PACIENTES ERAN NÚBILES. LOS DATOS QUE OBTUVIMOS COINCIDEN CON LO REPORTADO EN LA LITERATURA MÉDICA ONCOLÓGICA. POR LO TANTO, LAS MUJERES QUE NO HAN TENIDO VIDA SEXUAL O QUE LA INICIARON EN FORMA TARDÍA, ESTARÁN MÁS PREDISPUES--TAS A SUFRIR CÁNCER DE MAMA.

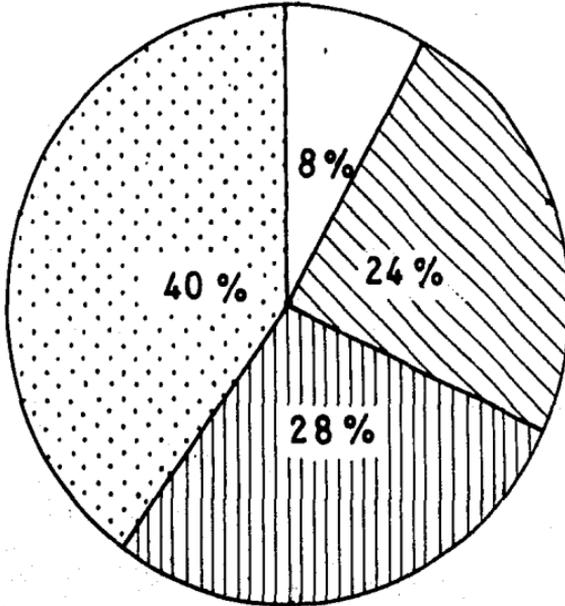
5.- NÚMERO DE GESTACIONES. (GRÁFICA No. 5)

EL 63% DE NUESTROS CASOS HABÍAN SIDO GESTANTES EN 4 O MÁS OCASIONES, EL 22% DE UNA A TRES; Y EL 15% ERAN NULIGESTAS. ESTE ÚLTIMO GRUPO ES ALTAMENTE REPRESENTATIVO, TOMANDO EN CUENTA QUE NUESTRO UNIVERSO ESTÁ FORMADO PRINCIPALMENTE POR MULTIGESTAS; DADAS LAS CARACTERÍSTICAS DE LA MUJER MEXICANA; POR LO QUE ASOCIAMOS QUE EL PADECIMIENTO SE PRE--SENTA CON CIERTA PREFERENCIA EN MUJERES NULIGESTAS.

6.- LACTANCIA A LOS HIJOS. (GRÁFICA No. 6)

OBSERVAMOS QUE LAS PACIENTES QUE HABÍAN LACTADO EN --FORMA IRREGULAR A SUS HIJOS, ALCANZARON UNA FRECUENCIA DEL -44%, QUIENES NO AMAMANTARON A SUS BEBÉS, UN 37%, CIFRA AL--TAMENTE SIGNIFICATIVA SI TOMAMOS EN CUENTA QUE NUESTRA POBLA

EDAD DE INICIO VIDA SEXUAL PACIENTES CANCER DE MAMA



NULA

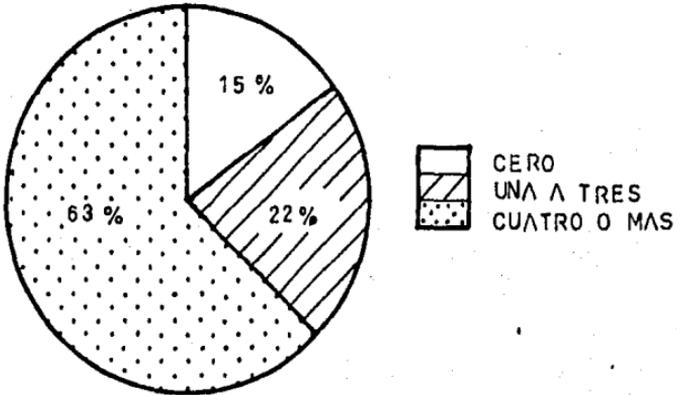
ANTES DE 18 AÑOS

18 A 20 AÑOS

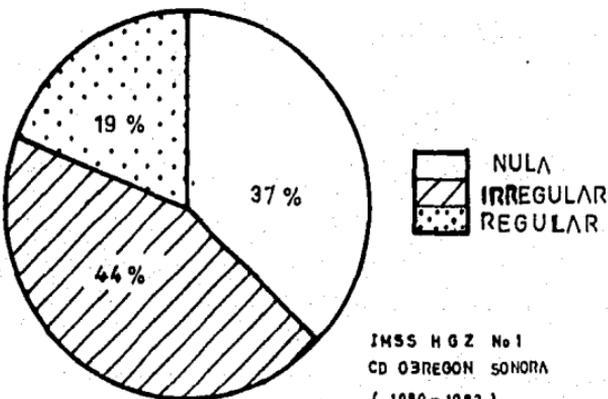
MAS DE 20

IMSS H O Z No 1
CD OREGON SONORA
(1980-1983)

NUMERO DE GESTACIONES
EN PACIENTES CON CANCER DE MAMA



LACTANCIA A LOS HIJOS
EN PACIENTES CON CANCER DE MAMA



IMSS H G Z No 1
CD OREGON SONORA
(1980 - 1983)

CIÓN SE CARACTERIZA POR MULTIPARIDAD Y LACTANCIA PROLONGADA A LOS HIJOS. LAS MUJERES QUE DIERON LACTANCIA EN FORMA REGULAR, SÓLO CONSTITUYERON EL 19%, LO QUE DEMUESTRA QUE LA LACTANCIA PROTEGE CONTRA EL PADECIMIENTO.

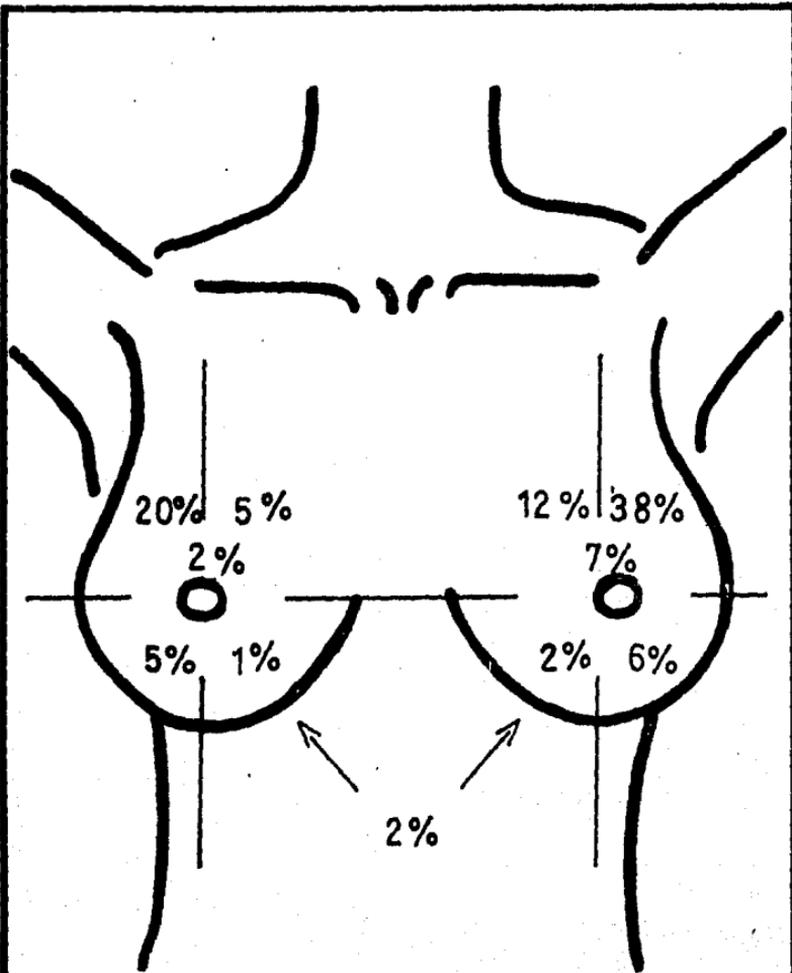
7.- LOCALIZACIÓN DE LA NEOPLASIA POR CUADRANTES. (GRÁFICA No. 7).

LOS CUADRANTES EN QUE SE PRESENTÓ LA NEOPLASIA EN FORMA MÁS FRECUENTE, FUERON LOS SUPERIORES EXTERNOS, CON 38% Y 20% PARA IZQUIERDO Y DERECHO RESPECTIVAMENTE, SIGUIÉNDOLES LOS SUPERIOINTERNOS CON 12 Y 5% RESPECTIVAMENTE, POSTERIORMENTE LOS INFEROEXTERNOS CON 6 Y 5% RESPECTIVAMENTE, SIGUIÉNDOLES LAS ZONAS DE LA AREOLA Y EL PEZÓN CON 7 Y 24; Y POR ÚLTIMO LOS INFERIOINTERNOS CON 2 Y 1%. LA NEOPLASIA SE PRESENTÓ EN FORMA BILATERAL EN EL 2% DE LOS CASOS.

NUESTRA DISTRIBUCIÓN TOPOGRÁFICA DEL TUMOR ES IDENTICA A OTROS REPORTES EN LA LITERATURA MÉDICA ONCOLÓGICA.

SE CONCLUYE DE LO ANTERIOR, QUE LA PACIENTE QUE PRESENTA TUMORACIÓN MAMARIA EN CUADRANTE SUPEROEXTERNO DE CUALQUIER MAMA, ESPECIALMENTE DE LA IZQUIERDA, Y QUE CUENTA CON OTROS FACTORES DE RIESGO, ESTAREMOS OBLIGADOS A PENSAR EN MALIGNIDAD HASTA NO DEMOSTRAR LO CONTRARIO.

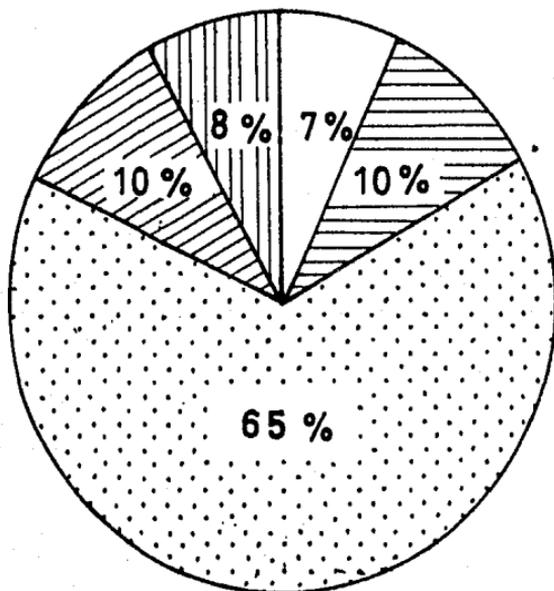
8.- ETAPA CLÍNICA AL REALIZAR EL DIAGNÓSTICO. (GRÁFICA No.8)



CANCER DE MAMA
LOCALIZACION

IMSS H G Z No 1
CD. OREGON SONORA
(1980-1983)

CANCER DE MAMA
ETAPA CLINICA AL DIAGNOSTICO



ETAPA I
ETAPA II
ETAPA III
ETAPA IV
NO CLASIFICABLE

IMSS HGZ No 1
CD OREGON SONORA
(1980 - 1983)

EL 65 % DE NUESTROS CASOS FUERON DIAGNOSTICADOS EN -- ETAPA III, LO QUE DEMUESTRA UN RETRASO EVIDENTE PARA INICIAR EL TRATAMIENTO, Y CONSECUENTEMENTE, UN MAL PRONÓSTICO PARA - NUESTRAS PACIENTES.

SOLAMENTE UN 7 % SE DETECTÓ EN ETAPA I, Y UN 10 % EN ETAPA II, SUMANDO 17 % EL TOTAL DE DIAGNÓSTICOS OPORTUNOS.

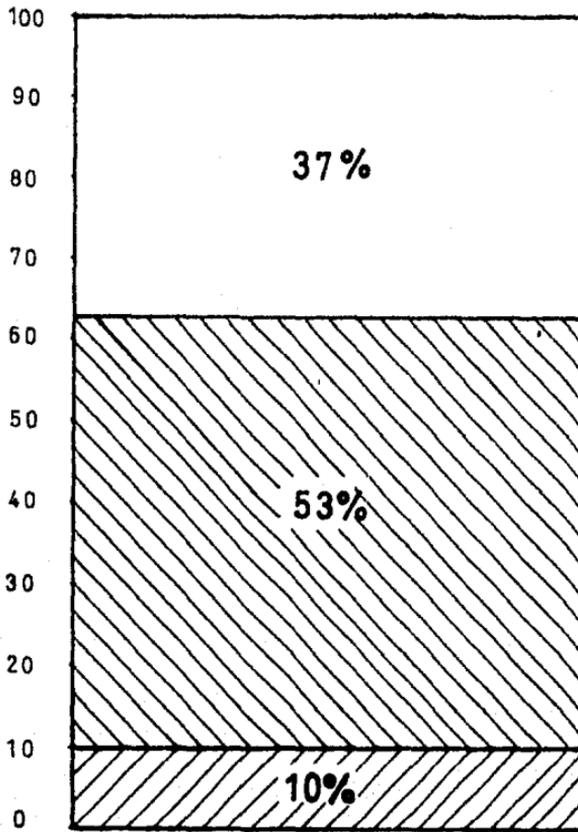
LA ETAPA IV ESTUVO CONSTITUIDA POR EL 10 % Y EL 8 % - FUERON CASOS NO CLASIFICABLES, LOS CUALES HABÍAN SIDO SOME-- TIDOS A INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA EN FORMA INADECUADA Y PARA - FINES DE PRONÓSTICO SE CONSIDERAN IGUAL QUE LOS CLASIFICADOS EN ETAPA IV.

9.- METÁSTASIS AXILARES Y A DISTANCIA AL REALIZAR EL DIAG-- NÓSTICO. (GRÁFICA No. 9)

EL 63 % DE LAS PACIENTES TENÍAN METÁSTASIS EN EL MO-- MENTO DE REALIZAR EL DIAGNÓSTICO; 53 % AXILARES Y 10 % METÁS-- TASIS A DISTANCIA, LO QUE CONFIRMA LA VARIABLE ANTERIOR. EL DIAGNÓSTICO DEFINITIVO DE LA NEOPLASIA SE ESTÁ EFECTUANDO -- TARDÍAMENTE.

SÓLO UN 37 % DE LOS CASOS NO TENÍAN METÁSTASIS; SIN - EMBARGO, ALGUNAS DE ELLAS ERAN PORTADORAS DE TUMOR MAYOR DE 5 CM. LO QUE HIZO QUE SE CLASIFICARAN FUERA DE DIAGNÓSTICO - OPORTUNO.

CANCER DE MAMA METASTASIS AL REALIZAR EL DX.



AUSENTES
AXILARES
A DISTANCIA

IMSS HGZ No 1
CD OREGON SONORA
(1980 - 1983)

GRAFICA No. 9

ESTUDIO PROSPECTIVO.

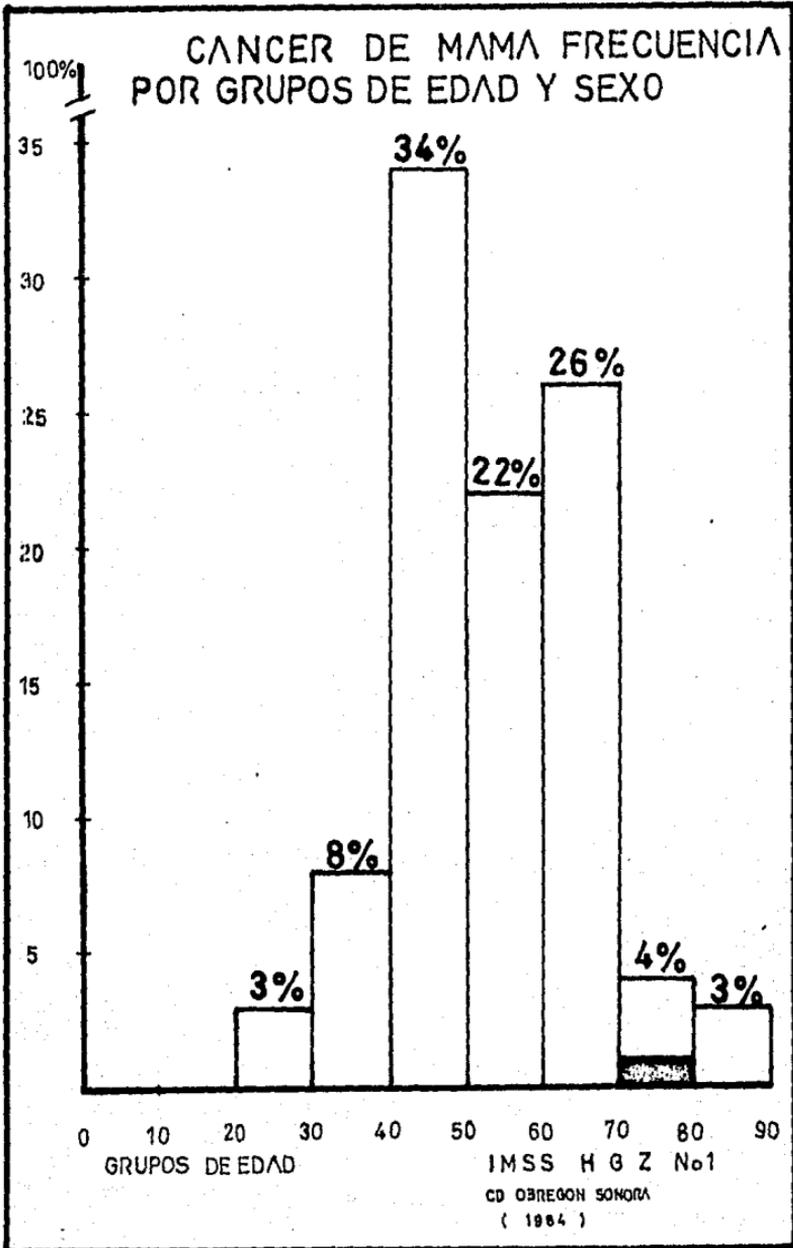
LA INVESTIGACIÓN SE LLEVÓ A CABO EN LA CONSULTA EXTERNA DE ONCOLOGÍA DEL HGZ No. 1, DEL IMSS EN CD. OBREGÓN, SONORA, DURANTE EL PERÍODO COMPRENDIDO ENTRE JULIO Y NOVIEMBRE DE 1984, CAPTANDO UN TOTAL DE 100 PACIENTES. SE INTERROGÓ DIRECTAMENTE A LAS ENFERMAS CON CA, DE MAMA DEMOSTRADO HISTOPATOLÓGICAMENTE RESPECTO A LAS SIGUIENTES VARIABLES, ENCONTRANDO LOS SIGUIENTES RESULTADOS RESPECTIVAMENTE.

1.- DISTRIBUCIÓN POR GRUPOS DE EDAD Y SEXO. (GRÁFICA No.10)

LA MAYOR FRECUENCIA SE PRESENTÓ EN EL GRUPO DE 40 A 50 AÑOS DE EDAD, CON UN 34%, SIGUIÉNDOLE EL GRUPO DE 60 A 70 AÑOS, CON UN 26% Y EL DE 50 A 60, CON UN 22%. EN LAS ETAPAS EXTREMAS DE LA VIDA, SE PRESENTÓ EN EL 3% PARA EL GRUPO DE 20 A 30 AÑOS, Y TAMBIÉN EL 3% PARA EL GRUPO DE 80 A 90 AÑOS DE EDAD.

COMO HALLAZGO, ENCONTRAMOS UN VARÓN EN EL GRUPO DE 70 A 80 AÑOS DE EDAD, LO CUAL CORRESPONDE CON LOS REPORTES CLÁSICOS DEL CA. DE MAMA, YA QUE LA FRECUENCIA ES DE UN CASO EN EL SEXO MASCULINO, POR CADA 100 DEL SEXO FEMENINO.

LOS DATOS ANTERIORES SOLAMENTE CONFIRMAN NUESTRO CRITERIO, PARA CONSIDERAR FACTOR DE RIESGO A LA POBLACIÓN COMPRENDIDA ENTRE LOS 30 Y 70 AÑOS DE EDAD.



GRAFICA No. 10

2.- NIVEL DE ESCOLARIDAD DE LAS PACIENTES. (GRÁFICA No.11)

ENCONTRAMOS UN BAJO NIVEL DE ESCOLARIDAD EN NUESTRAS PACIENTES, SIENDO EL 40% EL MÁS REPRESENTATIVO, CONSTITUIDO POR MUJERES CON PRIMARIA INCOMPLETA, SIGUIÉNDOLE EN FRECUENCIA ESCOLARIDAD NULA CON EL 29%, 21% PRIMARIA COMPLETA; 7% SECUNDARIA Y SÓLO EL 3% CON CARRERA TÉCNICA O PROFESIONAL.

LOS DATOS ENCONTRADOS RESPECTO A LA ESCOLARIDAD, NO SE PUEDEN INTERPRETAR EN EL SENTIDO DE QUE LA NEOPLASIA SE PRESENTE CON MAYOR FRECUENCIA EN LOS GRUPOS DE MENOR NIVEL CULTURAL, YA QUE SÓLO ES UNA MUESTRA REPRESENTATIVA DEL NIVEL DE PREPARACIÓN DE LA MUJER MEXICANA.

EL PADECIMIENTO NO GUARDA RELACIÓN CON NIVEL SOCIAL, CULTURAL NI ECONÓMICO DE LA POBLACIÓN, PERO SÍ JUEGA UN PAPEL IMPORTANTE EN CUANTO A SU PRONÓSTICO; DADAS LAS POSIBILIDADES DE ATENCIÓN OPORTUNA DE LOS GRUPOS PRIVILEGIADOS DE NUESTRA POBLACIÓN.

3.- INFORMACIÓN PREVIA ACERCA DEL PADECIMIENTO, AL INICIAR CON SINTOMATOLOGÍA. (GRÁFICAS 12 y 13).

ENCONTRAMOS QUE EL 34% DE LAS PACIENTES CARECÍAN DE INFORMACIÓN EN FORMA ABSOLUTA; ES DECIR, QUE NI SIQUIERA -- SABÍAN QUE EXISTÍA LA ENFERMEDAD, EL 66% TENÍAN EN GRADO -

100%

CANCER DE MAMA ESCOLARIDAD DE LAS PACIENTES

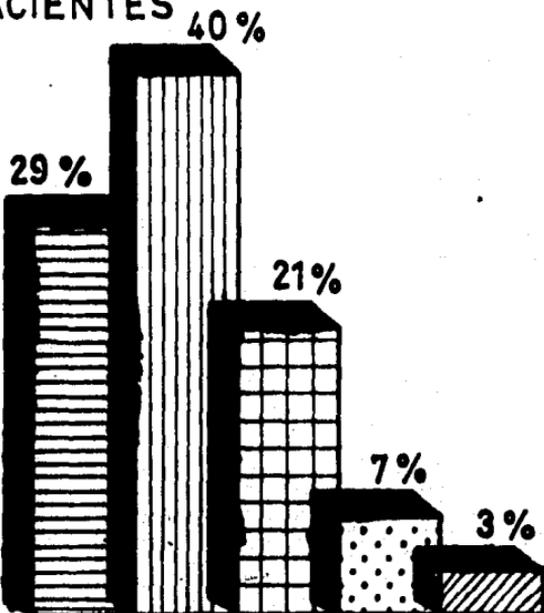
40

30

20

10

0



NULA

PRIMARIA INCOMPLETA

PRIMARIA COMPLETA

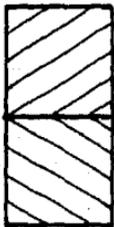
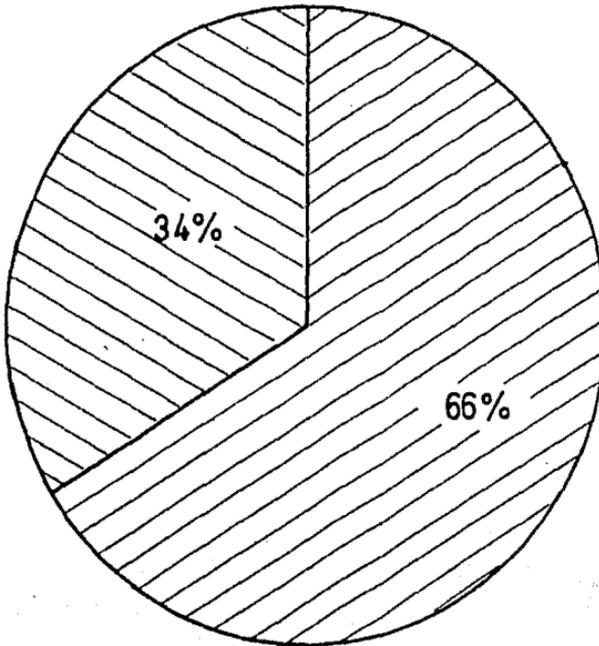
SECUNDARIA

TECNICO O PROFESIONAL

IMSS HGZ No1
CD. OREGON SONORA
(1994)

GRAFICA No. 11

CANCER DE MAMA
INFORMACION PREVIA DEL
PADECIMIENTO



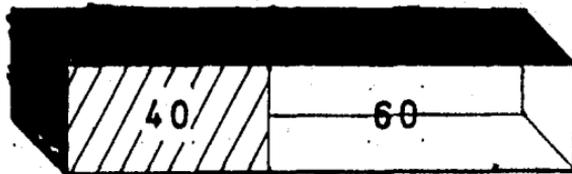
PACIENTES INFORMADAS

PACIENTES NO INFORMADAS

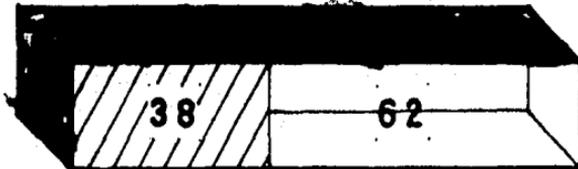
IMSS HGZ No1
CD OMBREGON SONORA (1984)

CANCER DE MAMA

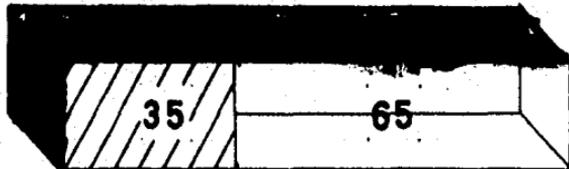
INFORMACION PREVIA DEL PADECIMIENTO



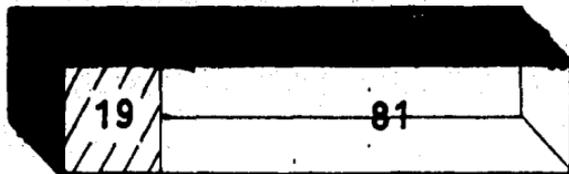
CONOCIAN SU EXISTENCIA Y GRAVEDAD



SABIAN QUE TUMOR = ATENCION MEDICA INMEDIATO



SABIAN QUE DEIBEN AUTOEXPLORARSE



ESTABAN INSTRUIDAS EN AUTOEXPLORACION

IMSS H02 No1
CD OREGON SONORA
(1984)

VARIABLE CONOCIMIENTO ACERCA DE LA NEOPLASIA.

PARA VALORAR EL GRADO DE INFORMACIÓN, DIVIDIMOS EL INTERROGATORIO EN CUATRO NIVELES, CADA UNO CON DIFERENTE GRADO DE DIFICULTAD PARA POSTERIORMENTE CORRELACIONARLO CON OTRA VARIABLE EN FUNCIÓN DEL PRONÓSTICO.

LOS RESULTADOS FUERON LOS SIGUIENTES:

A) PRIMER NIVEL.

UN 40% DE LAS ENFERMAS CONOCÍAN LA EXISTENCIA DEL PADECIMIENTO Y DE SU GRAVEDAD, ANTES DE INICIAR CON SINTOMATOLOGÍA. EL 60% RESTANTE NO.

B) SEGUNDO NIVEL.

EL 38% DE LAS PACIENTES SABÍAN QUE LA PRESENCIA DE UNA TUMORACIÓN MAMARIA REQUIERE ATENCIÓN MÉDICA DE INMEDIATO. EL 62% RESTANTE NO.

C) TERCER NIVEL.

EL 35% SABÍAN QUE TODA MUJER QUE SOBREPASE LOS 30 AÑOS DE EDAD, DEBE AUTOEXAMINARSE LAS MAMAS, EN BUSCA DE TUMORACIONES, EN FORMA PERIÓDICA. EL 65% RESTANTE NO.

D) CUARTO NIVEL.

UNICAMENTE EL 19% DE ELLAS, HABÍAN SIDO INSTRUÍDAS - PARA REALIZAR EL AUTOEXAMEN, ANTES DE SU PADECIMIENTO ACTUAL. EL 81% RESTANTE NO.

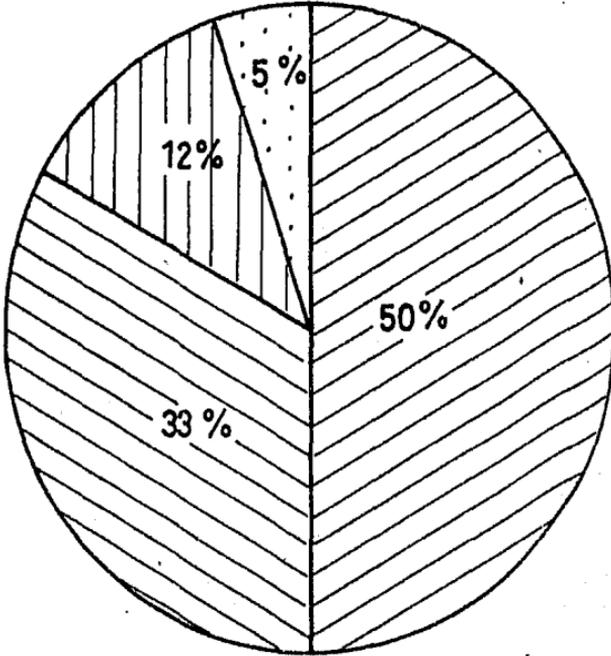
CON LOS DATOS ANTERIORES, CONFIRMAMOS QUE EXISTE UNA FALTA DE INFORMACIÓN ACERCA DEL PADECIMIENTO EN POBLACIÓN - SUSCEPTIBLE A LA ENFERMEDAD. SI TRANSPOLAMOS LOS RESULTADOS A LA POBLACIÓN GENERAL, ES MUY PROBABLE QUE LA IGNORANCIA ACERCA DEL CA. DE MAMA Y DE SU GRAVEDAD ALCANCE CIFRAS MUCHO MÁS ELEVADAS.

4.- ORIGEN DE LA INFORMACIÓN EN LAS PACIENTES CON CONOCIMIENTOS PREVIOS. (GRÁFICA No. 14)

INTERROGANDO A LAS PACIENTES QUE DE ALGUNA MANERA HABÍAN RECIBIDO INFORMACIÓN, ACERCA DEL ORIGEN DE ÉSTA, ENCONTRAMOS QUE EL 50% DE ELLAS LA HABÍAN OBTENIDO POR COMENTARIOS POPULARES; EL 33% LA RECIBIERON DE PERSONAL MÉDICO O - PARAMÉDICO DIRECTAMENTE; UN 12% POR MEDIOS DE COMUNICACIÓN MASIVA Y EL 5% RESTANTE PORQUE LA NEOPLASIA SE HABÍA PRESENTADO PREVIAMENTE EN ALGÚN FAMILIAR.

CON LO EXPRESADO ANTERIORMENTE, PODEMOS CONCLUIR QUE LA CALIDAD DE LA INFORMACIÓN ES MALA EN LA MAYORÍA DE LOS - CASOS; Y QUE POR LO TANTO NO BENEFICIA PARA OBTENER BÚSQUEDA DE ATENCIÓN TEMPRANA Y DIAGNÓSTICO OPORTUNO.

CANCER DE MAMA. PACIENTES INFORMADAS. ORIGEN DE LA INFORMACION.



POPULAR
MEDICA
MEDIOS C. MASIVA
ANTECEDENTE FAMILIAR

IMSS HGZ No 1
CD OBTEDON SONORA
(1984)

5.- OPORTUNIDAD DEL DIAGNÓSTICO, EN RELACIÓN CON LA INFORMACIÓN PREVIA DE LAS PACIENTES. (GRÁFICA No. 15)

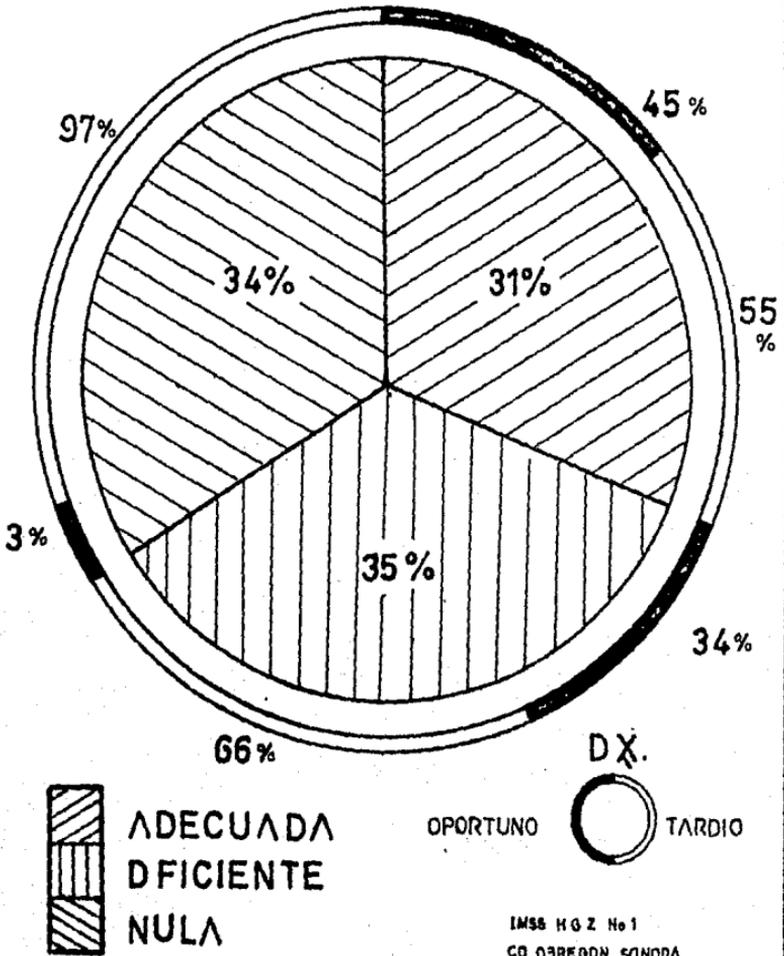
PARA PODER RELACIONAR ADECUADAMENTE EL NIVEL DE INFORMACIÓN DE LAS PACIENTES, LAS CLASIFICAMOS EN TRES CATEGORÍAS CONFORME A LOS SIGUIENTES PARÁMETROS.

- A) INFORMACIÓN ADECUADA. AQUELLAS PACIENTES QUE CONTESTARON TRES DE LAS CUATRO PREGUNTAS FORMULADAS EN LA GRÁFICA No. 11.
- B) INFORMACIÓN DEFICIENTE. LAS PACIENTES QUE CONTESTARON POSITIVAMENTE POR LO MENOS A UNA DE LAS PREGUNTAS, PERO MENOS DE TRES.
- C) INFORMACIÓN NULA. LAS QUE CARECÍAN DE INFORMACIÓN EN FORMA ABSOLUTA.

LOS RESULTADOS OBTENIDOS NOS DIERON TRES GRUPOS, LOS CUALES FUERON PROPORCIONALMENTE EQUITATIVOS, CON 31%, 35% Y 34% RESPECTIVAMENTE.

CORRELACIONANDO A CADA UNO DE ELLOS CON LA ETAPA CLÍNICA AL REALIZAR EL DIAGNÓSTICO, ENCONTRAMOS UNA RELACIÓN DIRECTAMENTE PROPORCIONAL ENTRE EL NIVEL DE INFORMACIÓN Y EL DIAGNÓSTICO REALIZADO EN FORMA OPORTUNA, COMO SE MUESTRA EN EL CUADRO SIGUIENTE, ASÍ COMO EN LA GRÁFICA No. 15.

CANCER DE MAMA. OPORTUNIDAD DE SU DX EN RELACION A LA INFORMACION DE LAS PACIENTES.



IMSS H.G. 2 No 1
CD OBBREGON SONORA
(1984)

GRAFICA No. 15

NIVEL DE INFORMACION	FRECUENCIA	DX. OPORTUNO	TARDIO
ADECUADA	31 %	45 %	55 %
DEFICIENTE	35 %	34 %	66 %
NULA	34 %	3 %	97 %

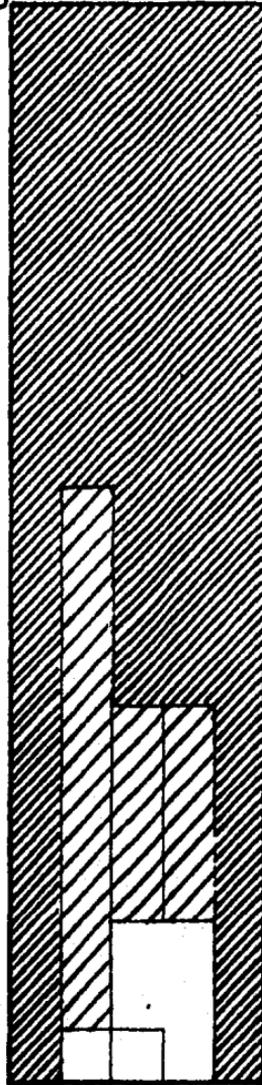
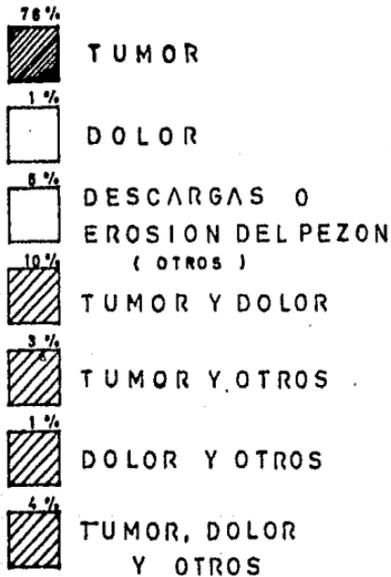
LOS DATOS OBTENIDOS DEMUESTRAN EN FORMA EVIDENTE QUE LA INFORMACIÓN DE LA POBLACIÓN ACERCA DEL PADECIMIENTO ES UN FACTOR PREPONDERANTE PARA LOGRAR LA BÚSQUEDA TEMPRANA DE ATENCIÓN MÉDICA, DIAGNÓSTICO OPORTUNO Y MEJOR PRONÓSTICO DE LAS PACIENTES.

6.- SIGNOS Y SÍNTOMAS INICIALES EN EL CÁNCER DE MAMA. (GRÁFICA No. 16)

EL SIGNO INICIAL LO CONSTITUYÓ LA PRESENCIA DE TUMOR SIN DOLOR, EN UN 76 % DE LOS CASOS, EL DOLOR SE ASOCIÓ AL TUMOR EN UN 10 % DE LAS PACIENTES. LAS DESCARGAS O EROSIÓN DEL PEZÓN SE PRESENTÓ EN UN 5 % Y EL RESTO DE LAS PACIENTES INICIARON CON UNA COMBINACIÓN DE ELLOS, LO CUAL NO TUVO VALOR ESTADÍSTICO SIGNIFICATIVO.

ESTA VARIABLE ES DE SUMA IMPORTANCIA DENTRO DE NUESTRO ESTUDIO, YA QUE ADEMÁS DE COINCIDIR CON LO REPORTADO EN LA LITERATURA MÉDICA ONCOLÓGICA, NOS DEMUESTRA QUE LA AUSENCIA DE DOLOR HACE QUE LAS PACIENTES PRESTEN Poca IMPORTANCIA A LAS MASAS TUMORALES, Y RETRASEN LA BÚSQUEDA DE ATENCIÓN MÉDICA.

CANCER DE MAMA. SIGNOS Y SINTOMAS INICIALES



IMSS HOZ No 1
CD. OREGON, SONORA
(1984)

GRAFICA No. 16

7.- LAPSO TRANSCURRIDO ENTRE EL INICIO DE LA SINTOMATOLOGÍA Y LA BÚSQUEDA DE ATENCIÓN MÉDICA. (GRÁFICA No. 17)

EN ESTA VARIABLE DETERMINAMOS EL TIEMPO QUE TRANSCURRE DESDE QUE LA PACIENTE SE DA CUENTA QUE ES PORTADORA DE UNA TUMORACIÓN MAMARIA, HASTA QUE ACUDE POR PRIMERA VEZ A SOLICITAR ATENCIÓN MÉDICA.

ENCONTRAMOS QUE APROXIMADAMENTE LA MITAD DE ELLAS ACUDIERON EN LOS TRES MESES SUBSECUENTES A DETECTAR LA TUMORACIÓN, Y EL RESTO ACUDIÓ DESDE 6 A 24 MESES POSTERIORMENTE.

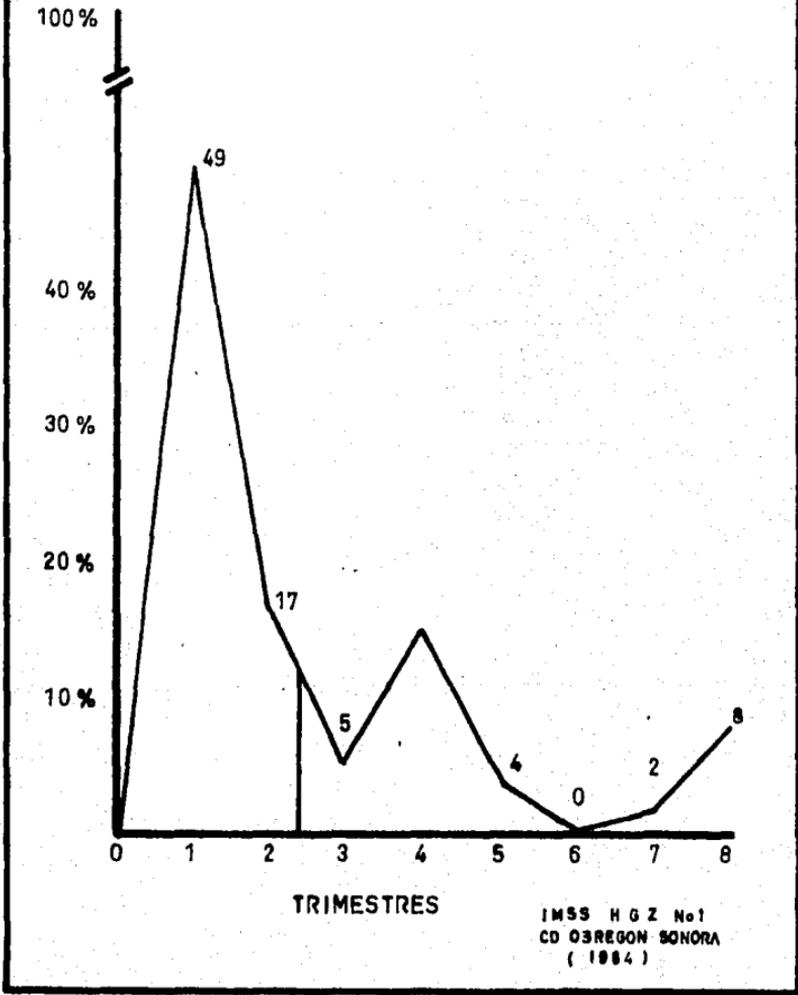
LA MEDIA QUE SE OBTUVO DEL TOTAL DE LA MUESTRA, FUE DE 2,56 TRIMESTRES, QUE CORRESPONDE A 7,6 MESES.

CON LOS DATOS PREVIOS DEMOSTRAMOS QUE UNO DE LOS FACTORES QUE RETRASAN EL DIAGNÓSTICO DEL CÁNCER DE MAMA, ES LA BÚSQUEDA TARDÍA DE ATENCIÓN MÉDICA.

8.- LAPSO TRANSCURRIDO ENTRE ATENCIÓN MÉDICA INICIAL Y DIAGNÓSTICO DEFINITIVO. (GRÁFICA No. 18)

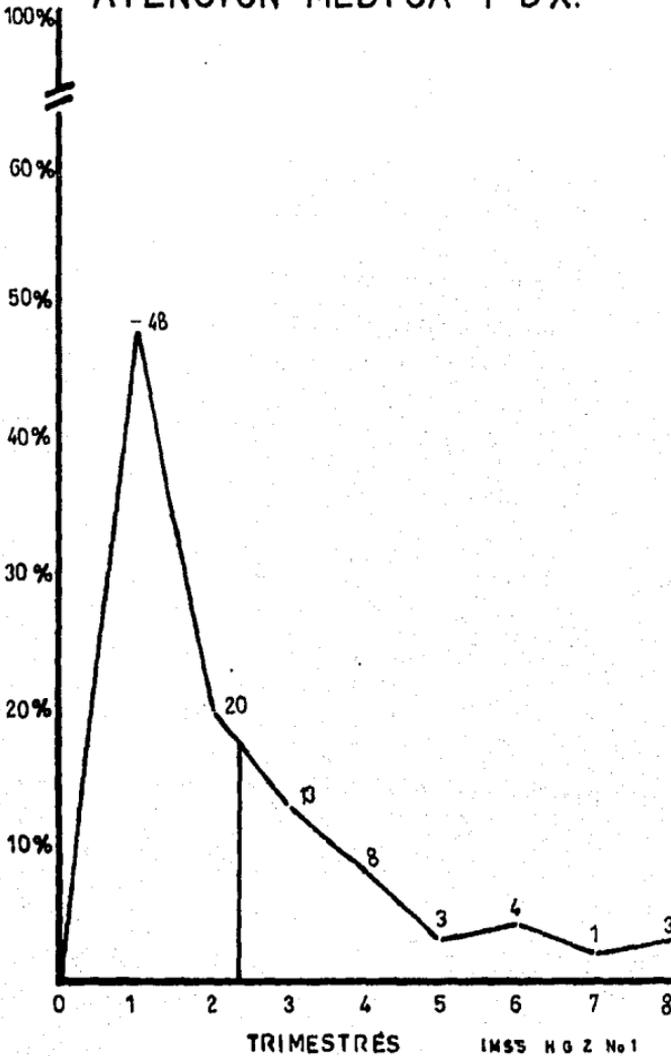
AL DETERMINAR EL TIEMPO QUE TRANSCURRE ENTRE LA PRIMERA VEZ QUE LA PACIENTE ACUDE A CONSULTA, REFIRIENDO QUE ES PORTADORA DE TUMOR EN LA MAMA, HASTA QUE SE REALIZA EL DIAGNÓSTICO DEFINITIVO DE LA NEOPLASIA, ENCONTRAMOS UN PROMEDIO DE 2.29 TRIMESTRES, QUE CORRESPONDE A 6.87 MESES; CONCLUYEN-

CANCER DE MAMA LAPSO ENTRE SINTOMATOLOGIA Y BUSQUEDA DE ATENCION MEDICA



GRAFICA No. 17

CANCER DE MAMA LAPSO ENTRE ATENCION MEDICA Y DX.



IMSS H O 2 No 1
CD. OREGON SONOM.
(1984)

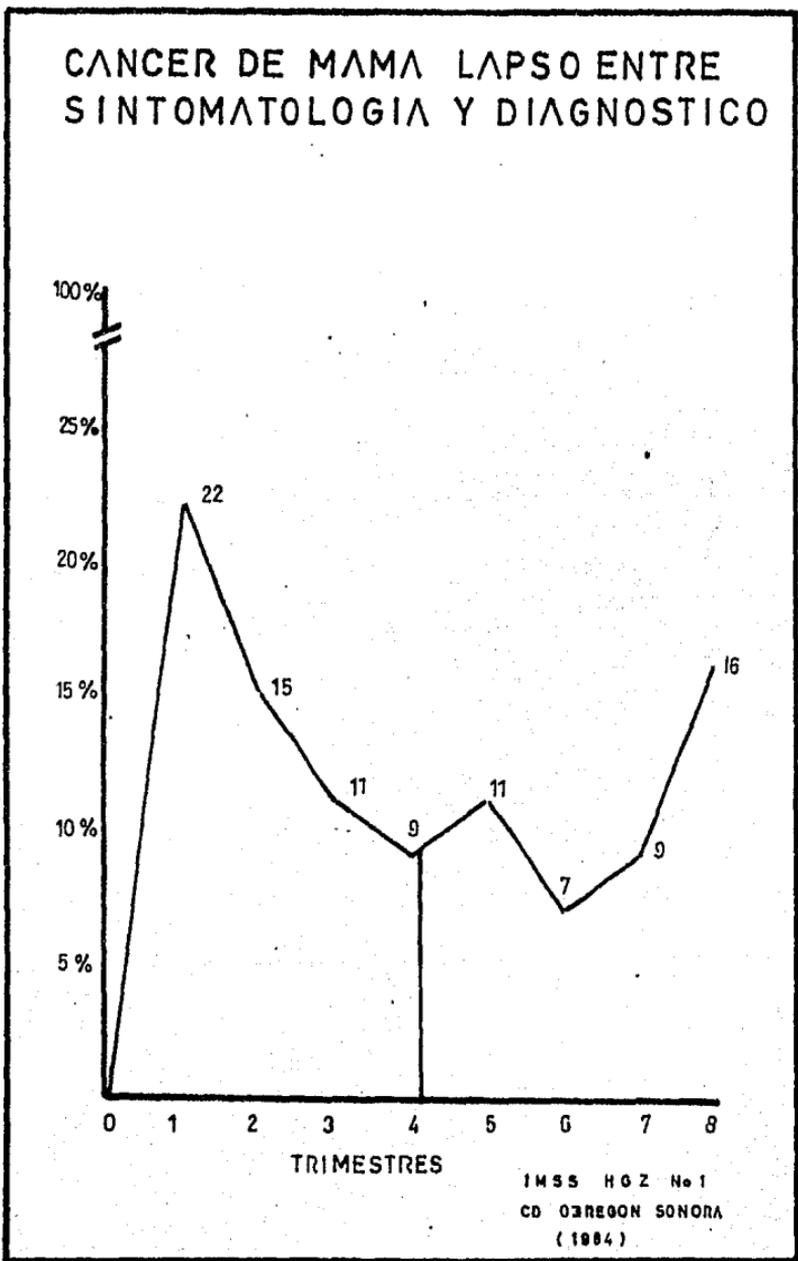
GRAFICA No. 18

DO QUE EL MÉDICO DE PRIMER CONTACTO JUEGA UN PAPEL DE SUMA - IMPORTANCIA EN EL RETRASO DEL DIAGNÓSTICO, YA QUE LA MAYORÍA DE LAS PACIENTES ACUDEN CON TUMORACIONES EVIDENTES, Y SON -- SOMETIDAS A OBSERVACIÓN CLÍNICA PERIÓDICA, O A TRATAMIENTOS ANTIINFLAMATORIOS ANTES DE DERIVARSE A UN SEGUNDO NIVEL. POR OTRA PARTE, NO SIEMPRE ES UN MAL MANEJO INICIAL LO QUE PRO-- LONGA ESTE LAPSO, SINO QUE INTERVIENEN OTROS FACTORES COMO - SON LOS TRÁMITES BUROCRÁTICOS O INCLUSO EL ABANDONO DEL ES-- TUDIO POR PARTE DE LAS PACIENTES, ETC.

9.- LAPSO TRANSCURRIDO ENTRE LA SINTOMATOLOGÍA INICIAL Y EL DIAGNÓSTICO DEFINITIVO. (GRÁFICA No. 19)

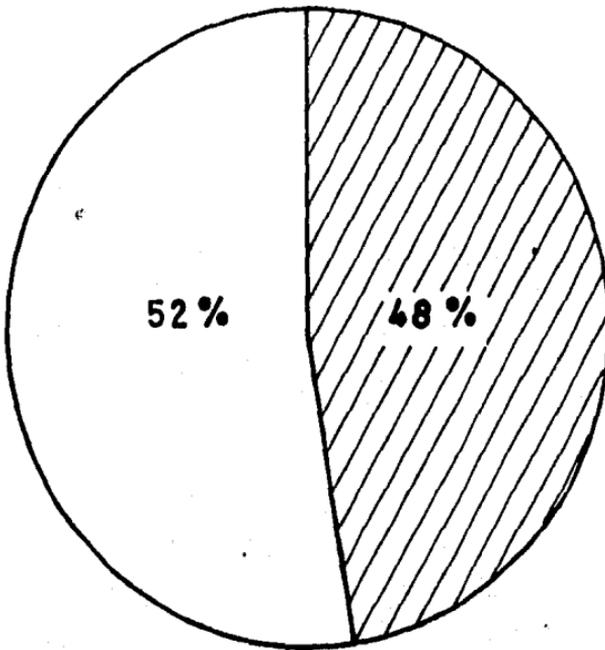
DETERMINAMOS EN SUMA EL TIEMPO QUE TRANSCURRE DESDE - QUE LAS PACIENTES SE DETECTAN COMO PORTADORAS DE TUMORACIÓN MAMARIA, HASTA QUE SE LLEGA AL DIAGNÓSTICO DEFINITIVO DE - - CÁNCER MAMARIO, OBTENIENDO UN PROMEDIO DE 4.09 TRIMESTRES, - QUE CORRESPONDEN A 12.27 MESES, TIEMPO QUE DEFINITIVAMENTE - DEJA SIN POSIBILIDADES DE REALIZAR UNA TERAPÉUTICA ADECUADA, Y POR CONSIGUIENTE EL PRONÓSTICO DE NUESTRAS PACIENTES ES -- MALO Y SIN PERSPECTIVAS DE SOBREVIVIR A 5 AÑOS, COMO SE REA-- LIZA EN OTROS PAÍSES.

10.- RELACIÓN ENTRE DIAGNÓSTICO REALIZADO ANTES Y DESPUÉS DE NUEVE MESES Y ETAPA CLÍNICA. (GRÁFICAS 20. 21 y 22).



GRAFICA No. 19

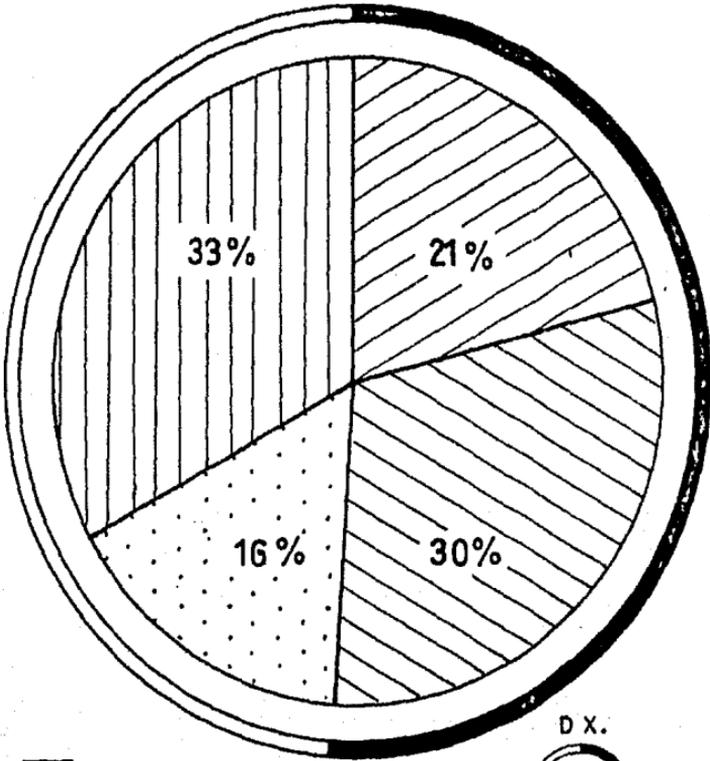
CANCER DE MAMA DX REALIZADOS A NUEVE MESES DE SINTOMAS



HASTA NUEVE MESES
MÁS DE NUEVE MESES

IMSS HG Z No 1
CD OIBREGON SONORA
(1964)

CANCER DE MAMA. PACIENTES
DIAGNOSTICADAS A NUEVE MESES.
ETAPA CLINICA.

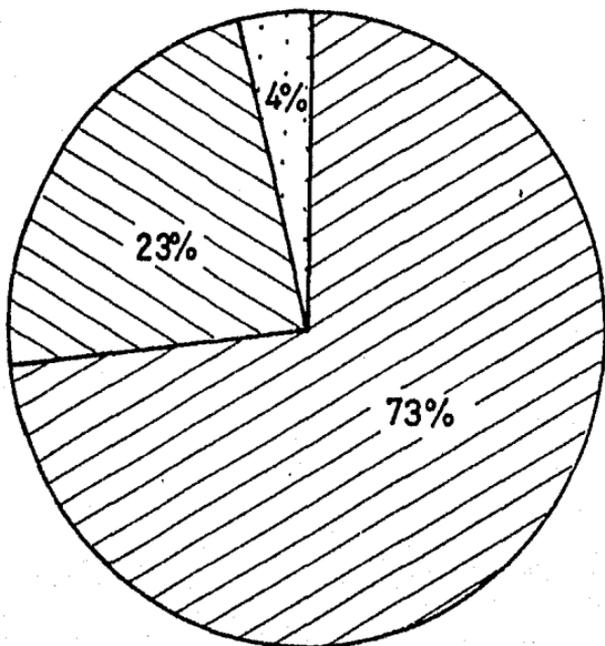


ETAPA I
ETAPA II
ETAPA III
NO CLASIFICABLE

D X.
TARDIO OPORTUNO

IMSS HOZ No 1
CD OREGON SONORA
(1994)

CANCER DE MAMA. PACIENTES
DIAGNOSTICADAS DESPUES DE
NUEVE MESES. ETAPA CLINICA.



ETAPA III

ETAPA IV

NO CLASIFICABLE

IMSS HOZ No 1
CD OREGON SONORA
(1984)

PARA DEMOSTRAR LAS VENTAJAS QUE OFRECE ACORTAR EL LAPSO DE RETRASO DIAGNÓSTICO EN FUNCIÓN DEL PRONÓSTICO, DIVIDIMOS A NUESTRA MUESTRA TOMANDO COMO REFERENCIA LOS DIAGNÓSTICOS REALIZADOS ANTES Y DESPUÉS DE 9 MESES, EN FORMA ARBITRARIA. LOS RESULTADOS QUE OBTUVIMOS FUERON LOS SIGUIENTES:

EL 48% DE LAS PACIENTES FUERON DIAGNOSTICADAS EN FORMA DEFINITIVA EN UN LAPSO DE 9 MESES, DESPUÉS DE 9 MESES EL 52% DE ELLAS.

EN PRIMERA INSTANCIA TOMAMOS AL PRIMER GRUPO E INVESTIGAMOS LAS ETAPAS CLÍNICAS EN QUE SE CLASIFICARON, PARA CORRELACIONAR LA OPORTUNIDAD DE SU DIAGNÓSTICO.

EL 21% SE CLASIFICÓ EN ETAPA I, 30% EN ETAPA II, 16% EN ETAPA III Y UN 33% FUERON CASOS NO CLASIFICABLES. LO QUE REPRESENTA UN 51% DE DIAGNÓSTICOS OPORTUNOS EN DICHO GRUPO. NO HUBO CASOS EN ETAPA IV.

POSTERIORMENTE CORRELACIONAMOS LAS MISMAS VARIABLES EN EL GRUPO DE PACIENTES QUE SE DIAGNOSTICARON DESPUÉS DE 9 MESES, Y OBTUVIMOS LOS SIGUIENTES RESULTADOS:

EL 73% SE CLASIFICARON EN ETAPA III, 23% EN ETAPA IV Y UN 4% DE CASOS NO CLASIFICABLES. NO HUBO UN SÓLO CASO - - DIAGNOSTICADO EN ETAPA I, NI II, POR LO TANTO TODOS LOS CASOS

FUERON DIAGNOSTICADOS TARDÍAMENTE Y CON PRONÓSTICO FATAL CON-
SECUENTEMENTE.

CON LOS DATOS PREVIOS COMPROBAMOS QUE SI SE REDUCE EL
RETRASO DIAGNÓSTICO, LAS POSIBILIDADES DE DIAGNÓSTICO OPORTU-
NO Y MEJOR PRONÓSTICO AUMENTAN EN FORMA CONSIDERABLE.

IX CONCLUSIONES

ESTUDIO RETROSPECTIVO.

CON LOS RESULTADOS OBTENIDOS, CONCLUÍMOS QUE LOS FACTORES ASOCIADOS AL CÁNCER DE MAMA EN NUESTRA POBLACIÓN, SON LOS MISMOS REPORTADOS EN LA LITERATURA MÉDICA ONCOLÓGICA DE OTROS PAÍSES EN FORMA CONSTANTE Y A NIVEL UNIVERSAL.

CON LAS VARIABLES INVESTIGADAS EN EL PRESENTE ESTUDIO, PODEMOS CONSIDERAR COMO FACTORES DE RIESGO PARA CÁNCER DE MAMA:

- 1.- EDAD COMPRENDIDA ENTRE 30 Y 70 AÑOS.
- 2.- ANTECEDENTES ONCOLÓGICOS EN FAMILIARES CONSANGUÍNEOS.
- 3.- MUJERES CON ANTECEDENTE DE MENARCA ANTES DE LOS 14 AÑOS DE EDAD.
- 4.- MUJERES NÚBILES O QUE INICIARON VIDA SEXUAL DESPUÉS DE LOS 20 AÑOS DE EDAD.
- 5.- MUJERES NULIGESTAS O NULÍPARAS.
- 6.- CON ANTECEDENTE DE LACTANCIA NULA O IRREGULAR A LOS HIJOS.
- 7.- TUMORACIÓN NO DOLOROSA MAMARIA, SOBRE TODO EN CUADRANTES SUPEROEXTERNOS.

POR OTRA PARTE, SE CONFIRMÓ LA HIPÓTESIS DE QUE EL PADECIMIENTO SE DETECTA EN ETAPAS AVANZADAS DE LA ENFERMEDAD; SIENDO LA ÉTAPA III LA MÁS FRECUENTE Y ESTADÍSTICAMENTE SIGNIFICATIVA.

ESTUDIO PROSPECTIVO.

DEMOSTRAMOS EN FORMA EVIDENTE, LA INSUFICIENTE INFORMACIÓN DE LAS PACIENTES, PREVIA A SU PADECIMIENTO ACTUAL; LA MALA CALIDAD DE DICHA INFORMACIÓN, Y SU RELEVANTE CORRELACIÓN CON LA OPORTUNIDAD DEL DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO EN ETAPAS AVANZADAS DE LA NEOPLASIA.

LA INFORMACIÓN DEFICIENTE, EL RETRASO EN LA BÚSQUEDA DE ATENCIÓN MÉDICA, ASÍ COMO EL LAPSO PROLONGADO EN LA ESTRUCTURACIÓN DEL DIAGNÓSTICO DEFINITIVO DE LA NEOPLASIA, SON LOS FACTORES QUE DETERMINAN EL DIAGNÓSTICO TARDÍO DE NUESTRAS PACIENTES Y SU FATAL PRONÓSTICO.

EN RESUMEN PODEMOS CONCLUIR QUE LA METODOLOGÍA DE ESTUDIO, LOS PROGRAMAS DE DETECCIÓN OPORTUNA Y EL MANEJO DE NUESTRAS PACIENTES CON FACTORES DE RIESGO, SON ACTUALMENTE INEFICACES PARA DIAGNOSTICAR EN FORMA OPORTUNA EL CÁNCER DE MAMA.

SE REQUIERE DE LA REESTRUCTURACIÓN DE LOS PROGRAMAS -

DE DETECCIÓN OPORTUNA DE CA. DE MAMA, ENFATIZANDO EN PROMOCIÓN DE LA SALUD, EDUCACIÓN MÉDICA CONTINUA Y SU INCLUSIÓN EN FORMA PRIORITARIA Y PERMANENTE A NIVEL NACIONAL.

X BIBLIOGRAFIA

- 1.- SEIDEMAN, H. :
CANCER OF THE BREAST, STATICAL
AND EPIDEMIOLOGICAL DATE,
CANCER, 24, 1355. 1979.
- 2.- PEREZ T., RUY. :
INTRODUCCIÓN A LA PATOLOGÍA,
I. N. N. MÉXICO, P. 524. 1980.
- 3.- FEINLEIB, M. ; AND
GARRISON, R. J. :
INTERPRETATION OF THE VITAL --
STATISTICS OF BREAST CANCER.
CANCER, 24, 1109. 1969.
- 4.- STRAX, F. T. :
NEW TECHNIQUES IN MASS SCREEN-
ING FOR BREAST CANCER.
CANCER, 28, 1563. 1971.
- 5.- GREGG, E. C. :
RADIATION RISKS WITH DIAGNOSTIC
X-RAYS. RADIOLOGY, 123, 447,
1977.
- 6.- ZIPPIN, C. E. :
IDENTIFICATION OF HIGH RISK --
GROUPS IN BREAST CANCER,
CANCER, 28, 1381. 1971.
- 7.- HAGGENSEN, C. D. :
DISEASES OF THE BREAST, PHILA-
DELPHIA, W. B. SAUNDERS Co.
1971. P. 155.

- 8.- JONES, A. D. : STEROID METABOLISM BY HUMAN -
BREAST TUMOURS. BIOCHEM. J.,
116, 919. 1970.
- 9.- DMOCHOWSKI, L. : VIRUSES AND BREAST CANCER,
CANCER, 28, 1404. 1971.
- 10.- SABISTON C. DAVID JR. : TRATADO DE PATOLOGÍA QUIRÚR-
GICA. NUEVA ED. INTERAMERI-
CANA, S. A. P. 2458, 1980.
- 11.- COPELAND, M. : CLINICAL STAGING SYSTEM FOR
CARCINOMA OF THE BREAST,
AMERICAN JOINT COMITEE FOR -
CANCER STAGING AND END RESULT
REPORTING. JUNE, 1972.

HOSPITAL GENERAL DE ZONA No. 1 CD. OBREGON, SONORA
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL.

INTERROGATORIO PARA PACIENTES CON DIAGNOSTICO DE CA. DE MAMA
QUE ESTEN BAJO CONTROL EN LA CONSULTA EXTERNA DE ONCOLOGIA.

FECHA: _____

NOMBRE DE LA PACIENTE: _____

No. DE FILIACIÓN: _____

1.- EDAD ACTUAL _____ ESCOLARIDAD _____

2.- INICIO CON SINTOMATOLOGIA O SIGNOLOGIA PROPIA DEL PADECI-
MIENTO ACTUAL. FECHA: _____

3.- AL INICIAR CON LA SINTOMATOLOGIA ESTABA ENTERADA EN QUE
CONSISTIA EL CA. DE MAMA?

SI

NO

4.- SABIA QUE SE DEBE REALIZAR AUTOEXAMEN DE MAMAS PERIODI-
CAMENTE?

SI

NO

5.- HABIA SIDO INSTRUIDA PARA REALIZAR EL AUTOEXAMEN?

SI

NO

6.- ESTABA ENTERADA QUE AL DETECTAR TUMORACION MAMARIA DE-
BERIA SOLICITAR ATENCION MEDICA DE INMEDIATO?

SI

NO

CITAR FUENTES DE INFORMACION EN CASO DE HABER MARCADO
SI A CUALQUIERA DE LAS ULTIMAS CUATRO PREGUNTAS.

7.- ACUDIO A RECIBIR ATENCION MEDICA. FECHA: _____

8.- SE REALIZO EL DIAGNOSTICO DEFINITIVO. FECHA: _____