



108  
122631

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA  
DE MÉXICO

FACULTAD DE MEDICINA  
Instituto Mexicano del Seguro Social  
Unidad de Medicina Familiar No. 33  
EL ROSARIO

EL ESTUDIO DEL PACIENTE ONCOLÓGICO  
EN EL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN

T E S I S  
PARA OBTENER EL TÍTULO DE:  
MÉDICO ESPECIALISTA EN  
MEDICINA FAMILIAR  
P R E S E N T A :

DRA. MARTHA ANGÉLICA PADILLA YESCAS



IMSS

México, D. F.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

1992



Universidad Nacional  
Autónoma de México



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

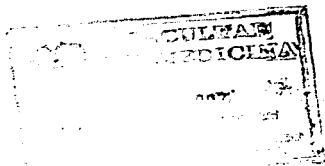
**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

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.

Dr. Rodolfo Gómez Pancoja  
Jefe de Enseñanza e Investigación  
de la U.M.F. No. 33

Vo. Bo. \_\_\_\_\_



JEFATURA DE ENSEÑANZA  
U M F. No. 33

Dr. Antonio Reyes  
Prof. Titular de la Residencia  
de Medicina Familiar de la  
U.M.F. No. 33.

Vo. Bo. \_\_\_\_\_


~~ASESOR DE LA TESIS~~

Dr. Jesús Trapaga Cruz

Médico Oncólogo del H.G.R. No 72

Matrícula: 7264577.

INVESTIGADOR

  
Dra. Martha Angélica Padilla Yescas

Médico Residente de la Especialidad

de Medicina Familiar de la U.M.F. -

No. 33  
Matrícula: 8296588.

DEDICATORIA

A mis padres:

Por que todo lo que soy  
se los debo a ellos.

A mis hermanos:

Por su gran ayuda y  
comprensión.

A mi esposo:

Por su gran apoyo y ayuda  
ya que sin está no hubiera  
sido posible realizar el presente  
trabajo.

A mis profesores:

Por su paciencia para transmitirme  
su conocimiento.

Y para todos aquellos que de  
una u otra forma colaboraron  
a la realización de éste es-  
tudio.

Porque en parte conocemos, y en parte profetizamos.

Más cuando venga lo perfecto entonces lo que es en parte - se acabara.

Cuando yo era niño, hablaba como niño, pensaba como niño, jugaba como niño; más cuando ya fui hombre, dejé lo que era de niño.

Ahora vemos por espejo, oscuramente; más entonces veremos cara a cara. Ahora conozco en parte; pero entonces conoceré como fui conocido.

Y ahora permanecen la fé, la esperanza y el amor, estos -- tres; pero el mayor de ellos es el amor.

## I N D I C E

	Páginas
Título	1
Justificación	2
Antecedentes científicos	3
Objetivo del estudio	10
Planteamiento del problema	11
Especificación de variables	12
Hipótesis	13
Definición operacional de las variables	14
Análisis estadístico	16
Metodología	17
Obtención de resultados	18
Contrastación de hipótesis	22
Comentarios	23
Conclusiones	24
Recomendaciones	25
Anexos	26
Bibliografía	31



TITULO DEL PROYECTO

EL ESTUDIO DEL PACIENTE ONCOLOGICO EN EL PRIMER NIVEL DE  
ATENCION.

#### JUSTIFICACION

Debido a que el ser humano logro sobrevivir a las enfermedades infectocontagiosas, a las violencias y además por ser - longevos, tienen que enfrentarse a las enfermedades crónicas y degenerativas entre ellas el cáncer.

En México surgio la necesidad de establecer un control del cáncer a principios de los setentas, ya que ocupó el 5to lugar en las principales causas de mortalidad. Debido a lo anterior surgió la necesidad de adecuados protocolos de detección de cáncer, ya sea para su curación temprana, o detectar a tiempo sus complicaciones, ya sea por la enfermedad en sí o por su tratamiento y con esto ofrecer una mejor calidad de vida.

En la presente investigación y trabajo se plasma el estado de pacientes atendidos en el sector salud por cáncer a diferentes niveles de aparición, etapas, órganos, sexo, etc. para verificar la efectividad de sus detecciones en cuanto a cáncer en su población.

Poniendo en crítica ésta investigación, con la finalidad de que se tome en cuenta tanto por el personal que labora en éste programa y en general se pone en consideración para todo el personal del sector salud y conyuje a investigaciones posteriores, ya sea en primer o segundo nivel de atención.

### ANTECEDENTES CIENTIFICOS

Para realizar el analisis y comprender el presente estudio necesitamos conocer el significado de un protocolo (1), el - cual es una serie ordenada de escrituras, matrices y otros do - cumentos, que son autorizados bajo ciertas formalidades y el - estudio (2), es el esfuerzo que pone el entendimiento aplican - dose a conocer alguna cosa; a aprender y cultivar una ciencia o arte.

Se dice que un paciente (3), es una persona que padece una enfermedad, un mal fisico o psiquico, así como la oncología - es la parte de la medicina que trata de los tumores y diagnós - tico (4), es el conjunto de signos que sirven para fijar el - carácter peculiar de una enfermedad, por lo que es importante insistir en la actitud del médico y del enfermo ante el diag - nóstico precoz de una sospecha de cáncer.

Uno de los tributos que los seres humanos tienen que pagar por haber sobrevivido a las enfermedades infectocontagiosas, - a las violencias y por ser longevos, es enfrentar a las enfer - medades crónicas y degenerativas, entre ellas, el cáncer. La - epidemiología del cáncer data de 1950, año en que la Unión In - ternacional contra el Cáncer (U.I.C.C) organiza la primera - reunión sobre "Patología geográfica y Endemiología del cáncer o estudio de la frecuencia del cáncer en la población en rela - ción con los factores ambientales, la hoy llamada "carcinogé - nesis ambiental" (Dieta, hábito de fumar, consumo de drogas, - de alcohol, exposición prolongada a substancias químicas).

En México, la necesidad de establecer un control del cán - cer se inicia a principios de los 70 con la creación de la - Dirección de Lucha contra el Cáncer (tumores ginecológicos - únicamente). Las defunciones por cáncer en México se encuen - tran desde 1975 entre las 10 principales causas de mortalidad

en el país, ya en 1983 ocupó el 5o. lugar de importancia con 30,648 defunciones y con una tasa de 41 por 100,000 habitantes y tendencia de crecimiento anual de 0.30 (5).

El médico a su vez debe asegurar su diagnóstico, confirmarlo o descartándolo, y el enfermo ha de ser cuidadoso en la observación de sus alteraciones, sobre todo si persisten, y — disciplinado en la aceptación de las exploraciones a que debe ser sometido, tomando en consideración los signos reveladores del cáncer como el nódulo mamario, alteraciones del ritmo intestinal y hemorragia en las deposiciones, metrorragia, cambios en el curso evolutivo de una bronquitis, disfonía o disfagia superior a quince días, adenopatías, cambios en un lunar, alteraciones en la micción, hematuria.

Para realizar un diagnóstico correcto además del aspecto clínico y exploración, se puede realizar una citología exfoliativa (esputo, orina, papanicolau de cervix), biopsia excisional, incisional, o biopsia en aguja.

Dentro de este marco teórico consideraremos ocho tipos de cáncer más frecuentes y sus aspectos más importantes.

CANCER DE PULMON: Representa la causa principal de mortalidad por cáncer en el hombre, su frecuencia se ha ido incrementando y supera a los cánceres de estómago e intestino, es más frecuente hacia los sesenta años, y el 80% de ellos entre los 40 y 70 años, su incidencia es mayor en el hombre 7 veces en relación a la mujer, se ve favorecido por el hábito del tabaco polución atmosférica, polvos de amianto y sílice, asbesto, — los signos evocadores son el esputo sanguinolento (hemoptisis tor, dolores torácicos, disnea. Su diagnóstico es mediante radiografía pulmonar, broncoscopia y biopsia, su tratamiento es esencialmente quirúrgico, en ocasiones se asocian la radioterapia, quimioterapia e inmunoterapia, que en algunos casos mejoran el pronóstico, los resultados son desafortunadamente muy deficientes, por que el diagnóstico no es precoz, las medidas —

preventivas son evitar el tabaquismo, protección a la exposición de polvos de amianto y sílice, así como la polución atmosférica.

**CANCER DE ESOPAGO:** Representa el 25% de los cáncer del aparato digestivo, 3 veces más frecuente en el hombre que en la mujer, se favorece por el alcohol, tabaco, sobre todo su asociación, alimentos y bebidas muy calientes, los signos evocadores son disfagia, sobre todo para alimentos sólidos, regurgitaciones, dolores torácicos, tos, adelgazamiento; el diagnóstico es por exámenes radiográficos con papilla de bario, esofagoscopia, biopsia, su tratamiento de elección es el quirúrgico, pero su pronóstico es muy malo, ya que es difícil de detectar precozmente, se debe prevenir el abuso del tabaco y el alcohol.

**CANCER DE ESTOMAGO:** Representa el 30% de los cáncer de tubo digestivo, es más frecuente alrededor de los 70 años, se favorece por el alcohol y tabaco, úlceras gástricas, a menudo se detecta por dolores de estómago, alteraciones del estado general, hematemesis, melena, el diagnóstico es mediante exámenes radiográficos baritados, gastroscopia, biopsia, su tratamiento esencialmente es quirúrgico, una quimioterapia asociada parece mejorar los resultados en ciertos casos avanzados, el pronóstico es bueno en las formas bien localizadas, que -- desgraciadamente son raras, la prevención es evitar el alcohol, tratar y vigilar las úlceras de estómago pero sin confundirlas con las úlceras del bulbo duodenal, que no se cancerizan nunca.

**CANCER DE COLON Y RECTO:** Representa el 30% de los cáncer de tubo digestivo, el 70% se localizan en los 30 últimos centímetros de este órgano, se favorece por los alimentos (grasas alimentos sin residuos), lesiones preexistentes susceptibles de degenerar, como los pólipos, son detectados por trastornos de la evacuación intestinal, episodios de diarrea o, alterna-

tivamente, diarrea y estreñimiento: rara vez obstrucción intestinal, dolores abdominales, hemorragias intestinales, el diagnóstico es mediante el tacto rectal, radiografías, endoscopias, biopsia, colonoscopia mediante endoscopia flexible, el tratamiento es mediante cirugía, la quimioterapia y la radioterapia desempeñan un papel mínimo en el tratamiento de este tipo de cáncer, los resultados generalmente son favorables en conjunto, un 50% de curaciones, como prevención se recomienda régimen pobre en grasas y rico en fibras, tratamiento de los pólipos.

CANCER DE VESIGA: Actualmente se encuentra en aumento, se observa después de los 50 años, es 3 veces más frecuentes en el hombre que en la mujer, se favorece por el tabaco, colorantes industriales, abuso de ciertos medicamentos (fenacetina), café, ciertas enfermedades parasitarias (bilharzias urinaria), se detecta en o por la hematuria, infección urinaria, disuria, el diagnóstico es mediante radiografías, urografía intravenosa, citoscopia, biopsia, examen citológico, y su tratamiento es la cirugía, la radioterapia se utiliza como complemento y la quimioterapia se encuentra en fase de experimentación, las recidivas locales son frecuentes, un 30% de curaciones a largo plazo, su prevención es a base de evitar el tabaco y el exceso de café, prudencia con la fenacetina.

CANCER DE PROSTATA: Es muy rara antes de los 50 años, su frecuencia aumenta con la edad, la incidencia máxima es hacia los 60 años, es el tumor más frecuente en el hombre, evolución generalmente lenta, los hormonas masculinas lo favorecen y las hormonas femeninas limitan su crecimiento, tienden a las metástasis sobre todo a sistema óseo, se favorece por factores raciales (cáncer negro en la raza amarilla), los signos evocadores son urinarios como, disuria que puede llegar a la retención completa de orina, urgencia urinaria, poliuria, in-

fección urinaria, hematuria rara, dolores óseos, adelgazamiento, el diagnóstico se confirma por tacto rectal, biopsia, -- ciertos exámenes de la sangre (fosfatasa prostáticas), el tratamiento es la cirugía, radioterapia en los casos de tumores en estadio precoz, y frente a las metástasis óseas dolorosas, el tratamiento es a base de hormonas femeninas (estrógenos), la mitad de los enfermos sobreviven a 5 años de evolución después de los 70 años la supervivencia disminuye.

**CANCER DE MAMA:** En Europa y América del Norte es la primera causa de mortalidad de las mujeres entre los 40 y 60 años, en el hombre, el cáncer de mama es 100 veces menos frecuente que en la mujer, se encuentra favorecido por ciertos desequilibrios hormonales, étnicos (raza blanca), condiciones socio-económicas elevadas, ausencia de embarazo, antecedentes de -- cáncer de mama en la familia materna, se detecta frecuentemente por una masa tumoral en un pecho, flujo sanguinolento -- por el pezón, dolores, inflamación de la mama, retracción del pezón, el diagnóstico se sospecha por examen clínico, mamografía, termografía, punción por aguja fina, biopsia por aguja especial, biopsia extemporánea, el tratamiento es local-regional (cirugía, radioterapia), el tratamiento general (hormonal, quimioterapia), los resultados, son muy favorables cuando es un tumor pequeño y hay pocos ganglios invadidos, menos favorable en formas voluminosas con ganglios invadidos y en la forma inflamatoria, este pronóstico puede ser moderado con la quimioterapia, como prevención es el adiestramiento de las mujeres para la autoexploración de mama.

**CANCER DE UTERO:** Puede afectar al cuello o al cuerpo de este órgano, representa el 20% de los cánceres de mujer, la frecuencia del cáncer de cuello es más importante entre los 45 y 50 años, el cáncer del cuerpo afecta a las mujeres mayores de edad, generalmente después de la menopausia, lo que caracteriza al cáncer de cuello es que son precedidos por displasias --

celulares.

El cáncer de cuello se favorece por infecciones y deficiente higiene genital, lesiones crónicas del cuello, actividad g genital precoz, muy activa, múltiparas, multiplicidad de partenaires (múltiples parejas sexuales), el cáncer de cuerpo por la aparición después de la menopausia, ausencia de embarazos, los signos reveladores son la aparición anormal de pérdidas - vaginales más o menos hemorrágicas espontáneas o por relaciones sexuales, más raro por dolores óseos, edemas de miembros inferiores, trastornos urinarios, el diagnóstico se hace mediante, frotis vaginal (Papanicolaou), biopsia de las lesiones raspado biopsico de la parte interna del cuello (cáncer de cuello), y en el cáncer de cuerpo por raspado biopsico, histerografía, su tratamiento es quirúrgico, radioterapia, la supervivencia a cinco años se considera como adecuada, la curación casi se asegura para todos los cáncer de cuello en forma precoz y para el cáncer del cuerpo sólo tres cuartas partes (6).

Ahora bien una vez que se tiene conocimiento de los cáncer más frecuentes, es obligatorio hacer la siguiente interrogación ¿Cual es el papel del médico familiar en la oncología?.

El papel del médico es el siguiente (7):

- A. Colaborar a que el paciente acepte y comprenda la enfermedad.
- B. Colaborar a que acepte y comprenda el tratamiento (6)
- C. Colaborar a la desaparición o disminución del estado de ansiedad derivado del diagnóstico y del tratamiento.
- D. Proporcionar un ambiente psicológico favorable en la familia (6 y 7).
- E. Tratar las complicaciones derivadas de la enfermedad y del tratamiento (6).
- F. Asistencia a la patología asociada.
- G. Colaborar a la reinserción social del paciente en diferentes grados, desde ser autosuficiente en la higiene y cuida



dos personales hasta la incorporación al trabajo.

- H. Tratar de enseñar al paciente y a la familia a vivir en y con su enfermedad (8).
- I. Asistencia en la fase terminal (7 y 8).

Relación de la medicina de familia y con la oncología médica.

- A. Evitar siempre que sea posible la hospitalización.
- B. El ambiente familiar es el más beneficioso para el soporte psicológico del paciente.
- C. Necesidad de una programada formación en oncología (pre y postgraduación).
- D. Necesidad de una continua información del médico de cabecera o de familia sobre puntos concretos de cada enfermo mutuamente atendidos. (7).

**OBJETIVO DEL ESTUDIO**

Determinar la importancia de que exista un protocolo de es  
tudio para el paciente oncológico en el primer nivel de aten-  
ción.

**PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.**

¿ Si no existe un protocolo de estudio para el paciente oncológico no se puede realizar un diagnóstico oportuno y/o detección de sus complicaciones ?.

ESPECIFICACION DE VARIABLES.

Variable Independiente:

No existencia de un protocolo de estudio en el paciente on  
cológico.

Variable Dependiente:

No realización del diagnóstico oportuno y detección de com  
plicaciones.

**HIPOTESIS.**

Quando no existe un protocolo de estudio para el paciente oncológico es difícil realizar el diagnóstico oportuno y/O de tectar sus complicaciones.

DEFINICION OPERACIONAL DE LAS VARIABLES.

**PROTOCOLO:** Es una serie ordenada de escrituras, matrices y otros documentos, que son autorizados bajo ciertas formalidades.

**ESTUDIO:** Es el esfuerzo que pone el entendimiento aplicándose a conocer alguna cosa: a aprender y cultivar una ciencia o arte.

**PACIENTE:** Persona que padece una enfermedad, un mal físico o psíquico. El sujeto que recibe la acción del agente.

Es aquella persona o colectividad que entra en contacto con el sistema de salud.

**ONCOLOGIA:** Parte de la medicina que trata de los tumores.

**ATENCION:** Acción de atender. Mirar por alguna persona o cuidar de ella.

**NIVEL DE VIDA:** Grado de bienestar, principalmente material alcanzado por la generalidad de los habitantes de un país, los componentes de una clase social, los individuos que ejercen una misma profesión.

**DIAGNOSTICO:** Síntesis del conocimiento del estado morfofuncional de un organismo.

**OPORTUNO:** adj: Que se hace o sucede en tiempo a propósito.

**COMPLICACION:** Estado accidental o segunda enfermedad que aparece en el curso de una enfermedad primitiva.

**NIVELES DE PREVENCION:** Se refiere a los momentos y formas en que puede intervenir el hombre en la Historia Natural de la enfermedad.

**HISTORIA NATURAL DE LA ENFERMEDAD:** Instrumento que nos --- permite ubicar el estado actual de un padecimiento, dentro de la evolución teórica del mismo, facilitan o la toma de decisiones en cuanto a su manejo.

**PREVENCION:** Se refiere a evitar algo, interrumpir el curso natural de la enfermedad en cualquiera de sus fases para evitar consecuencias nocivas.

**DETECCION:** Referente a la capacidad de anticipar eventos - que tienen cierta probabilidad de ocurrir, y adoptar medidas pertinentes para evitarlos.

**PREVENCION PRIMARIA:** Es una forma de bloquear el paso del estímulo durante el trayecto hacia la parte superior del horizonte clínico, está orientada al mejoramiento de la salud y a la protección específica de algunas enfermedades. Se extiende básicamente desde el período prepatogénico, y parte del período patogénico, hasta el nivel que se encuentra por debajo del horizonte clínico.

**PRONOSTICO:** Previsión que establece el clínico sobre la - evolución y el final de una enfermedad.

**HORIZONTE CLINICO:** Al momento en que el conjunto de elementos que participan en el período prepatogénico son percibidos por el sujeto o por observadores externos.

ANALISIS ESTADISTICO

Ho    A = B                    A = No existencia de un protocolo de estudio.  
H1    A > B                    B = Diagnóstico temprano y/o complicaciones.

Ho = La no existencia de un protocolo de estudio en el paciente oncológico no influye en la detección temprana y/o sus complicaciones.

H1 = La no existencia de un protocolo de estudio en el paciente oncológico provoca la no detección temprana y/o sus complicaciones.

Nivel de confianza: 98%.

Nivel de significancia: 0.02.

Tipo de variables: Nominales.

Tamaño de la muestra: Cuarenta pacientes.

Prueba para contrastar la hipótesis:  $\chi^2$ .



#### METODOLOGIA

Se realizó un estudio retrospectivo, transversal, descriptivo, observacional de pacientes oncológicos atendidos en la U.M.F. No 33 del I.M.S.S.

Criterios de inclusión: Personas con enfermedad oncológica registrador en la unidad de Medicina Familiar No 33 del IMSS, captados durante los años de 1990 y 1991, no importa el sexo, mayores de 30 años.

Escala de medición de variables cualitativas o nominales .

El ámbito geográfico que se desarrolló la investigación instalaciones de la U.M.F. No 33.

El tiempo de investigación fue de Mayo de 1992 a Diciembre de 1992.

La realización de éste estudio se llevó a cabo de acuerdo a las normas nacionales e internacionales en materia de investigación científica.

OBTENCION DE RESULTADOS

Tabla No 1  
 EDAD DE LOS PACIENTES ONCOLÓGICOS  
 U.M.P. No 33 de 1990 a 1991

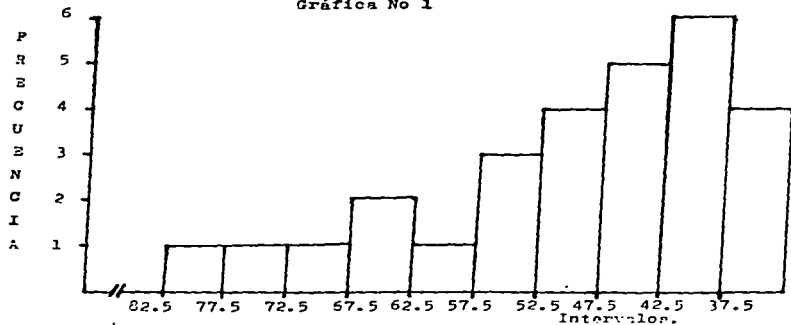
Intervalo	P.M.	Frecuencia	Frecuencia Ac.	%	% Ac.
78-82	80	1	28	3.5	100
73-77	75	1	27	3.5	96.4
68-72	70	1	26	3.5	92.8
63-67	65	2	25	7.1	89.2
58-62	60	1	23	3.5	82.1
53-57	55	3	22	10.7	78.5
48-52	50	4	19	14.2	67.8
43-47	45	5	15	17.8	53.5
38-42	40	6	10	21.4	35.7
33-37	35	4	4	14.2	14.2

$\bar{X}$  49.46  
 Mo 40 y 45  
 $\sigma_x$  0.89

R 49  
 S 12.25  
 $\sigma_r$  2.96

Mdn 46.50  
 $S^2$  150.05

Gráfica No 1



Fuente: Investigación Personal.

Gráfica No 1.

En esta gráfica se analiza la frecuencia de casos de Ca Cu y Ca de Mama en los diferentes intervalos de edad, en donde - observamos la mayor frecuencia que fue de 6 en el intervalo - de 38 a 42 con un 21.4%, en 2do lugar al intervalo de 43 a 47 con una frecuencia de 5 y un 17.8%, los intervalos de 48 a 52 y 33 a 37 con la misma frecuencia de 4 y un 14.2%, el intervalo de 53 a 57 con una frecuencia de 3 que corresponde al - 10.7%, el de 63 a 67 con una frecuencia de 2 y un 7.1% y los - intervalos de 78 a 82, 68 a 72, 58 a 62, con una frecuencia - cada uno de 1 que corresponde a un 3.5% respectivamente.

$\chi^2$ :

	Etapa Inicial	Etapa tardía y Complicaciones	
Detección 1er. Nivel	IIIII IIIII IIIII IIII A	IIIII IIII B	18.32 18.32 27
Detección 2do nivel	C 0.67	I D 0.67	1 28
	19	9	

Fuente: Investigación Personal.

$$A = \frac{19 \times 27}{28} = 18.32$$

$$B = \frac{19 \times 27}{28} = 18.32$$

$$C = \frac{19 \times 1}{28} = 0.67$$

$$D = \frac{19 \times 1}{28} = 0.67$$

$$A = \frac{(19-18.32)^2}{18.32} = 0.02$$

$$B = \frac{(8-18.32)^2}{18.32} = 5.81$$

$$C = \frac{(0-0.67)^2}{0.67} = 0.67$$

$$D = \frac{(1-0.67)^2}{0.67} = 0.16$$

$$\chi^2_r = 6.66$$

$$\chi^2_t = 1.64.$$

CONTRASTACION DE HIPOTESIS.

Se utilizó para la contrastación de la hipótesis la prueba de  $\chi^2$ , ya que la población estudiada fue de 40 pacientes, captados durante los años de 1990 y 1991 por diagnóstico de Ca.

Aplicandose dicha fórmula sólo a 28 pacientes, encontrando la mayor frecuencia entre los años de 38 a 42 años.

Se utilizó la fórmula:

Para obtener  $\chi^2 = \frac{\text{Total marginal de } x \times \text{Total marginal de la esperado}}{\text{la columna} \times \text{fila}}$   
Total.

$$\chi^2 = \frac{1}{n} (A + B + C + D)$$

Obteniendo:

$$\chi^2_r = 6.66 \quad \text{con una } \chi^2_t = 1.64.$$

Logrando que se rechace  $H_0$  ya que:

A mayor que B.

### COMENTARIOS

El propósito del presente trabajo fue el investigar la necesidad de un protocolo de estudio adecuado para el paciente oncológico, contándose con una población de 40 pacientes adultos sin importar sexo, pero únicamente fueron valorables 28 pacientes del sexo femenino y sólo en dos patologías Ca de mama y Ca Cu, considerándose como grupo único.

Se realizó una distribución por edades y se clasificó únicamente en etapa temprana y etapa tardía, lo cual no coincide — con los criterios de etapificación de la U.I.C.C. y la F.I.G.O esto se debe a la falta de recursos para descartar enfermedades diseminadas.

La impresión diagnóstica de ambas neoplasias se establece forma presuntiva, ya que no se cuenta con biopsia que nos corrobore el diagnóstico, se desconoce si las pacientes concluyeron el tratamiento programado en las unidades de tercer nivel, su calidad de vida y porcentaje de sobrevida.

Aún con todas éstas limitaciones consideramos que el número de casos es significativo para el tamaño de la unidad y la mayoría de ellos fueron diagnosticados en etapa temprana.

Cabe señalar que en la bibliografía revisada no se describen protocolos de detección temprana de Ca de Mama, CaCu, sólo se menciona en la literatura datos clínicos de alarma y una prueba específica, el frotis de exudado cervical.

### CONCLUSIONES

1. De acuerdo con los resultados obtenidos se observo que es prioritario contar con un protocolo de estudio para los pacientes oncológicos, en las unidades de primer nivel.
2. La falta de estudios de laboratorio y gabinete en el primer nivel de atención, limitan en forma importante el establecimiento del diagnóstico, por lo cual se requiere perfeccionar los criterios clínicos para establecer la impresión diagnóstica a la brevedad posible.
3. Se considera necesario conocer el destino final de los pacientes enviados a otros niveles y los resultados del tratamiento, por el médico familiar.
4. En relación a los dos tipos de neoplasias, CaCu y Ca de Mama, la mayor detección de casos fue en medicina preventiva y por su médico familiar respectivamente, presentándose una sola paciente con complicaciones de cirugía reconstructiva, y siendo esta misma paciente diagnóstica da en un segundo nivel, el resto de la población se encuentra bajo control en unidades de segundo nivel.



RECOMENDACIONES

1. Se requiere definir criterios de estapificación, conjun -  
tando el punto de vista del oncológo con el médico familiar, -  
optimizando el envío de casos.

2. Se requiere de una retroalimentación del oncológo y otros  
médicos de especialidades troncales, hacia el médico familiar.

ANEXOS

Ca de Mama

Clasificación TNM

T-Tumor primario

T1S-Carcinoma in situ

(Nota: La enfermedad de Paget con un tumor demostrado, se clasifica de acuerdo con el tamaño del tumor).

To: No hay tumor demostrable.

T1: Tumor de 2 cm o menos en su máxima dimensión.

T1a: No hay fijación a fascia y/o músculos subyacentes.

T1b: Fijación a fascia y/o músculo adyacente.

T2: Tumor de 2 a 5 cm en su máxima dimensión.

T2a: No hay fijación a fascia y/o músculo subyacente.

T2b: Fijación a fascia y/o músculo subyacente.

T3: Tumor mayor de 5 cm en su máxima dimensión.

T3a: No hay fijación a fascia y/o músculo subyacente.

T3b: Fijación a fascia y/o músculo subyacente.

T4: Tumor de cualquier tamaño con extensión directa a pared torácica y/o piel.

T4a: Fijación a pared torácica.

T4b: Edema, infiltración o ulceración de la piel (incluyendo piel de naranja) o nódulos satélites en la piel limitadas a la misma mama.

T4c: Todo lo anterior.

T4d: Carcinoma inflamatorio (Comité AJC, 1977).

N-Ganglios linfáticos regionales.

No: No hay ganglios axilares homolaterales palpables.

N1: Ganglios axilares homolaterales móviles.

N1a: Los ganglios no se consideran que tengan crecimiento.

N1b: Los ganglios se consideran que tienen crecimiento.

N2: Ganglios axilares homolaterales fijos entre ellos a otras estructuras.

N3: Ganglio infraclavicular o supraclavicular o edema del brazo.

M-Metástasis a distancia

Mo: No hay evidencia de metástasis a distancia.

M1: Evidencia de metástasis a distancia.

Estadios

Estadio I: T1a No ó N1a Mo.

T1b No ó N1a.

Estadio II: T0 N1b Mo

T1a N1b Mo

T1b N1b Mo

T2a No ó N1a ó N1b Mo

T2b No ó N1a ó N1b Mo

Estadio III: Cualquier T3 con cualquier NMo

Cualquier T4 con cualquier NMo

Cualquier T con N2Mo

Cualquier T con N3Mo

Estadio IV: Cualquier T, cualquier N con M1.

Se consideran estadios iniciales: Estadio I (T1No) y estadio II (T0N1 y T2N1).

Estadio tardío o avanzados: Estadio III (T3N1,2 y estadio IV).

EST: FIGO NO DEBE  
SALIR DE LA REVISIÓN

- 29 -

Ca Cervical (AJC, 1977, incorpora FIGO)

Clasificación T

- Estadio 0: Carcinoma in situ, carcinoma intraepitelial.  
I: Carcinoma estrictamente limitado al cérvix.  
IA: Carcinoma microinvasivo (invasión precoz del estroma).  
IB: Todos los demás casos de estadio I.
- Estadio II: Extensión más allá del cérvix, pero no a la pared lateral de la pelvis. Afectación vaginal, pero no en el tercio distal.  
IIA: No hay afectación de parámetros.  
IIB: Afectación obvia de parámetros.
- Estadio III: Extensión a la pared lateral de la pelvis y/o tercio inferior de la vagina. Todos los casos con hidronefrosis o riñón no funcionando, salvo que sean debidos a otra causa.  
IIIA: No extensión de la pared lateral de la pelvis.  
IIIB: Extensión de la pared lateral de la pelvis y/o hidronefrosis.
- Estadio IV: Extensión más allá de la pelvis verdadera o afectación clínica de la mucosa rectal o vesical.  
IVA: Extensión de órganos adyacentes.  
IVB: Extensión a órganos a distancia.

Afectación ganglionar

- Nx: No es posible valorar los ganglios.  
No: No hay afectación ganglionar.  
N1: Evidencia de afectación ganglionar regional.  
N2: Masa en la pared lateral de la pelvis, no en continuidad con la masa parametrial.  
N3: Ganglios regionales fijos o ulcerados.  
N4: Afectación de ganglios linfáticos yustarregionales.  
Metástasis a distancia

Metástasis a distancia

Ex: No valoradas.

Mo: No conocidas.

M1: Presentes.

Estadios

Estadio O: T1S

Estadio IA: T1aNxMo

IB: T1bNxMo

Estadio IIA: T2aNxMo

IIB: T2bNxMo

Estadio IIIA: T3aNxMo

IIIB: T3bNxMo

Estadio IVA: T4aNxMo

Estadio IVR: T4aNxMo

Cualquier M1.

Se considera etapa inicial: Estadio O, I y IA.

Se considera etapa tardía: Estadio IB en adelante.

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

1. DICCIONARIO ENCICLOPEDIICO QUILLET  
TOMO VII, EDITORIAL CUMBRE, S.A.  
MEXICO, D.F. 1979.
2. DICCIONARIO ENCICLOPEDIICO QUILLET TOMO IV  
EDITORIAL CUMBRE, S.A.  
MEXICO, D.F. 1979.
3. DICCIONARIO ENCICLOPEDIICO QUILLET TOMO VI  
EDITORIAL CUMBRE, S.A.  
MEXICO, D.F. 1979.
4. DICCIONARIO ENCICLOPEDIICO QUILLET TOMO III  
EDITORIAL CUMBRE, S.A.  
MEXICO, D.F. 1979.
5. SEMANA NACIONAL DE GASTROENTEROLOGIA. CURSO INTERNACIONAL  
CANCER DEL APARATO DIGESTIVO. DICIEMBRE 6-8 1987  
CIUDAD DE MEXICO.
6. S. KHOURY, C. JASMIN, J. GARCIA-CONDE BRU  
CANCER. PUBLICACIONES MEDICAS AGUILAR 1981.
7. M. GONZALEZ BARRON. FUNDAMENTOS DE ONCOLOGIA MEDICA  
INTERAMERICANA MCGRAW-HILL, 1989.
8. PIETRO DE NICOLA. GERIATRIA, EDITORIAL EL MANUAL MODERNO  
S.A. DE C.V. MEXICO, D.F. 1985.
9. DICCIONARIO ENCICLOPEDIICO ILUSTRADO DE MEDICINA  
DORLAND  
INTERAMERICANA S.A. DE C.V. MEXICO? D.F. 1986.

10. MANUAL DE PROBLEMAS CLINICOS EN ONCOLOGIA  
CAROL S. PORTLOCK, M.D. Y DONALD R. GOPPINET, M.D.  
INTERAMERICANA 1983. MEXICO D.F.

11. CANCER  
AN INTERDISCIPLINARY INTERNATIONAL JOURNAL OF THE AMERICAN  
SOCIETY.  
NOVEMBER 1, 1992, VOLUME 70, NUMBER 9.