

11242
22
Lej



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE MEDICINA
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO
CURSO DE ESPECIALIZACION EN
RADIOLOGIA E IMAGEN
CENTRO MEDICO NACIONAL
"20 DE NOVIEMBRE" I.S.S.S.T.E.

FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS AL DESARROLLO DE CANCER MAMARIO

TESIS DE POSGRADO
PARA OBTENER EL DIPLOMA DE
ESPECIALIDAD EN
RADIOLOGIA E IMAGEN

P R E S E N T A:

DRA. MARTHA PASARAN FLORES



ISSSTE

Asesores:

Dr. Carlos Pichardo León

Dra. Ma. del Carmen Mora Rojas



MEXICO. D. F.

FEBRERO 1999

TESIS CON
FALLA

278125



Universidad Nacional
Autónoma de México

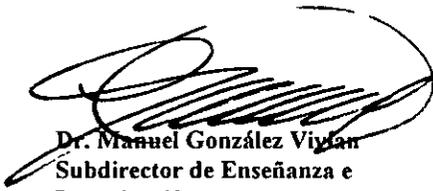


UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

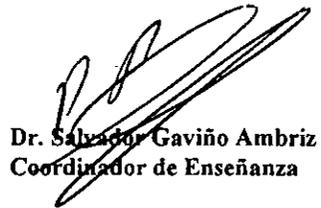
DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

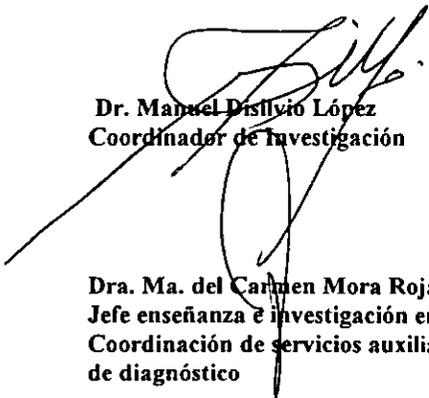
El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición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



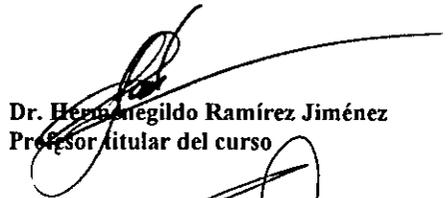
Dr. Manuel González Vician
Subdirector de Enseñanza e
Investigación



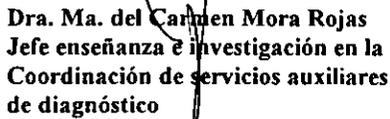
Dr. Salvador Gaviño Ambriz
Coordinador de Enseñanza



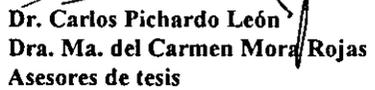
Dr. Manuel Disilvio López
Coordinador de Investigación



Dr. Heriberto Ramírez Jiménez
Profesor titular del curso



Dra. Ma. del Carmen Mora Rojas
Jefe enseñanza e investigación en la
Coordinación de servicios auxiliares
de diagnóstico



Dr. Carlos Pichardo León
Dra. Ma. del Carmen Mora Rojas
Asesores de tesis



20 DE ENERO
FIRMA DE ENSEÑANZA

**SUBDIRECCIÓN GENERAL MÉDICA
SUBDIRECCIÓN DE ENSEÑANZA E INVESTIGACIÓN
JEFATURA DE SERVICIOS DE INVESTIGACIÓN**

No. de Registro:

PROTOCOLO

Unidad Médica: SERVICIO DE RADIOLOGÍA E IMAGEN DEL CENTRO MEDICO NACIONAL 20 DE NOVIEMBRE I.S.S.S.T.E.

TITULO: Factores de riesgo asociados al desarrollo del cáncer mamario en mujeres mayores de 15 años que acuden al servicio de Mastografía del Centro Médico Nacional 20 de Noviembre. I.S.S.S.T.E.

Investigador responsable:
Dra. MARTHA PASARAN FLORES



ASESORES DE TESIS:

Dr. Carlos Pichardo León
Dra. María del Carmen Mora Rojas

TÉCNICO EN COMPUTACIÓN
Sr. Alberto Pasarán Flores.

AGRADECIMIENTOS

Said, Karim y Nur Slim Pasarán
MI AMOR

Sr. José Pasarán Quintana, Sra. María Flores Mendoza
MIS PADRES

Dr. Hermenegildo Ramírez Jiménez
POR SUS CONOCIMIENTOS EN LAS SESIONES

Dr. Carlos Pichardo León
SIEMPRE ENTUSIASTA Y GRAN AMIGO

Sr. Alberto Pasarán Flores
POR SU CONFIANZA Y CARIÑO

ÍNDICE

	Pag.
RESUMEN	1
INTRODUCCIÓN	2-3
JUSTIFICACIÓN	4
MATERIAL Y MÉTODO	5
RESULTADOS	6-7
ANEXOS	8-31
DISCUSIÓN	32
CONCLUSIÓN	33
BIBLIOGRAFÍA	34-35

ABSTRACT

This essay describes the risk factors of breast cancer. This disease will be one of the major challenges posed by noncommunicable diseases in coming years, due to a significant increase of life expectancy and to a decrease of the overall annual growth rate-resulting in the ageing of the population-as well as. To lifestyle changes-particularly the considerable decrease of fertility rates and breast feeding practices-, and to the poor efficiency and effectiveness of breast cancer screening programs. In this context, one of the main challenges for breast cancer control is to secure the multidisciplinary. To formulate an effective response to breast cancer.

The risk factor as an etiologic in breast cancer: diet, lactation, infertility, oral contraceptives, estrogen replacement therapy and familial breast cancer, loneliness, emotional depression, marital quality.

RESUMEN

Se describen los factores de riesgo del cáncer de mama, esta enfermedad se perfila como una amenaza latente toda vez que es un padecimiento no reportado epidemiológicamente a través de los años, a consecuencia del aumento importante de la de vida, de la educación de la tasa de crecimiento total anual de los cambios en los estilos de vida, particularmente la práctica cada vez menor de la lactancia y la disminución de tasas de fertilidad, así como de la escasa eficiencia y efectividad de los programas de detección oportuna del cáncer. En este contexto uno de los principales en solución a este padecimiento en la práctica de la salud pública con fundamento multidisciplinario.

INTRODUCCIÓN

El Cáncer Mamario (CM) se perfila como una amenaza latente a nivel mundial. La incidencia y mortalidad por CM en los últimos 10 años ha sido más alta en Norteamérica y el Norte de Europa, de impacto intermedio en el Sur de Europa y Latinoamérica y el Norte de Europa y más baja en Asia y África.(18) Se considera que una de cada 9 mujeres en E.U.A. sufrirá dicho cáncer en el transcurso de su vida. Actualmente se estima que cada año se presentan 572,100 casos en el mundo, con una frecuencia de 9% respecto del total de las neoplasias.(20) y que la incidencia anual puede llegar a ser de un millón de nuevos casos para el año 2000.(1)

En México la frecuencia de mortalidad por CM ha ido en ascenso, el número de muertes al inicio de la década de los 90s se elevó respecto de 1980 en un 72%. La tasa cruda de mortalidad en mujeres mayores de 25 años se incrementó de 9.5% a 13%, así pasó a ocupar el sexto lugar en frecuencia de morbilidad por tumores malignos, y el segundo lugar considerando solamente el sexo femenino.(2)

A consecuencia del aumento importante de la esperanza de vida; disminución de la reducción de la tasa de crecimiento total anual; cambios en los estilos de vida particularmente la práctica cada vez menor de la lactancia y la disminución de tasas de fertilidad entre otros; así como la escasa eficiencia y efectividad de los programas de detección oportuna del CM.

En este contexto se considera al CM como una enfermedad sistémica que comprende un complejo espectro de interrelaciones huésped - tumor con un proceso continuo y de causalidad múltiple (3). Por ello uno de los principales retos en relación a este padecimiento es la práctica de la salud pública con fundamento multidisciplinario.

La prevención del CM es un desafío en materia de salud por su repercusión sobre los daños a la salud. Por lo que deberá considerarse en materia de prevención primaria a la salud, dirigir las acciones de los factores de riesgo nocivos. En el momento actual se consideran de acuerdo a la revisión bibliográfica los siguientes(4).

FACTORES REPRODUCTIVOS: edad de la menarquia y la menopausia, paridad y lactancia, edad del primer embarazo, embarazos múltiples asociación de abortos, infertilidad, irregularidad de los ciclos menstruales, nubilidad.(6).

FACTORES DE TRATAMIENTOS HORMONALES: uso de anticonceptivos orales, uso de terapia estrogénica de remplazo.(7) (11) (12).

FACTORES GENÉTICOS: cáncer en general y cáncer de mama en familiares de primer grado de consanguinidad. (8).

ANTECEDENTES DE ENFERMEDADES BENIGNAS DE LA MAMA.

FACTORES DIETÉTICOS:

ESTILO DE VIDA: consumo de alcohol, actividad física, obesidad.(9) (10).

EXPOSICIÓN A RADIACIÓN: radioterapia, mastografía. (4).

FACTORES EMOCIONALES: soledad, depresión, calidad de vida marital se ha visto como variables psicosociales en el desarrollo de CM. Sin embargo es importante considerarlas a futuro.(11).

Las elevadas tasas de morbilidad que se observan en el grupo de mujeres en edad fértil en nuestro país, representa un serio problema de Salud Pública, a este respecto cabe mencionar que las tasas de mortalidad por tumores malignos en México rebasan a aquellos países con similar grado de desarrollo económico y social, esto es debido quizás al bajo porcentaje de mujeres que disfrutan de vigilancia epidemiológica y atención médica. A este respecto la patología de la glándula mamaria es amplia y variada, siendo los procesos inflamatorios como la mastitis un factor sumamente relevante, debido a que un proceso inflamatorio puede simular un carcinoma mamario, en cuyo caso su desarrollo es insidioso y frecuentemente es diagnosticado incorrectamente ó en forma tardía con una recurrencia alta del 60%.

Las lesiones benignas de la mama son de gran valor epidemiológico ya que nos permiten pronosticar que mujeres tienen mayor probabilidad de desarrollar cáncer de mama.

En América Latina y países con un modelo socioeconómico similar se clasifican en cuatro grupos representando el más alto índice de mortalidad:

GRUPO I: Uruguay

GRUPO II: Argentina.

GRUPO III: Venezuela, Puerto Rico, Panamá, Chile, Paraguay, Costa Rica y Cuba.

GRUPO IV: México, Salvador, Dominicana, Colombia y Perú.

En 1982 la Fundación Internacional del Cáncer estableció que una de cada 13 mujeres padecerá CM, se señala además que sólo el 83% tendrá una sobrevivida de 5 años, en el caso de que haya sido diagnosticado y localizado, y 52% cuando exista invasión regional.

Estadísticamente en relación a los factores de riesgo, a lo largo del tiempo se le ha asociado al CM un origen multifactorial. Se ha señalado la existencia de múltiples asociaciones de factores ambientales y del huésped, aunque no se ha demostrado fehacientemente que alguno de ellos, los mencionados en el marco teórico cause el CM en la raza humana. Sin embargo se han establecido diferentes modelos teóricos que se han construido alrededor del conocimiento del CM tales como el biologicista, epidemiológico y el sociomédico.

Hasta ahora los factores de riesgo aún con la aplicación del screening se consideran como indicadores tentadores, la triste realidad es que a la luz de los escasos e imprecisos conocimientos actuales, todas las mujeres mexicanas, se hayan en peligro después de los 30 años de edad, y que dicho riesgo aumenta conforme se incrementa la edad.

Como resultado de lo anterior, es de suma importancia contribuir a determinar la incidencia y prevalencia de CM en la población femenina que acude a los diferentes centros de atención hospitalaria del I.S.S.S.T.E. remitidos al CENTRO MÉDICO NACIONAL 20 DE NOVIEMBRE reflejándose así el impacto de la enfermedad sobre la población derechohabiente.

JUSTIFICACIÓN

Las neoplasias de la glándula mamaria constituyen el 30 % del total de las neoplasias malignas que afectan a la población femenina en edad fértil. El programa institucional de detección y control de la patología mamaria, ha venido diagnosticando un aumento en el número de casos confirmados mediante la aplicación del screening de mamografía. En la actualidad existe en nuestra institución la infraestructura necesaria para la atención oportuna y de alta calidad, para las pacientes que presentan algún tipo de patología mamaria. (16).

2

Se considera que una de cada 9 mujeres en E.U.A. sufrirá de CM en el transcurso de su vida. En la actualidad se estima que cada año se presentan 572100 casos nuevos en el mundo, con una frecuencia de 9% respecto del total de neoplasias. (26). y que la incidencia anual puede llegar a ser de un millón de nuevos casos para el año 2000. (1) (17).

En México el CM ocupa el segundo lugar en frecuencia de las neoplasias en general, se diagnostican alrededor de 350 casos por año y las dos terceras partes de estos llegan en estados avanzados, el número de muertes se elevó en los 90s. en un 72% respecto de 1980. La tasa cruda de mortalidad en mujeres mayores de 25 años se incrementó de 9.5% a 13%, así paso a ocupar el 6o. lugar en frecuencia de morbilidad por tumores malignos y el 2o. lugar considerado únicamente al sexo femenino. (2) (12) (15).

El CM por su repercusión sobre los daños a la salud, representa un desafío para la salud pública, además de considerarse una enfermedad sistémica y multifactorial que afecta primordialmente a mujeres en edad productiva social y económicamente activa, además de ser un elemento importante en el núcleo familiar.

Se han desarrollado diferentes modelos de conocimiento científico: biologicista, higienista - preventivo, epidemiológico y multidisciplinario, todos ellos en el intento de identificar los sucesos más relevantes en relación al CM., para dar una respuesta social organizada en el control de la enfermedad, mediante su investigación, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y seguimiento con fundamento multidisciplinario. (17) (18) (19).

En el servicio de Radiología e Imagen a través de se departamento de mastografía se avanza en ese sentido, además se amplia la capacitación para el diagnóstico oportuno de los posibles daños, limitando en el mejor de los casos al menor grado de secuelas, invalidez y muerte de los derechohabientes. Sin embargo los esfuerzos aún no han sido suficientes ni determinantes para contribuir la morbimortalidad del CM.

Al contar con un registro y análisis estadístico epidemiológico del problema de estudio, nos permitirá principalmente contar con un registro propio de los pacientes derechohabientes del CENTRO MÉDICO NACIONAL 20 DE NOVIEMBRE, referidas por el primer y segundo nivel de atención del I.S.S.S.T.E., así mismo se pretende contribuir en el establecimiento de nuevas líneas de investigación acordes al área de influencia del C.M.N. 20 de Noviembre.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se realizó un estudio de investigación de tipo descriptivo, analítico, transversal y retrospectivo. Para esta investigación se estudiaron 1000 pacientes derechohabientes del I.S.S.S.T.E. del sexo femenino mayores de 15 años de edad, referidas de los diferentes niveles de atención al **CENTRO MÉDICO NACIONAL 20 DE NOVIEMBRE**, en el período comprendido entre 1996 a 1998. Se excluyeron todas aquellas pacientes que no contaban con hoja de referencia de algunos de los diferentes niveles de atención del I.S.S.S.T.E.

Se consideraron los datos generales de la hoja de registro del servicio de Radiología en su Departamento de Mastografía, en el2 que se incluyeron los siguientes datos:

Edad, sexo, lugar de nacimiento, estado civil, servicio de referencia, antecedentes heredofamiliares de cáncer, paridad, lactancia al seno materno, menarca, antecedentes quirúrgicos de la mama, ingesta de anticonceptivos orales, autoexamen de la mama, diagnóstico de envío y diagnóstico radiológico. Anexo Y.

Los datos recabados se capturaron en dbase utilizando el Programa epidemiológico EPI-INFO. apoyado con el programa EXCEL para analizar cada variable, las cuales se convirtieron en cuantitativas aplicándoles medidas de tendencia central como moda, mediana, T de Students y pruebas de significancia estadística como X² y T de Students.

RESULTADOS

De los 1000 estudios realizados, el diagnóstico radiológico fue positivo a cáncer en 164 pacientes de los cuales 109 son negativos por el diagnóstico en el ultrasonido y de 836 pacientes negativos a cáncer por ultrasonido uno fue positivo, aplicándole diferentes pruebas de significancia estadística en riesgo relativo, el resultado es de 8.51 lo cual representa un riesgo muy elevado entre la mastografía y el ultrasonido.

Las otras pruebas de significancia estadística dan resultados por arriba de 280 que es un riesgo importante. En este sentido la mastografía es un estudio preponderante para el diagnóstico del CM.

Otros aspectos relevantes del presente estudio, se vio reflejado en el grupo etéreo más afectado en CM comprendido en un 23% de 40 - 44 años de edad, con una media de 47 años. (cuadro 1).

2

La procedencia de las pacientes fue predominantemente del DF: en un 60%, otros estados en menor proporción fueron: Edo de México, Veracruz, Hidalgo y Guerrero con un 10%. (cuadro 2).

El estado civil se caracterizo en un 60% las casadas y 20% las solteras. (cuadro 3).

El servicio del cual fueron referidas las pacientes fue principalmente del servicio de Oncología en un 60%, llamando la atención la baja proporcionalidad referidas del servicio de clínica de mama. (cuadro 4).

En relación a los antecedentes heredofamiliares en primer línea de consanguinidad fue el de la madre en un 28% y el padre en un 13%. (cuadro 5).

En el rubro correspondiente a la reproductividad el 82% tuvo hijos, de los cuales el 30% tuvo en promedio 3 hijos representando un 24% y solamente un 11 % tuvo más de 5 hijos. (cuadro 7).

La edad de la menarquia fue en promedio de 13 años de edad, y únicamente un 3% de las pacientes presentaron menarquia temprana ó tardía. (cuadro 9).

De las mujeres que procrearon hijos el 69% dio alimentación al seno materno y un 30% no lo realizó. (cuadro 8).

Población que tuvo cirugía de mama como mastectomía, lobectomía, resección y/o biopsia, les fue practicada únicamente al 38.7% (cuadro 10). de las cuales 39.5% se les practico mastectomía, 35% biopsia, 16.8% resección parcial, 6.5% lobectomía y solo un 2% colocación de prótesis. (cuadro 11).

En relación a las señas particulares en mama el 52.8% las presento. (cuadro 12). siendo el tipo de seña en la mama, las cicatrices en 63.8% predominantemente (cuadro 13).

La población que presento tumoración y localización específica en las glándulas mamarias 23% las presento en la mama izquierda, 20% en forma bilateral y 17.7% en la mama derecha, un 435 no presento tumoración palpable. (cuadro14).

La secreción en el pezón un 70% fue de localización bilateral, 38% en la mama derecha y 32% en la mama izquierda; en relación a las características de la secreción en primera instancia fue de tipo lechoso, seguida del tipo purulenta y en tercer lugar el de tipo sanguinolenta. (cuadro 15).

Las mujeres que sufren molestia en las mamas el 25% la identifico en la mama izquierda, 21.6% en forma bilateral y 17.1% en la mama derecha. (cuadro 16).

En relación a la ingesta de medicamentos 31% ingiere analgésicos, 19.9% antihipertensivos, 17.9% quimioterapéuticos, 6% calcio , 5.4% hipoglucemiantes orales y 3.5% antibióticos. (cuadro 17).

La ingesta e anticonceptivos orales el 65.5% ingirió estrógenos, 19% progestágenos y un 15.5% desconoce el tipo. (cuadro 18).

Por último la población que se practica el examen de la mama el 53.8% sí lo realiza y el 46.2% no lo practica. (cuadro 19).

MORBILIDAD BENIGNA Y MALIGNA DE LA MAMA REGISTRADA EN EL CENTRO MÉDICO NACIONAL 20 DE NOVIEMBRE EN EL SERVICIO DE MASTOGRAFIA.

LESIONES BENIGNAS.

- 1.- Mastopatía fibroquística.
- 2.- Adenomegalias axilares.
- 3.- Mamas involutivas.
- 4.- Fibroadenoma.
- 5.- Ectasia ductal.
- 6.- Calcificaciones benignas.
- 7.- Adenosis.
- 8.- Fibroadenolipoma.
- 9.- Fibrolipoma.
- 10.- Glándula accesoria.
- 11.- Lipoma.
- 12.- Papiloma.
- 13.- Ganglio intramamario.
- 14.- Normal.

LESIONES MALIGNAS.

- 1.- Ca de mama.
- 2.- Microcalcificaciones.
- 3.- Pb. ca de mama.
- 4.- Tumor Phyloides.
- 5.- Mets.
- 6.- Conglomerado ganglionar.
- 7.- Recidiva tumoral.
- 8.- Carcinoma ductal.
- 9.- Carcinoma papilar.

ANEXOS



Instituto de Seguridad y
Servicios Sociales para
los Trabajadores del
Estado

CENTRO MEDICO NACIONAL "20 DE
NOVIEMBRE"



SERVICIO DE RADIOLOGIA E IMAGEN

MASTOGRAFIA

FECHA: _____

NOMBRE _____

TELEFONO _____ FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO _____

_____ EDAD _____ SEXO _____ ESTADO CIVIL _____

SERVICIO QUE LA (O) REFIERE _____

QUIEN EN SU FAMILIA PADECIO CANCER DE MAMA O ALGUN OTRO CANCER?

PADRE _____ MADRE _____ HERMANOS _____ OTROS _____

TIENE HIJOS? SI _____ NO _____ CUANTOS? _____ EDADES _____

AMAMANTO A SUS HIJOS? SI _____ NO _____

CUANDO FUE SU PRIMER PERIODO MENSTRUAL _____

TIENE HISTORIA DE CIRUGIA DE MAMA? SI _____ NO _____ FECHA _____

TIENE USTED ALGUNA SEÑA PARTICULAR EN LAS MAMAS? SI _____ NO _____

CICATRICES _____ LUNARES _____ VERRUGAS _____ OTROS _____

TIENE USTED ALGUNA BOLITA? SI _____ NO _____

EN QUE MAMA? DERECHA _____ IZQUIERDA _____

TIENE USTED ALGUNA SECRECION POR EL PEZON? SI _____ NO _____

QUE TIPO? LECHOSA _____ SANGUINOLENTA _____ PURULENTA _____

QUE LADO? DERECHO _____ IZQUIERDO _____

TIENE USTED ALGUN MALESTAR O DOLOR? SI _____ NO _____

QUE LADO? DERECHO _____ IZQUIERDO _____

TOMA USTED ALGUN MEDICAMENTO? _____

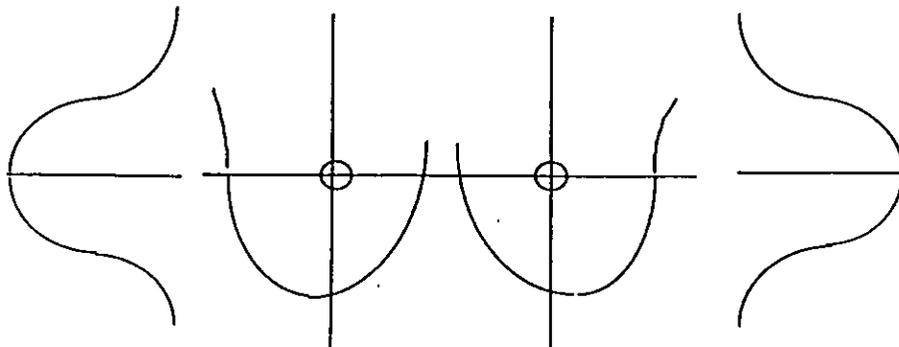
PASTILLAS ANTICONCEPTIVAS? SI _____ NO _____

ESTROGENOS _____ PROGESTANOS _____ CORTISONA _____

PRACTICA USTED CON REGULARIDAD EXAMEN EN SUS MAMAS? SI _____ NO _____

DIAGNOSTICO DE ENVIO _____

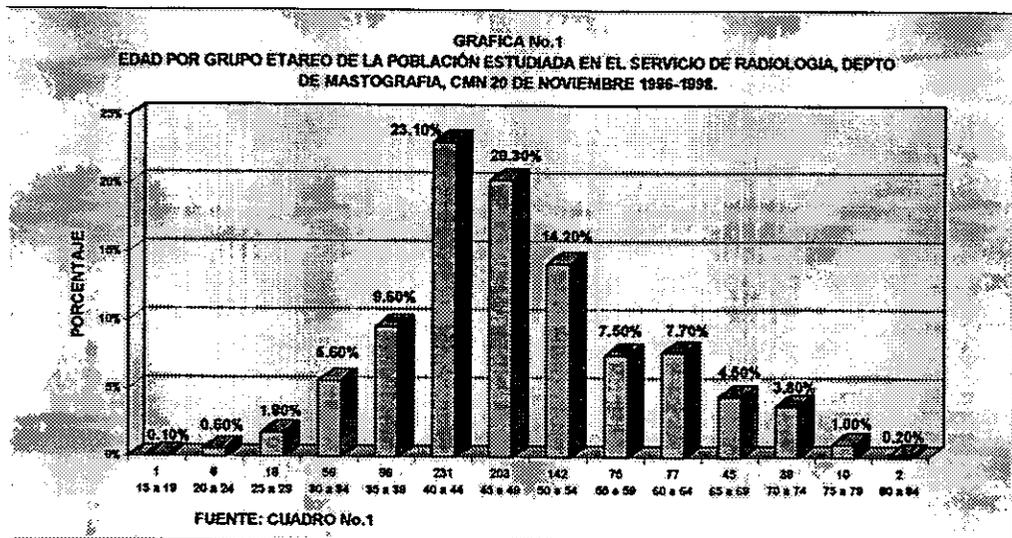
DIAGNOSTICO RADIOLOGICO _____



CUADRO No.1
 EDAD POR GRUPO ETAREO DE LA POBLACIÓN ESTUDIADA EN EL SERVICIO DE RADIOLOGIA, DEPTO
 DE MASTOGRAFIA, CMN 20 DE NOVIEMBRE 1996-1998.

EDAD	FRECUENCIA	PORCENTAJE
15 a 19	1	0.10%
20 a 24	6	0.60%
25 a 29	18	1.80%
30 a 34	56	5.60%
35 a 39	96	9.60%
40 a 44	231	23.10%
45 a 49	203	20.30%
50 a 54	142	14.20%
55 a 59	75	7.50%
60 a 64	77	7.70%
65 a 69	45	4.50%
70 a 74	38	3.80%
75 a 79	10	1.00%
80 a 84	2	0.20%
Total	1000	100.00%

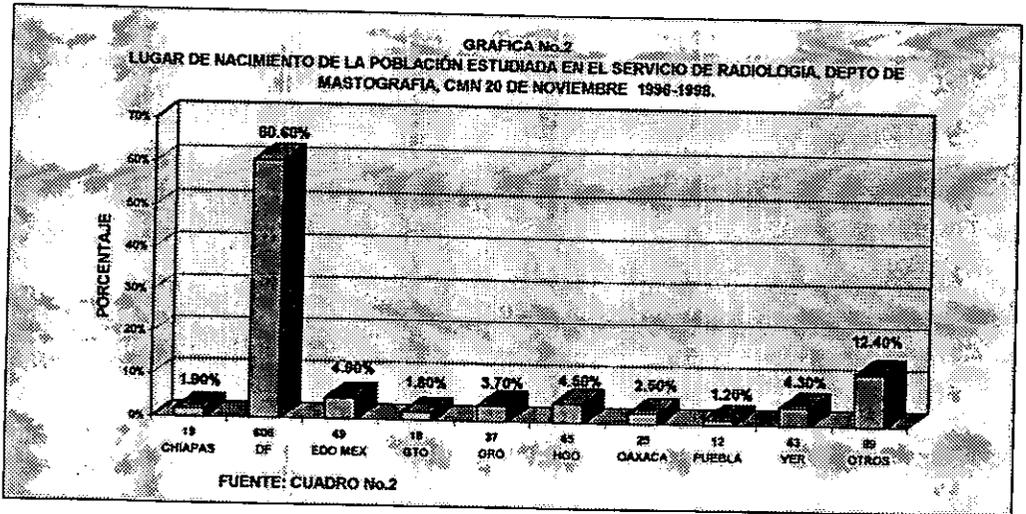
FUENTE: ARCHIVO DEL SERVICIO DE MASTOGRAFIA CMN 20 DE NOVIEMBRE.



CUADRO No.2
LUGAR DE NACIMIENTO DE LA POBLACIÓN ESTUDIADA EN EL SERVICIO DE RADIOLOGIA, DEPTO DE
MASTOGRAFIA, CMN 20 DE NOVIEMBRE 1996-1998.

LUGAR NACIMIENTO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
CHIAPAS	19	1.90%
DF	606	60.60%
EDO MEX	49	4.90%
GTO	18	1.80%
GRO	37	3.70%
HGO	45	4.50%
OAXACA	25	2.50%
PUEBLA	12	1.20%
VER	43	4.30%
OTROS	99	12.40%
TOTAL	1000	100.00%

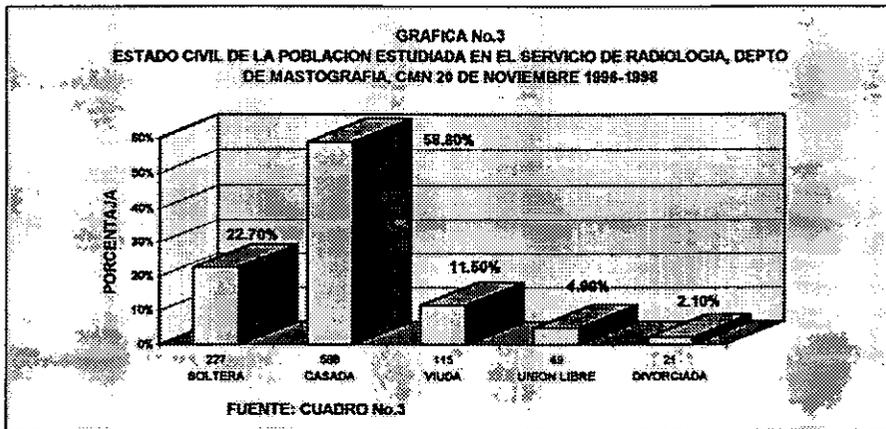
FUENTE: ARCHIVO DEL SERVICIO DE MASTOGRAFIA CMN 20 DE NOVIEMBRE.



CUADRO No.3
ESTADO CIVIL DE LA POBLACIÓN ESTUDIADA EN EL SERVICIO DE RADIOLOGIA, DEPTO DE
MASTOGRAFIA, CMN 20 DE NOVIEMBRE 1996-1998.

ESTADO CIVIL	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SOLTERA	227	22.70%
CASADA	588	58.80%
VIUDA	115	11.50%
UNION LIBRE	49	4.90%
DIVORCIADA	21	2.10%
Total	1000	100.00%

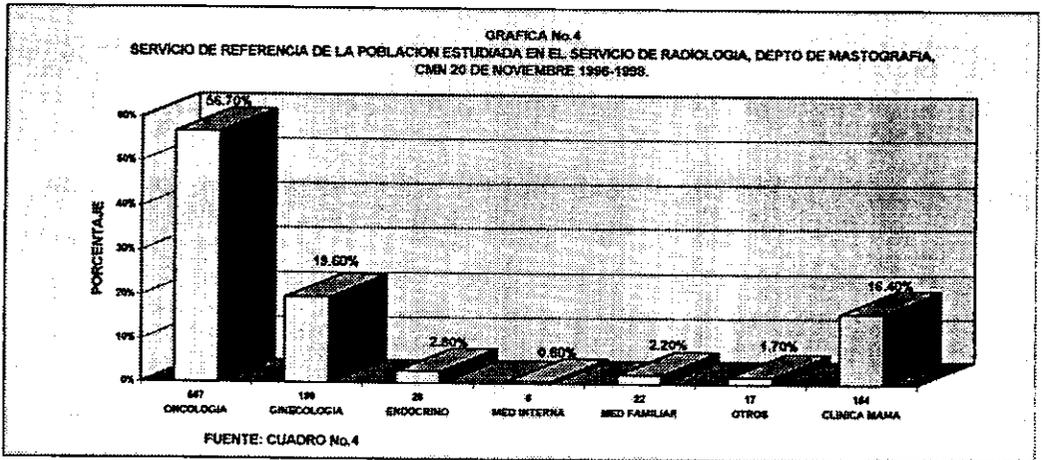
FUENTE: ARCHIVO DEL SERVICIO DE MASTOGRAFIA CMN 20 DE NOVIEMBRE.



CUADRO No.4
SERVICIO DE REFERENCIA DE LA POBLACIÓN ESTUDIADA EN EL SERVICIO DE RADIOLOGIA, DEPTO DE
MASTOGRAFIA, CMN 20 DE NOVIEMBRE 1996-1998.

SERVICIO QUE REFIERE	FRECUENCIA	PORCENTAJE
ONCOLOGIA	567	56.70%
GINECOLOGIA	196	19.60%
ENDOCRINO	28	2.80%
MED INTERNA	6	0.60%
MED FAMILIAR	22	2.20%
OTROS	17	1.70%
CLINICA MAMA	164	16.40%
Total	1000	100.00%

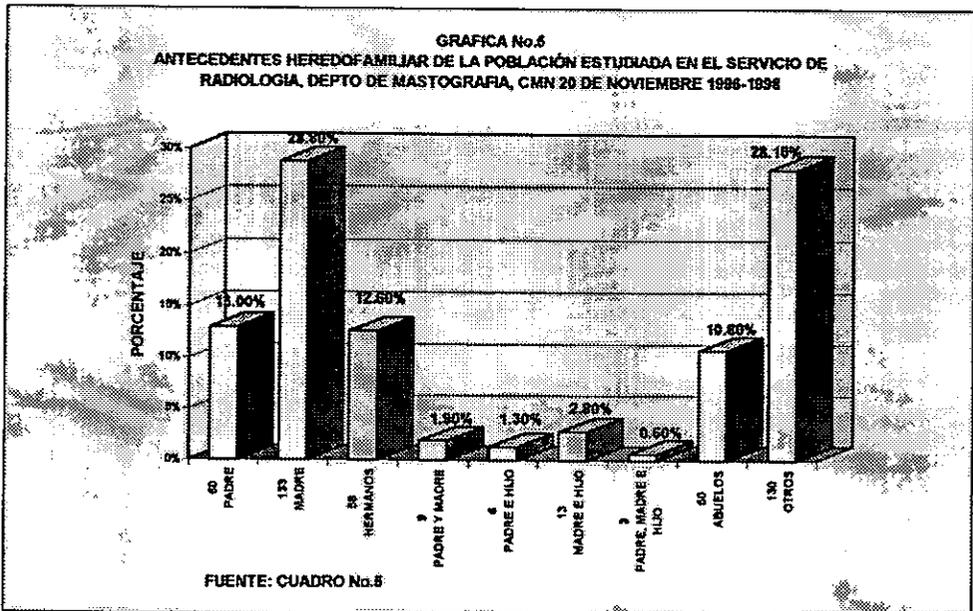
FUENTE: ARCHIVO DEL SERVICIO DE MASTOGRAFIA CMN 20 DE NOVIEMBRE.



CUADRO No.5
ANTECEDENTE HEREDOFAMILIAR DE LA POBLACIÓN ESTUDIADA EN EL SERVICIO DE RADIOLOGIA,
DEPTO DE MASTOGRAFIA, CMN 20 DE NOVIEMBRE 1996-1998.

AHFA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
PADRE	60	13.00%
MADRE	133	28.80%
HERMANOS	58	12.60%
PADRE Y MADRE	9	1.90%
PADRE E HIJO	6	1.30%
MADRE E HIJO	13	2.80%
PADRE, MADRE E HIJO	3	0.60%
ABUELOS	50	10.80%
OTROS	130	28.10%
Total	625	100.00%

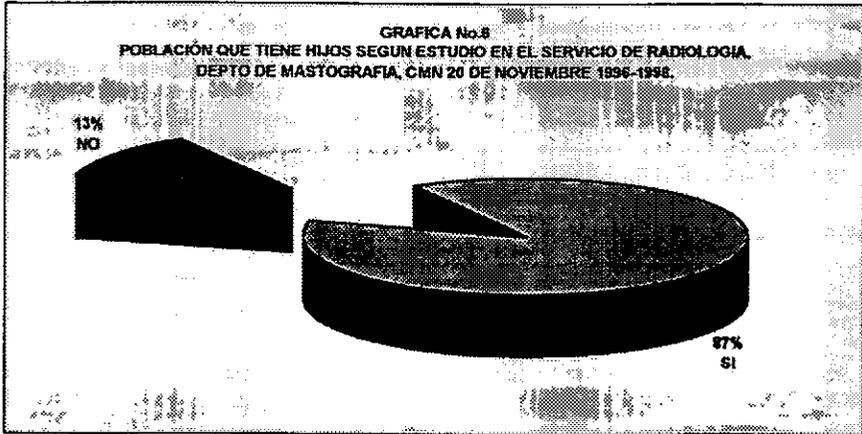
FUENTE: ARCHIVO DEL SERVICIO DE MASTOGRAFIA CMN 20 DE NOVIEMBRE.



CUADRO No.6
POBLACIÓN QUE TIENE HIJOS SEGUN EL ESTUDIO EN EL SERVICIO DE RADIOLOGIA, DEPTO DE
MASTOGRAFIA, CMN 20 DE NOVIEMBRE 1996-1998.

TIENE HIJOS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SI	821	82.00%
NO	119	18.00%
Total	1000	100.00%

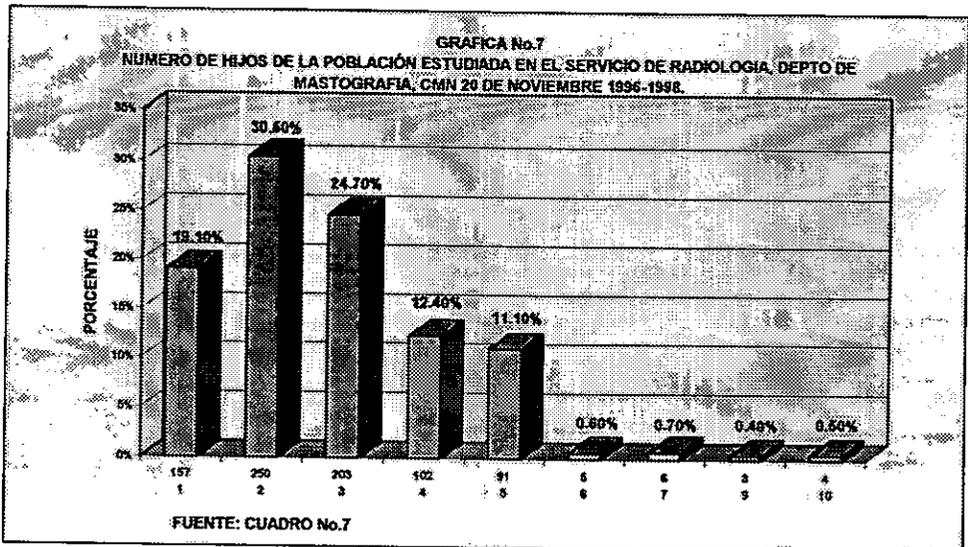
FUENTE: ARCHIVO DEL SERVICIO DE MASTOGRAFIA CMN 20 DE NOVIEMBRE.



CUADRO No.7
NUMERO DE HIJOS DE LA POBLACIÓN ESTUDIADA EN EL SERVICIO DE RADIOLOGIA, DEPTO DE
MASTOGRAFIA, CMN 20 DE NOVIEMBRE 1996-1998.

No. DE HIJOS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
1	157	19.10%
2	250	30.50%
3	203	24.70%
4	102	12.40%
5	91	11.10%
6	5	0.60%
7	6	0.70%
9	3	0.40%
10	4	0.50%
TOTAL	821	100.00%

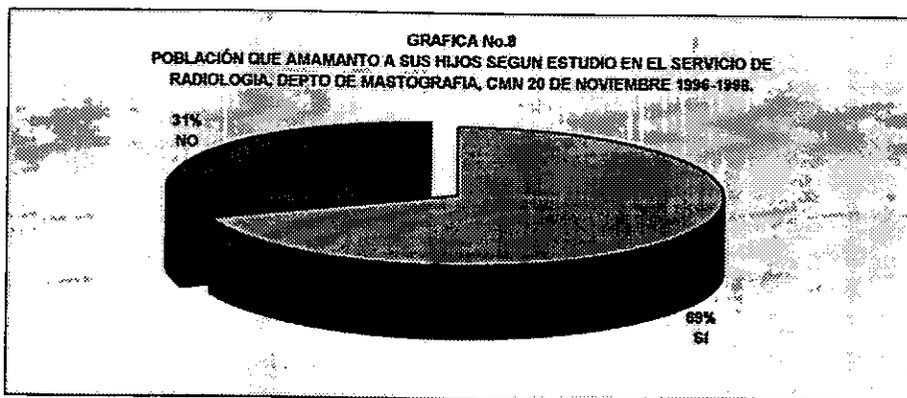
FUENTE: ARCHIVO DEL SERVICIO DE MASTOGRAFIA CMN 20 DE NOVIEMBRE.



CUADRO No.8
POBLACIÓN QUE AMAMANTO A SUS HIJOS SEGUN ESTUDIO EN EL SERVICIO DE RADIOLOGIA, DEPTO
DE MASTOGRAFIA, CMN 20 DE NOVIEMBRE 1996-1998.

AMAMANTO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SI	691	69.10%
NO	309	30.90%
Total	1000	100.00%

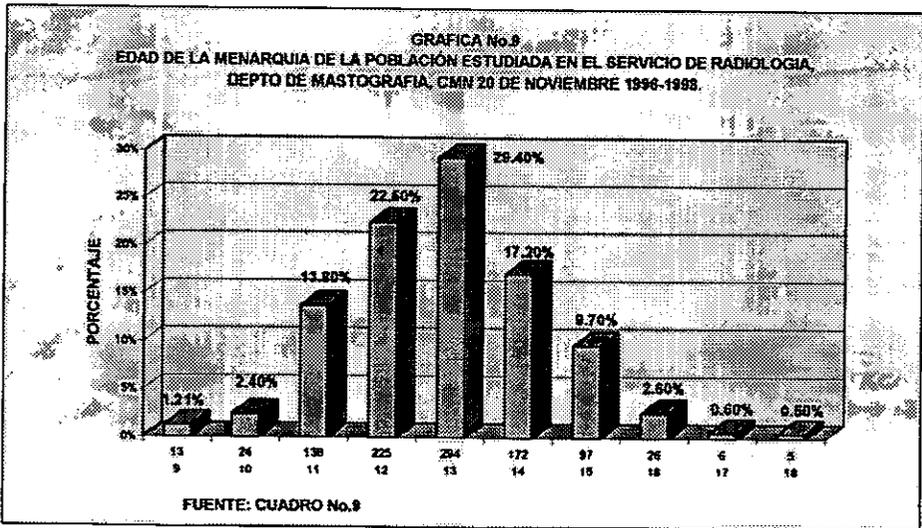
FUENTE: ARCHIVO DEL SERVICIO DE MASTOGRAFIA CMN 20 DE NOVIEMBRE.



CUADRO No.9
EDAD DE LA MENARQUIA DE LA POBLACIÓN ESTUDIADA EN EL SERVICIO DE RADIOLOGIA, DEPTO DE
MASTOGRAFIA, CMN 20 DE NOVIEMBRE 1996-1998.

MENARCA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
9	13	1.21%
10	24	2.40%
11	138	13.80%
12	225	22.50%
13	294	29.40%
14	172	17.20%
15	97	9.70%
16	26	2.60%
17	6	0.60%
18	5	0.50%
Total	1000	100.00%

FUENTE: ARCHIVO DEL SERVICIO DE MASTOGRAFIA CMN 20 DE NOVIEMBRE.

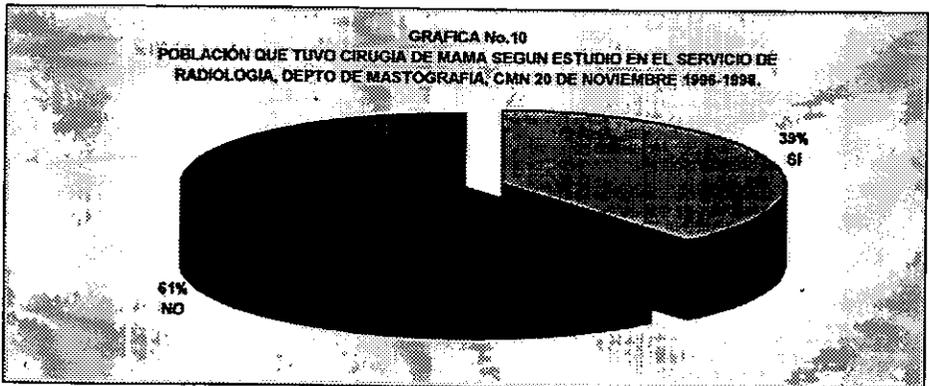


CUADRO No.10

POBLACIÓN QUE TUVO CIRUGIA DE MAMA SEGUN ESTUDIO EN EL SERVICIO DE RADIOLOGIA, DEPTO DE MASTOGRAFIA, CMN 20 DE NOVIEMBRE 1996-1998.

CIRUGIA DE MAMA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SI	387	38.70%
NO	613	61.30%
Total	1000	100.00%

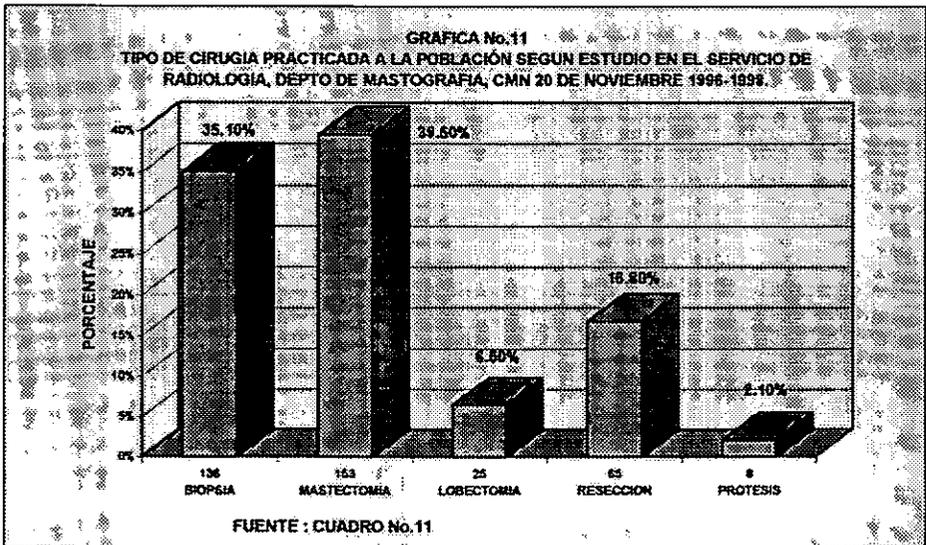
FUENTE: ARCHIVO DEL SERVICIO DE MASTOGRAFIA CMN 20 DE NOVIEMBRE.



CUADRO No.11
TIPO DE CIRUGIA PRACTICADA A LA POBLACION ESTUDIADA EN EL SERVICIO DE RADIOLOGIA,
DEPTO DE MASTOGRAFIA, CMN 20 DE NOVIEMBRE 1996-1998.

TIPO DE CIRUGIA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
BIOPSIA	136	35.10%
MASTECTOMIA	153	39.50%
LOBECTOMIA	25	6.50%
RESECCION	65	16.80%
PROTESIS	8	2.10%
Total	387	100.00%

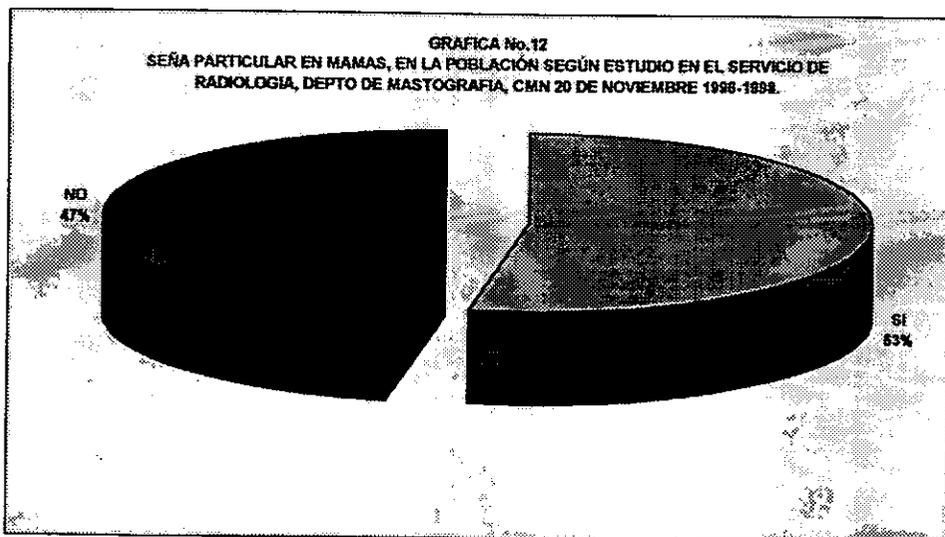
FUENTE: ARCHIVO DEL SERVICIO DE MASTOGRAFIA CMN 20 DE NOVIEMBRE.



CUADRO No.12
SEÑA PARTICULAR EN MAMAS EN LA POBLACIÓN SEGUN ESTUDIO EN EL SERVICIO DE RADIOLOGIA,
DEPTO DE MASTOGRAFIA, CMN 20 DE NOVIEMBRE 1996-1998.

SEÑAS PARTICULARES	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SI	528	52.80%
NO	472	47.20%
Total	1000	100.00%

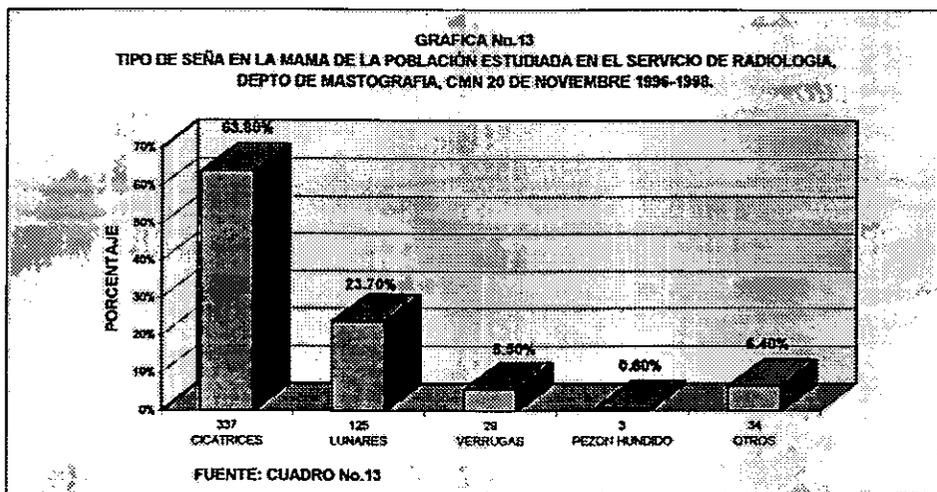
FUENTE: ARCHIVO DEL SERVICIO DE MASTOGRAFIA CMN 20 DE NOVIEMBRE.



CUADRO No.13
TIPO DE SEÑA EN LA MAMA DE LA POBLACIÓN SEGUN ESTUDIO EN EL SERVICIO DE RADIOLOGIA,
DEPTO DE MASTOGRAFIA, CMN 20 DE NOVIEMBRE 1996-1998.

TIPO DE SEÑA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
CICATRICES	337	63.80%
LUNARES	125	23.70%
VERRUGAS	29	5.50%
PEZON HUNDIDO	3	0.60%
OTROS	34	6.40%
Total	528	100.00%

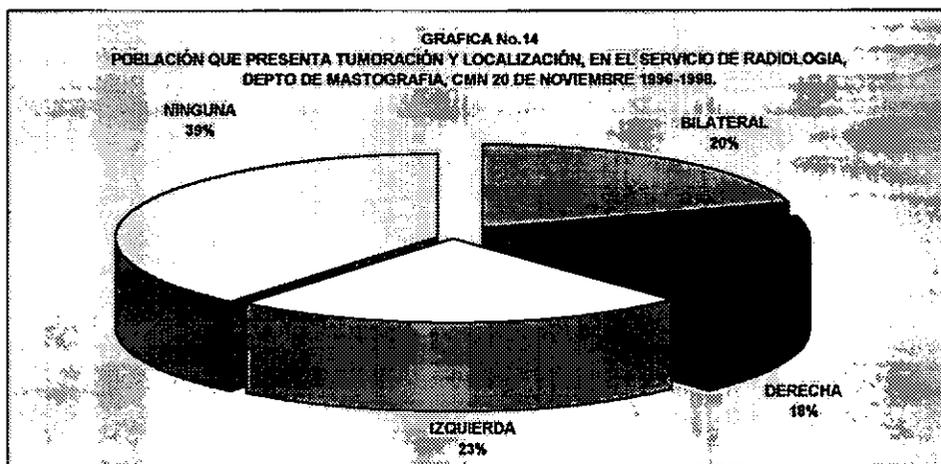
FUENTE: ARCHIVO DEL SERVICIO DE MASTOGRAFIA CMN 20 DE NOVIEMBRE.



CUADRO No.14
POBLACIÓN QUE PRESENTA TUMORACIÓN Y LOCALIZACIÓN, EN EL SERVICIO DE RADIOLOGIA,
DEPTO DE MASTOGRAFIA, CMN 20 DE NOVIEMBRE 1996-1998.

TUMORACIÓN		
LOCALIZACIÓN	FRECUENCIA	PORCENTAJE
BILATERAL	203	20.30%
DERECHA	177	17.70%
IZQUIERDA	231	23.10%
NINGUNA	389	38.90%
Total	1000	100.00%

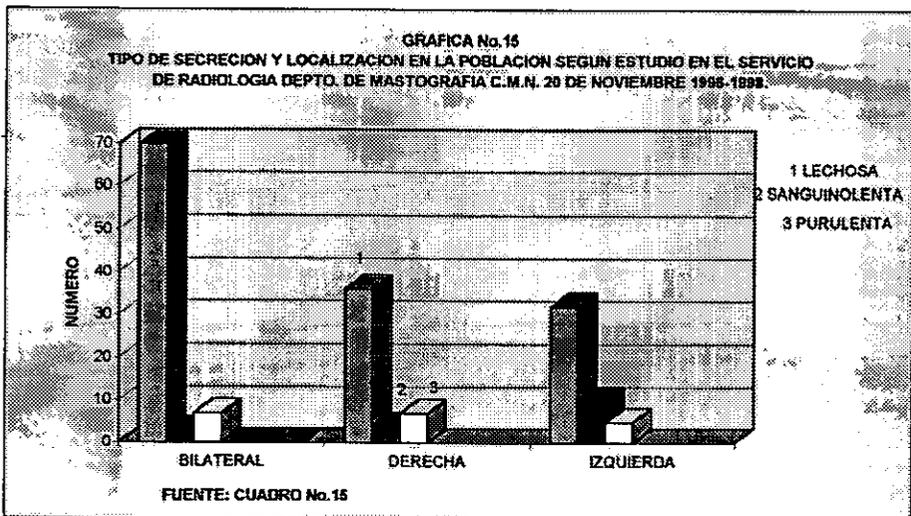
FUENTE: ARCHIVO DEL SERVICIO DE MASTOGRAFIA CMN 20 DE NOVIEMBRE.



CUADRO No.15
SECRECION EN EL PEZON, TIPO Y QUE LADO EN LA POBLACION SEGUN ESTUDIO EN EL SERVICIO DE RADIOLOGIA, DEPTO DE MASTOGRAFIA, CMN 20 DE NOVIEMBRE 1996-1998.

LOCALIZACION	TIPO DE SECRECION			TOTAL
	LECHOSA	SANGINOLENTA	PURULENTA	
BILATERAL	70	3	7	80
DERECHA	36	4	7	47
IZQUIERDA	32	10	5	127
SUBTOTAL	138	17	19	254
SIN SECRECION				746
			TOTAL	1000

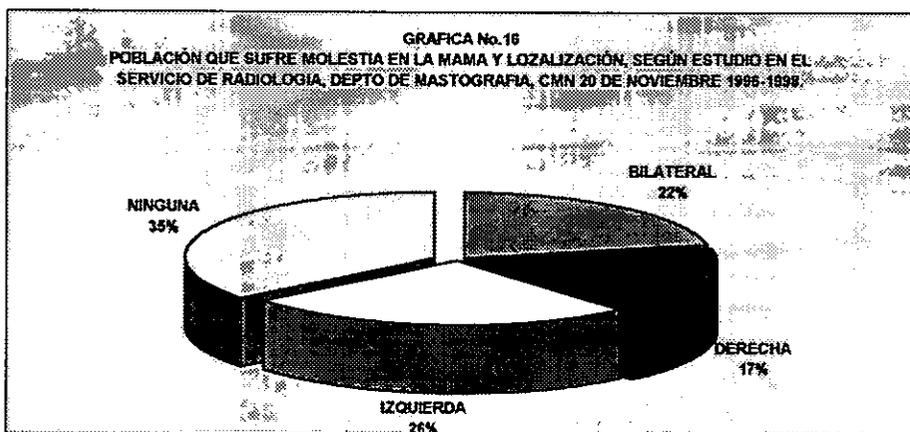
FUENTE: ARCHIVO DEL SERVICIO DE MASTOGRAFIA CMN 20 DE NOVIEMBRE.



CUADRO No.16
POBLACIÓN QUE SUFRE MOLESTIA EN LA MAMA Y LOCALIZACIÓN SEGUN ESTUDIO EN EL SERVICIO DE RADIOLOGIA, DEPTO DE MASTOGRAFIA, CMN 20 DE NOVIEMBRE 1996-1998.

MOLESTIA		
LOCALIZACIÓN	FRECUENCIA	PORCENTAJE
BILATERAL	216	21.60%
DERECHA	171	17.10%
IZQUIERDA	256	25.60%
NINGUNA	357	35.70%
Total	1000	100.00%

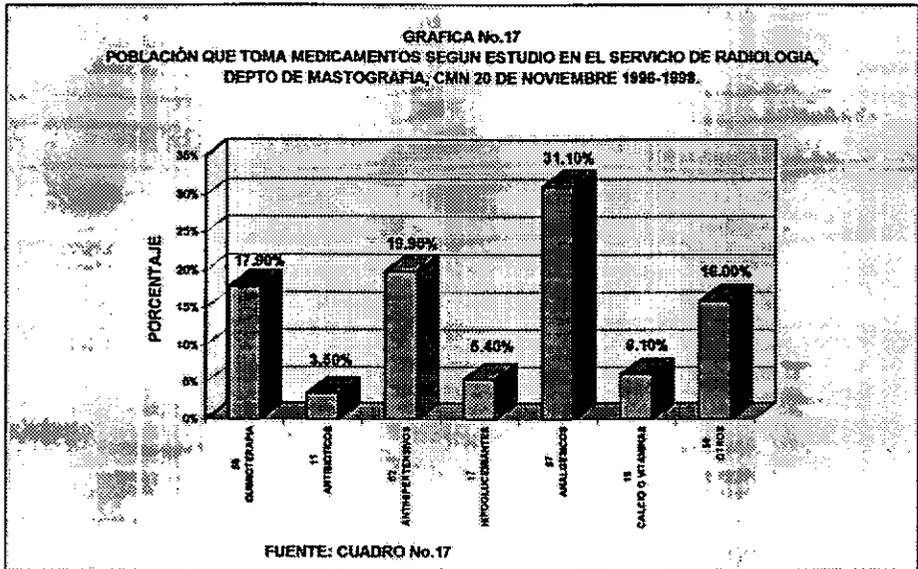
FUENTE: ARCHIVO DEL SERVICIO DE MASTOGRAFIA CMN 20 DE NOVIEMBRE.



CUADRO No.17
POBLACIÓN QUE TOMA ALGUN MEDICAMENTO SEGUN ESTUDIO EN EL SERVICIO DE RADIOLOGIA,
DEPTO DE MASTOGRAFIA, CMN 20 DE NOVIEMBRE 1996-1998.

TOMA MEDICAMENTOS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
QUIMIOTERAPIA	56	17.90%
ANTIBIOTICOS	11	3.50%
ANTIHIPERTENSIVOS	62	19.90%
HIPOGLUCEMIANTES	17	5.40%
ANALGESICOS	97	31.10%
CALCIO O VITAMINAS	19	6.10%
OTROS	50	16.00%
Total	312	100.00%

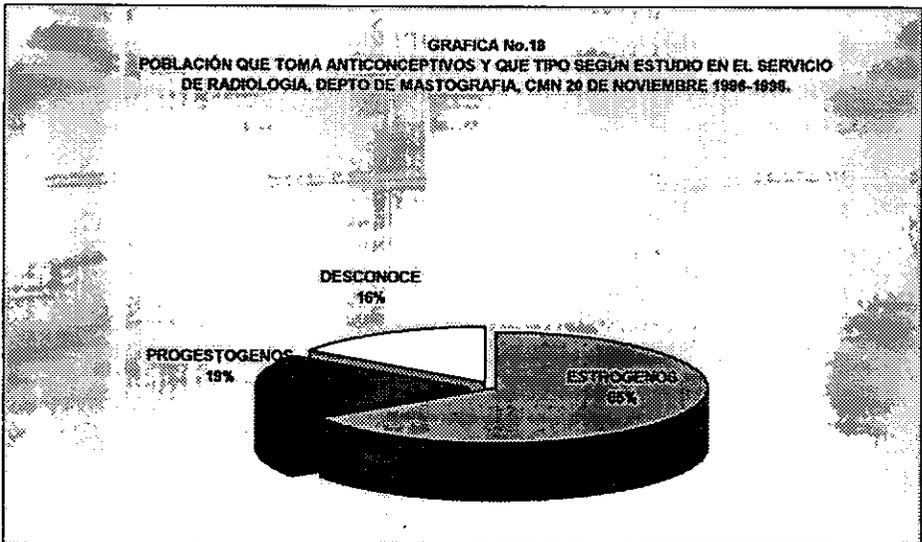
FUENTE: ARCHIVO DEL SERVICIO DE MASTOGRAFIA CMN 20 DE NOVIEMBRE.



CUADRO No. 18
POBLACIÓN QUE TOMA ANTICONCEPTIVOS Y QUE TIPO SEGUN ESTUDIO EN EL SERVICIO DE
RADIOLOGIA, DEPTO DE MASTOGRAFIA, CMN 20 DE NOVIEMBRE 1996-1998.

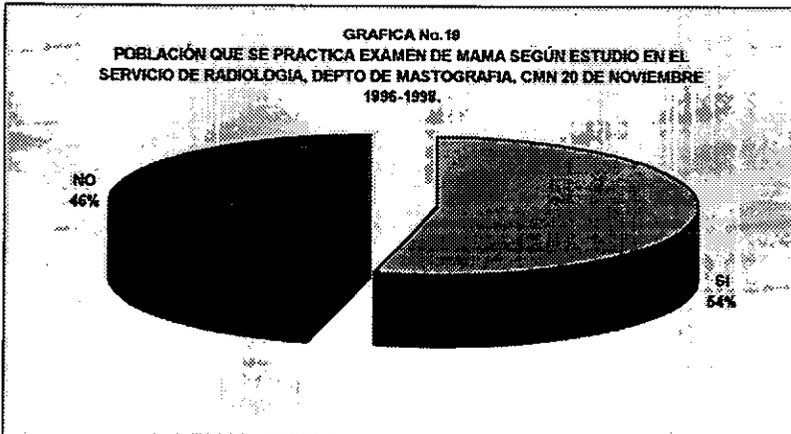
ANTICONORA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
ESTROGENOS	38	65.50%
PROGESTOGENOS	11	19.00%
DESCONOCE	9	15.50%
Total	58	100.00%

FUENTE: ARCHIVO DEL SERVICIO DE MASTOGRAFIA CMN 20 DE NOVIEMBRE.



CUADRO No.19
POBLACIÓN QUE SE PRACTICA EXAMEN DE MAMA SEGUN ESTUDIO EN EL SERVICIO DE RADIOLOGIA,
DEPTO DE MASTOGRAFIA, CMN 20 DE NOVIEMBRE 1996-1998.

EXAMEN DE MAMA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SI	538	53.80%
NO	462	46.20%
Total	1000	100.00%



EDAD	POSITIVO A CANCER		TOTAL	TASA
	SI	NO		
15 a 20	0	2	2	0.00%
21 a 25	0	6	6	0.00%
26 a 30	5	23	28	17.86%
31 a 35	2	43	45	4.44%
36 a 40	17	109	126	13.49%
41 a 45	33	192	225	14.67%
46 a 50	41	172	213	19.25%
51 a 55	16	103	119	13.45%
56 a 60	17	63	80	21.25%
61 a 65	15	56	71	21.13%
66 a 70	17	33	50	34.00%
71 a 75	5	16	21	23.81%
76 a 80	4	5	9	44.44%
80 a 85	4	0	4	100.00%
Total	177	823	1000	

An expected value is < 5. Chi square not valid.

Chi square = 143.71
 Degrees of freedom = 62
 p value = 0.00000002

ANTECEDENTES	POSITIVO A CANCER		TOTAL
	SI	NO	
PADRE	11	49	60
MADRE	20	113	133
HERMANOS	18	40	58
PADRE Y MADRE	1	8	9
PADRE E HIJO	0	6	6
MADRE E HIJO	3	10	13
PADRE, MADRE E HIJO	0	3	3
ABUELOS	6	44	50
OTROS	19	111	130
SIN ANTECEDENTES	99	439	538
Total	177	823	1000

Chi square = 8.12
 Degrees of freedom = 8
 p value = 0.13370000

TIENE HIJOS	POSITIVO A CANCER		TOTAL
	SI	NO	
SI	137	682	819
NO	40	141	181
Total	177	823	1000

Odds ratio 1.41
 Cornfield 95% confidence limits for OR 0.93 < OR < 2.14
 Maximum likelihood estimate of OR (MLE) 1.41
 Exact 95% confidence limits for MLE 0.92 < OR < 2.13
 Exact 95% Mid-P limits for MLE 0.94 < OR < 2.09
 Probability of MLE \geq 1.41 if population OR = 1.0 0.05641322

RISK RATIO(RR)(Outcome:BENIGNO=NO; Exposure:TIENEHIJOS=NO) 1.32
 95% confidence limits for RR 0.97 < RR < 1.81

Ignore risk ratio if case control study

Chi-Squares P-values

Uncorrected: 2.94 0.08660260
 Mantel-Haenszel: 2.93 0.08676022
 Yates corrected: 2.58 0.10827382

CUANTOS HIJOS	POSITIVO A CANCER		TOTAL	TASA
	SI	NO		
1	22	134	156	14.10%
2	38	211	249	15.26%
3	31	172	203	15.27%
4	18	84	102	17.65%
5	23	68	91	25.27%
6	1	4	5	20.00%
7	1	5	6	16.67%
9	2	1	3	66.67%
10	1	3	4	25.00%
NO TIENEN HIJOS	40	141	181	22.10%
Total	177	823	1000	

An expected value is < 5. Chi square not valid.
 Chi square = 9.45
 Degrees of freedom = 8
 p value = 0.15545268

**ESTA TESIS NO DEBE
 SALIR DE LA BIBLIOTECA**

MENARCA	POSITIVO A CANCER		TOTAL
	SI	NO	
9	0	12	12
10	3	21	24
11	27	111	138
12	43	181	224
13	54	239	293
14	32	143	175
15	10	87	97
16	5	21	26
17	2	4	6
18	1	4	5
Total	177	823	1000

An expected value is < 5. Chi square not valid.

Chi square = 8.55

Degrees of freedom = 9

p value = 0.47956222

SECRECION EN EL PEZON	POSITIVO A CANCER		TOTAL
	SI	NO	
SI	21	153	174
NO	156	670	826
Total	177	823	1000

Single Table Analysis

Odds ratio 1.70
 Cornfield 95% confidence limits for OR 1.01 < OR < 2.87
 Maximum likelihood estimate of OR (MLE) 1.70
 Exact 95% confidence limits for MLE 1.03 < OR < 2.91
 Exact 95% Mid-P limits for MLE 1.05 < OR < 2.82
 Probability of MLE >= 1.70 if population OR = 1.0 0.01831960

RISK RATIO(RR)(Outcome: BENIGNO=NO; Exposure: SECREPEZON=NO)1.56
 95% confidence limits for RR 1.02 < RR < 2.39

Ignore risk ratio if case control study

Chi-Squares P-values

 Uncorrected: 4.59 0.03224639 | | ---
 Mantel-Haenszel: 4.58 0.03233279 | | ---
 Yates corrected: 4.13 0.04214672 | | ---

LUGAR	POSITIVO A CANCER		TOTAL	TASA
	SI	NO		
BILATERAL	25	191	216	11.57%
DERECHA	44	128	172	25.58%
IZQUIERDA	57	199	256	22.27%
NINGUNO	51	305	356	14.33%
Total	177	823	1000	

Chi square = 11.25
 Degrees of freedom = 2
 p value = 0.00095533 <---

TOMA ANTICORONA	POSITIVO A CANCER		TOTAL
	SI	NO	
ESTROGENOS	4	34	38
PROGESTOGENOS	2	9	11
DESCONOCE	4	6	10
NO TOMAN	167	774	941
Total	177	823	1000

Chi square = 3.56
 Degrees of freedom = 2
 p value = 0.08628457

EXAMEN DE MAMA	POSITIVO A CANCER		TOTAL
	SI	NO	
SI	88	406	494
NO	89	417	506
Total	177	823	1000

Single Table Analysis

Odds ratio 0.98
 Cornfield 95% confidence limits for OR 0.70 < OR < 1.38
 Maximum likelihood estimate of OR (MLE) 0.98
 Exact 95% confidence limits for MLE 0.70 < OR < 1.38
 Exact 95% Mid-P limits for MLE 0.71 < OR < 1.36
 Probability of MLE <= 0.98 if population OR = 1.0 0.49581677
 RISK RATIO(RR)(Outcome: BENIGNO=NO; Exposure: EXAMAMA=NO) 0.99
 95% confidence limits for RR 0.76 < RR < 1.29

Ignore risk ratio if case control study

Chi-Squares P-values

 Uncorrected: 0.01 0.92579663
 Mantel-Haenszel: 0.01 0.92583364
 Yates corrected: 0.00 0.99180217

DISCUSIÓN

Al pretender identificar los factores de riesgo más relevantes, que participan en el desarrollo del CM mediante un estudio epidemiológico en mujeres mexicanas derechohabientes del I.S.S.S.T.E., que acuden al servicio de mastografía del CENTRO MEDICO NACIONAL 20 DE NOVIEMBRE, nos permitirá entre otros contribuir a reorientar el Programa de prevención del CM en nuestra institución.

La observación de la asociación de CM con factores reproductivos fue una de las primeras evidencias en la descripción de los factores de riesgo. al respecto el estudio mostró un riesgo relativo de 1.32, lo cual se relaciona a que en el estado de morbilidad existe una frecuencia mayor de CM que las que tienen hijos, dicha asociación bajo la hipótesis de que las mujeres núbiles tienen mayor exposición hormonal acumulada a estrógenos.

El incremento de riesgo asociado con la duración prolongada de la ventana estrogénica, es decir, la edad temprana de la menarquia, nuestro estudio reporto en edad promedio 13 años de edad para su inicio sin relación al desarrollo de CM.

El presentar tumoración palpable en las mamas no represento relación de riesgo. sien embargo la presencia de secreción por los pezones dio un riesgo relativo de 1.56, lo cual sí participa como factor de riesgo, asociándose como patología benigna de base en la mama.

En lo concerniente al uso de hormonales orales, solo se considera como posible factor de riesgo, si estos se ingieren antes de los 25 años de edad o bien 4 años antes el primer embarazo. En el presente estudio no se fue considerada esta posibilidad en la cédula de registro.

Los factores heredofamiliares representaron como factor de riesgo, en primer orden los antecedentes de CM en la madre, padre y abuelos. La multiparidad mayor de 7 hijos representaron un factor de riesgo importante, dicha asociación bajo la hipótesis de exposición hormonal a los estrógenos.

El autoexamen de la mama no represento un factor de riesgo. Sin embargo deberá considerarse como medida preventiva en el screening.

Por último la importancia de incluir en la cédula de registro datos complementarios que nos permitan especificar e identificar con un valor estadístico significativo, deberán considerarse los siguientes rubros:

Nubilidad, edad del primer parto, número de meses de la lactancia materna particularmente en mujeres premenopausicas, edad de la menopausia, relación de abortos y si estos fueron inducidos o espontáneos y finalmente la característica de los ciclos menstruales los cuales son considerados de alto riesgo, esto nos permitirá abrir líneas de investigación a futuro.

CONCLUSIÓN

No se debe integrar un diagnóstico y mucho menos plantear un Programa preventivo y/o terapéutico el Cáncer de Mama, sin el conocimiento de su evolución entre los que se encuentran los factores de riesgo.

La evaluación de los factores de riesgo con un enfoque multidisciplinario, representa el elemento más importante del que dispone el médico, y con ello poder establecer un diagnóstico correcto que sirva de base para plantear un programa terapéutico adecuado y oportuno y así poder contribuir a elaborar un pronóstico satisfactorio para la paciente.

Uno de los principales desafíos es la práctica de la Salud Pública con fundamento multidisciplinario. La investigación, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y seguimiento del CM, deben reunir diversas disciplinas del conocimiento, en una franca integración ecléctica, para dar una respuesta social organizada a la sobredemanda de servicios de salud que se perfila en México para el Cáncer de Mama.

BIBLIOGRAFÍA

- 1.- Miller AB Bulbrook RD. UICC multidisciplinary project on breast cancer: the epidemiology, a etiology and prevention of breast cancer. *Int J. Cancer* 1986;37: 173 - 177.
- 2.- Dirección General de Estadística Informática y Evaluación. Secretaría de Salud, daños a la salud. *Boletín de información estadística* 1992; vol 12.
- 23.- Kelsey J. Gammon M. The epidemiology of breast cancer. *Cáncer J. Clin.* 1991; 41: 146 - 165.
- 4.- London SJ, Colditz GA. cols. Lactation and risk of breast cancer in a cohort of US women. *Am J. Epidemiol.* 1990,132. 17 - 26.
- 5.- Smith BL; Gadd MA. Perception of breast cancer risk among women in breast center and primary care setting; correlation with age and family history of breast cancer. *Surgery* 1996 aug. 120 (2): 925 - 303.
- 6.- Gammon MD, Thompson WD. Infertility and breast cancer a population based case control study. *Am J. Epidemiology* 1990, 132: 17 - 26.
- 7.- Vessey MP, McPherson K, Villard Mackintosh L. oral contraceptives and breast cancer. *Br J Cancer.* 1989,59:613-617.
- 8.- Ottman R cols. Practical guide for estimating risk for familial breast cancer. *Lancet.* 1983,2:556-558.
- 9.- Bernstein L Cols. The effects of moderate physical activity on menstrual cycle patterns in adolescence. Implications for breast cancer prevention. *Br J Cancer* 1997, 55: 681-685.
- 10.- Howe GR, Hirohata T, Hislop TG. Dietary factors and risk of breast cancer. Combined analysis. *Natl Cancer Inst.* 1990,82: 561-569.
- 11.- Fox CM, Harper AP. Loneliness, emotional repression, marital quality and major life events in women develop breast cancer. *J Community health* 1994. 19 (6) : 467-482.
- 12.- Wingo PA cols. The risk of breast cancer in postmenopausal women who have estrogen replacement therapy. *JAMA* 1987,257:209-215.
- 13.- Sepúlveda J. La salud en México. documentos para el análisis y la convergencia. No. 8 México, DF: FUNDSALUD, 1994:1-4.
- 14.- Shapiro S. Epidemiology and public policy. *Am J Epidemiol* 1991, 134 (10): 1057-1061.

- 15.- Norma Oficial Mexicana NOM-014SSA2- 1994, para la prevención, tratamiento y control de cáncer del cuello del útero y de la mama en la atención primaria. México, DF: Diario Oficial de la Federación tomo CDLXXXIX, no 4,6., junio de 1994:79-86.
- 16.- Spitz MR. Update on screening mammography. *Cáncer Bull* 1993,45:543-545.
- 17.- Millican R, Dresler L. The need for epidemiology studies of in situ carcinoma of breast. *Breast Cáncer Rest Treat*. 1995 jul 35 (1): 65-77.
- 18.- Madigan MP, Porpotion of breast cancer cases in the Unites States explained by well established risk factor. *J of the national cáncer institute*. 1995 nov.87 (22):1681-21685.
2
- 19.- Mc Pherson K, Stell CM. ABC of breast diseases breast cancer. *Epidemiology, risk factors and genetics*. *BMJ* 1994 oct 309 (6960) 1003-1006.
- 20.- Delgado DJ, Lin Wy. The role of hispanic race - ethnicity and poverty in breast cancer survival. *PR Health Sci*. 1995 jun 14(2):103-116.
- 21.- Aldrich TE, Vannu D Rapid reporting of cáncer incidence in a population base study breast cancer, one constructive use of central cancer registry. *Breast Cáncer Rest. Treat*. 1995 jul 35(1):61-64.