



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DELEGACIÓN REGIONAL EN MICHOACÁN
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO. 80

PRESENTA:

MARIA ESTHER GUTIÉRREZ CALDERÓN
MEDICO CIRUJANO Y PARTERO
MATRÍCULA IMSS: 98172247
MATRÍCULA UNAM: 511213807
CURP: GUCE841030MMNTLS08

TESIS PARA OBTENER EL GRADO DE:
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR

TÍTULO:

**FACTORES RELACIONADOS CON EL PROCESO DE DIAGNÓSTICO Y
TRATAMIENTO DE CÁNCER DE MAMA**

TUTORA:

DRA. OLIVA MEJÍA RODRÍGUEZ
Médico Especialista en Medicina Familiar
Maestra en Ciencias en Farmacología Clínica

CO TUTORA:

DRA. SARAH MARLENNE FUENTES VALLE
Médico especialista en Ginecología y Obstetricia
Subespecialista en mastología

CO-TUTOR ESTADÍSTICO:

MAT. CARLOS GÓMEZ ALONSO

No. DE REGISTRO CLIES: R-2012-1602-27

MORELIA MICHOACÁN MÉXICO, FEBRERO DEL 2014.



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.



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MÉDICAS
Unidad de Educación, Investigación y Políticas de Salud
Coordinación de Investigación en Salud

Dictamen de Autorizado

COMITÉ LOCAL DE INVESTIGACIÓN EN SALUD 1602
H GRAL REGIONAL NUM 1, MICHOACÁN

FECHA **01/04/2012**

M.C. OLIVA MEJÍA RODRÍGUEZ

P R E S E N T E

Tengo el agrado de notificarle, que el protocolo de investigación con título:

FACTORES RELACIONADOS CON EL PROCESO DE DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE CÁNCER DE MAMA.

que usted sometió a consideración de este Comité Local de Investigación en Salud, de acuerdo con las recomendaciones de sus integrantes y de los revisores, cumple con la calidad metodológica y los requerimientos de ética y de investigación, por lo que el dictamen es **A U T O R I Z A D O**, con el número de registro institucional:

Núm. de Registro
R-2012-1602-27

ATENTAMENTE

DR. (A). MARIO ALBERTO MARTÍNEZ LEMUS
Presidente del Comité Local de Investigación en Salud núm 1602

Imprimir

IMSS

SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL



TESIS PARA OBTENER EL GRADO DE ESPECIALISTA EN MEDICINA
FAMILIAR

**“FACTORES RELACIONADOS CON EL PROCESO DE DIAGNÓSTICO Y
TRATAMIENTO DE CÁNCER DE MAMA”**

PRESENTA:
GUTIÉRREZ CALDERÓN MARIA ESTHER
MÉDICO CIRUJANO Y PARTERO
MATRÍCULA IMSS: 98172247

DRA. OLIVA MEJÍA RODRÍGUEZ
COORDINADORA DELEGACIONAL DE INVESTIGACIÓN EN SALUD

DR. EDGARDO HURTADO RODRIGUEZ
COORDINADOR AUXILIAR MÉDICO DE EDUCACIÓN EN SALUD
DELEGACIÓN MICHOACÁN

DR. RUBÉN RICARDO GARCIA JIMÉNEZ
DIRECTOR DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 80

DRA. MAYRA EDITH VIEYRA LÓPEZ
COORDINADOR DE INVESTIGACION Y EDUCACIÓN EN SALUD

DR. JOSE RAMÓN SARABIA RAMÍREZ
PROFESOR TITULAR EN MEDICINA FAMILIAR UMF No.80



TESIS PARA OBTENER EL GRADO DE:
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR

**“FACTORES RELACIONADOS CON EL PROCESO DE DIAGNÓSTICO Y
TRATAMIENTO DE CÁNCER DE MAMA”**

PRESENTA:

GUTIÉRREZ CALDERÓN MARIA ESTHER

MÉDICO CIRUJANO Y PARTERO

MATRÍCULA UNAM: 511213807

DR. ISAÍAS HERNÁNDEZ TORRES

COORDINADOR DE LA ESPECIALIDAD EN MEDICINA FAMILIAR

DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

DR. FRANCISCO JAVIER GÓMEZ CLAVELINA

COORDINADOR DE INVESTIGACIÓN FACULTAD DE MEDICINA DE LA UNAM

DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

Este trabajo se realizó en la Unidad de Medicina Familiar No.80 del Instituto Mexicano del Seguro Social, ubicada en la ciudad de Morelia, Michoacán, México.

De Marzo del 2011 a Febrero del 2014.

TUTORA:

Dra. Oliva Mejía Rodríguez.

Especialista en Medicina Familiar.

Maestra en Farmacología Clínica.

Coordinadora Médica de Investigación en Salud Delegación Michoacán.

Unidad de Medicina Familiar No. 80. IMSS.

CO -TUTORA

Dra. Sarah Marlenne Fuentes Valle.

Especialista en Ginecología y Obstetricia.

Subespecialista en Mastología.

Hospital General Regional No. 1 IMSS.

CO -TUTOR ESTADÍSTICO

Mat. Carlos Gómez Alonso.

Matemático analista.

Coordinador Analista a CIBIMI.

COLABORADORES

Dr. Jesús Equihua Martínez

Especialista en Medicina Familiar

Subdirector de la UMF 80

Dra. Maria Del Rosario Calderón

Especialista en Medicina Familiar

Coordinador Médico UMF 80

Dr. Javier Ruíz García

Especialista en Medicina Familiar

Dr. Valentín Roa

Especialista en Medicina Familiar

Este trabajo se presentó en los siguientes foros especializados:

- XIX Jornadas de Medicina Familiar Unidad de Medicina Familiar No. 80 IMSS Morelia Mich.
- IX Congreso de Ciencia y Tecnología 2014.

AGRADECIMIENTOS

Instituto Mexicano del Seguro Social

Universidad Nacional Autónoma de México

Dra. Oliva Mejía Rodríguez

Médico Especialista en Medicina Familiar

Maestra en Farmacología Clínica

Coordinadora Médica de Investigación en Salud Delegación Michoacán

Dra. Sarah Marlenne Fuentes Valle

Especialista en Ginecología y Obstetricia

Subespecialista en Mastología

Mat. Carlos Gómez Alonso

Matemático Estadista

Dr. Rafael Villa Barajas

Especialista en Medicina Familiar

Dr. José Ramón Sarabia Ramírez

Especialista en Medicina Familiar

Profesor Titular De La Residencia

DEDICATORIA

A Dios por darme salud y fortaleza para continuar mis estudios.

A las pacientes que estuvieron dispuestas a participar y brindar información para el estudio.

Al Dr. José Luis Nava Silverio mi asesor para llegar a la residencia.

A mis asesores Dra. Oli, Dra. Fuentes y Carlos, ya que bien dicen que cuando el alumno está preparado siempre aparece un maestro y ellos aparecieron sin que yo estuviera preparada, para orientarme y transmitirme sus conocimientos.

A mis padres los cuáles se han encargado de amarme impulsando indirectamente mi formación.

A mi hija Zara quien me hace sonreír e ilusionarme en medio de la nada.

A mis hermanos Baby mi apoyo, Jesús mi ejemplo, Juan mi relajador y Tenchi mi inocencia, Nena mi confidente y consejera, Pelos mi homólogo y compañero de vida y Rous mi pequeña hermana que me obliga a hacer lo correcto porque se refleja en mis pasos, todos porque siempre están para mí y me alientan a seguir.

A Adrian Mishael mi compañero y apoyo durante todo el tiempo de la residencia.

Al resto de la familia que siempre me alientan y están al tanto de mi formación.

A mis compañeros y amigos de la residencia que sufrieron, aprendieron, vivieron y crecieron al igual que yo.

INDICE

Contenido	Páginas
I Resumen	2
II Abstract	3
III Abreviaturas y Glosario	4
IV Relación de Tablas y Figuras	5
V Introducción.....	6
VI Antecedentes.....	7
VII Planteamiento del Problema.....	18
VIII Justificación.....	20
IX Objetivos e Hipótesis.....	21
X Material y Métodos.....	22
XI Resultados	31
XII Discusión	56
XIII Conclusiones	60
XV Sugerencias	61
XVI Referencias	62
XVII Anexos.....	69

I. RESUMEN

ANTECEDENTES: el cáncer de mama en México desde el 2006 es la primera causa de mortalidad en mujeres. En el 2010 en Michoacán la incidencia calculada fue de 12.9% por cada 100000 mujeres. La atención primaria de salud es el primer contacto, en la búsqueda de ayuda de las pacientes afectadas, el incremento en la esperanza de vida depende del diagnóstico temprano y atención oportuna.

OBJETIVO: determinar los factores de la unidad, del prestador de servicios y de la paciente que se relacionan con el diagnóstico y tratamiento del cáncer de mama.

MATERIAL Y MÉTODOS: estudio transversal, descriptivo, retrolectivo, efectuado en pacientes con cáncer de mama y con sospecha de cáncer de mama en la UMF 80 del IMSS, se recolectaron variables sociodemográficas, clínicas, factores de riesgo y factores relacionados con la unidad de atención médica y prestador de servicio, se conoció el estrato social. Se realizó un análisis descriptivo, se emplearon medidas de tendencia central y de dispersión, chi cuadrada y t de student para comparar variables.

RESULTADOS: La demora en días para obtener cita fue en medicina familiar de 5.21 ± 20.55 , en ginecología 13.41 ± 19.74 , en oncología 32.93 ± 33.60 , en solicitar consulta después de un síntoma 54.38 ± 173.76 , la obesidad y tabaquismo son factores de riesgo prevalentes modificables, no modificables edad mayor de 50 y el antecedente familiar de cáncer de mama. La calidad de la atención percibida por los pacientes estuvo afectada en los dominios fiabilidad y empatía los estratos sociales predominantes son pobreza relativa y clase media para el grupo de Ca y pobreza relativa para el grupo de No Ca.

CONCLUSIONES: la calidad en la atención médica en pacientes con cáncer es deficiente es necesario apegarse a los lineamientos técnico médicos y redoblar esfuerzos para la oportunidad en el diagnóstico y tratamiento.

PALABRAS CLAVE: demora, factores de riesgo, diagnóstico, cáncer de mama.

I. ABSTRACT

BACKGROUND: Breast cancer in Mexico since 2006, is the leading cause of death in women . In 2010 in Michoacan incidence was 12.9 % calculated per 100,000 women. Primary health care is the first contact in the search help patients affected , the increase in life expectancy depends on early diagnosis and timely treatment .

OBJECTIVE: To identify factors of unity, the service provider and the patient are related to the diagnosis and treatment of breast cancer.

MATERIAL AND METHODS : A cross-sectional , retrospective study conducted in patients with breast cancer and suspected breast cancer UMF 80 IMSS , sociodemographic, clinical , risk factors and factors related to the care unit were collected and medical service provider , the social stratum is met . A descriptive analysis was performed , measures of central tendency and dispersion were used, chi square and t student to compare variables.

RESULTS : The delay in days for family medical appointment was 5.21 ± 20.55 , 13.41 ± 19.74 in gynecology , oncology 32.93 ± 33.60 , in consultation request after a symptom 173.76 ± 54.38 , obesity and smoking are risk factors prevalent modifiable , non-modifiable older than 50 and a family history of breast cancer. The perceived quality of patient care was affected in the domains reliability and empathy prevailing social strata are relatively poor and middle class to the group of Ca and relative poverty group No Ca

CONCLUSIONS : quality care in cancer patients is poor you need to stick to medical technical guidelines and the opportunity to redouble efforts in diagnosis and treatment.

KEYWORDS: delay , risk factors , diagnosis of breast cancer.

III. ABREVIATURAS Y GLOSARIO.

AGO: antecedentes gineco-obstétricos.

Biopsia: a la extracción de tejido de un organismo vivo para examen microscópico con fines diagnósticos.

BIRADS: Sistema de información radiológica para la imagen de la mama.

Cáncer: al tumor maligno en general, que se caracteriza por pérdida en el control de crecimiento, desarrollo y multiplicación celular, con capacidad de producir metástasis.

Cáncer de mama: es el crecimiento anormal y desordenado de células del epitelio de los conductos o lobulillos mamarios y que tienen la capacidad de diseminarse.

CIE 10: clasificación internacional de enfermedades.

DOCMA: detección oportuna de cáncer de mama.

Factores de riesgo: al conjunto de condiciones particulares que incrementan la probabilidad de desarrollar una patología.

Grupo Ca: grupo con cáncer de mama.

Grupo No Ca: grupo sin cáncer de mama.

IMSS: Instituto Mexicano del Seguro Social.

UMF No. 80: Unidad de Medicina Familiar número 80.

NOM: norma oficial Mexicana.

Mastografía o mamografía: al estudio radiológico de las mamas, tomado con un aparato (mastógrafo) diseñado especialmente para este fin, con el que podrán efectuar mastografías de pesquisa y de diagnóstico.

Oncología: a la rama de la medicina que estudia los tumores malignos.

IV. RELACIÓN DE TABLAS Y FIGURAS.

Cuadro I. Características generales de la población.....32

Cuadro II. Variables sociodemográficas de ambos grupos.....34

Figura 1. Nulíparas en ambos grupos.....36

Cuadro III. Antecedentes de importancia en los grupos estudiados.....37

Cuadro IV. Variables exclusivas de la paciente.....39

Cuadro V. Tiempos de la pacientes en consultar después del síntoma.....40

Figura 2. Número de parejas sexuales ambos grupos.....41

Figura 3. Tipo histológico de cáncer.....42

Cuadro VI. Factores histopronósticos grupo Ca de Mama.....43

Cuadro VII. Tiempo en días en obtener citas en cada servicio.....44

Cuadro VIII. Tiempo en días en obtener citas para mastografía.....45

Cuadro IX. Variables del prestador de servicios.....48

Cuadro X. Tratamientos establecidos entre los grupos.....49

Figura 4. Estado de salud actual de las pacientes con cáncer.....50

Cuadro XI. Tiempo en obtener resultado de biopsia e inicio de tratamiento.....51

Cuadro XII. Factores de riesgo de cáncer de mama no modificables.....52

Cuadro XIII. Factores de riesgo de cáncer de mama modificables.....53

Figura 5. Instrumento Graffar Mendez Castellano.....54

Cuadro XIV. Respuestas por dominio cuestionario Servqual.....55

V. INTRODUCCIÓN

El cáncer de mama en mujeres es un grave problema de salud pública tanto en México como en la región de América Latina y el Caribe. Es una amenaza seria para la salud de la mujer y para el bienestar de sus familias, para los sistemas de salud y para la sociedad misma.

La evidencia global señala que 55% de los nuevos casos provienen de países en vías de desarrollo donde la letalidad por la enfermedad es mayor, pues representa alrededor del 68% de las muertes por esta enfermedad.

El cáncer de mama es la primera neoplasia en población femenina en el mundo.

El número de muertes por cáncer de mama se incrementa de forma gradual a lo largo del tiempo a nivel nacional, en áreas marginadas este aumento es notablemente significativo, en el mismo ámbito donde persisten elevadas tasas de mortalidad por cáncer cervical. Los hallazgos señalan que mientras la tendencia de mortalidad por cáncer de mama ha sido ascendente en el plano nacional durante el periodo de 1979 a 2006, la mortalidad por cáncer cervical ha disminuido de forma notoria desde 1990.

A partir del año 2006, el cáncer de mama se vuelve la primera causa de mortalidad por cáncer en mujeres en México. La evidencia establece que si el cáncer de mama se detecta en estadios iniciales, es curable, tiene un mejor pronóstico, mayores tasas de supervivencia, los tratamientos son más asequibles y pueden administrarse con menos recursos. Por esto la importancia de la detección temprana de la enfermedad y por ende del acceso a servicios de salud.

La mayoría de las muertes por cáncer de mama pueden evitarse. La evidencia internacional señala que el cáncer de mama es curable si éste se detecta oportunamente y el tratamiento médico es el adecuado. En México, el cáncer de mama es una enfermedad altamente sensible a mejoras en el acceso a la información y a las intervenciones relacionadas con la detección oportuna y su tratamiento.

VI. ANTECEDENTES

El cáncer de mama (CIE 10 C50 Tumor maligno de mama) es el crecimiento anormal y desordenado de células del epitelio de los conductos o lobulillos mamarios y que tienen la capacidad de diseminarse.¹

A través de la historia han existido documentos y hechos que hacen referencia a las enfermedades de las mamas desde el papiro de Edwin Smith de los años 3000 y 2500 antes de Cristo y el de Ebers 1500 años antes de Cristo, hasta los que describen múltiples técnicas quirúrgicas, tratamientos postoperatorios, radioterapia, quimioterapia, hormonoterapia, uso de múltiples métodos diagnósticos con la finalidad de tener mayor beneficios para las pacientes con cáncer de mama.²

El cáncer de mama es la primera neoplasia en población femenina en el mundo.³

El número de muertes por cáncer de mama se incrementa de forma gradual a lo largo del tiempo a nivel nacional, en áreas marginadas este aumento es notablemente significativo, en el mismo ámbito donde persisten elevadas tasas de mortalidad por cáncer cervical. Los hallazgos señalan que mientras la tendencia de mortalidad por cáncer de mama ha sido ascendente en el plano nacional durante el periodo de 1979 a 2006, la mortalidad por cáncer cervical ha disminuido de forma notoria desde 1990. A partir del año 2006, el cáncer de mama se vuelve la primera causa de mortalidad por cáncer en mujeres en México. A nivel regional, el cáncer de mama tiene tendencias ascendentes y es mayor en el norte del país y el Distrito Federal. Al comparar el riesgo de morir por cáncer de mama en 2000 y 2006, el riesgo de fallecer por esta causa se redujo de 2.33 veces más para mujeres con residencia urbana a 1.88 veces más, lo cual implica que mientras el riesgo para mujeres en áreas urbanas disminuye, en mujeres en áreas rurales aumenta. La tendencia ascendente generalizada de la mortalidad por cáncer de mama podría deberse a la virtual ausencia de infraestructura para el tamizaje y, en consecuencia, la imposibilidad de reconocer de manera oportuna esta neoplasia en México⁴.

En el 2008 se presentaron 13,939 casos nuevos de cáncer de mama en el país, y la tasa de mortalidad de 8.9 por 100 mil mujeres. Existen variaciones en la tasa de mortalidad por regiones. Diez estados concentran 50% de las muertes por esta causa. Los estados se ubican principalmente en el norte, occidente y centro del país y se caracterizan por tener los mejores niveles socioeconómicos del país: Nuevo León, Distrito Federal, Jalisco, Sonora, Chihuahua, Baja California Sur, Tamaulipas, Aguascalientes, Sinaloa y Coahuila.⁵

La población derechohabiente del IMSS en México reportada en el 2010 fue de 3, 538,021 de la cual 268, 944 pertenece a la ciudad de Morelia, Michoacán.⁶

La morbilidad por cáncer de mama en la UMF No 80 del IMSS en el 2010 fue de 33 casos con una tasa de 50.73 y en el 2011 de 19 con una tasa de 25.88 por 100mil derechohabientes de 25 y mas años por sexo. La mortalidad en la UMF 80 en el 2010 fue de 4 casos con una tasa por 100mil adscritos a médico familiar del grupo de cáncer de mama de 6.149 y en el 2011 de 8 casos con una tasa de 10.89.⁷

Los factores de riesgo para desarrollar un cáncer mamario son: mujer mayor de 40 años, nuligesta o primer embarazo a término después de los 30 años de edad, antecedente de patología mamaria benigna (proceso proliferativo, hiperplasia atípica), vida menstrual de más de 40 años (menarca antes de los 12 años y menopausia después de los 52 años), antecedente de terapia hormonal de reemplazo prolongada (mayor de 5 años) y Obesidad,⁸ factor que se confirmó en el estudio de Aguilar Cordero y Cols. (2011) Que concluyen que la obesidad en las mujeres se asocia con una edad más temprana de diagnóstico del cáncer mamario,⁹ historia personal o familiar de cáncer de mama ya que desde hace una década se han identificado y clonado los dos genes conocidos de susceptibilidad al cáncer de mama y ovario; BRCA1, localizado en el cromosoma 17 (17q21)¹⁰ y BRCA2 en el cromosoma 13 (13q12).¹¹

Al analizar la posible influencia de la agregación familiar como factor genético en la aparición de la neoplasia se obtiene que hay 2,60 veces más probabilidades de ocurrencia que en los que no tiene ningún familiar con cáncer de mama^{12,13}.

La presencia de factores hereditarios asociados a cáncer de mama son: cáncer de mama en familiar de primer grado, historia paterna de 2 o más familiares con cáncer de mama, cáncer de ovario en familiar menor de 50 años, antecedente de cáncer de mama en el varón, antecedentes familiares de otros cánceres como: sarcoma, endometrio, colon y tiroides, mujer con antecedente de familiar judío.¹⁴

Es importante mencionar que hay ocasiones en que no se identifica ningún factor de riesgo conocido. Puesto que el porcentaje de mujeres que acude a revisión en forma regular es muy bajo, la mayoría de los casos suele detectarse en fases tardías, cuando el tratamiento es más difícil y costoso, y la probabilidad de recuperación es considerablemente menor.¹⁵

El tiempo de demora entre el inicio de los primeros síntomas y la primera consulta se conoce como demora de la paciente y se han visto dos factores principalmente relacionados que son el temor al diagnóstico y el nivel de conocimiento inadecuado. Más del 80% de las mujeres consultan por síntomas; la mayoría en estados avanzados. Los factores que se relacionan con la demora de la paciente es mayor edad, no tener afiliación al sistema de salud y la enfermedad avanzada. Una mayor educación se relaciona con menor demora.¹⁶

Algunos estudios demuestran que el síntoma más frecuente de cáncer de mama es la presencia de una masa dolorosa en el 74,5% y no dolorosa en el 11,8%. Otros síntomas reportados son secreción por el pezón, dolor en la mama y retracción en la piel. El 34,3% de las pacientes no asume una conducta frente al síntoma, esto retrasa el diagnóstico y a su vez el pronóstico de estas pacientes.¹⁷

En el estudio de Ramírez- Torres del 2010 se muestra que la duración media del cuadro clínico es de 6.4 meses los datos clínicos más frecuentes son tumor palpable (100%) y las adenopatías axilares (66.6%) sin embargo las mujeres no acuden a revisión¹⁸

Aunque la mayoría de los cánceres de mama presentan síntomas o signos, el diagnóstico se hace mayoritariamente en estados avanzados y el tiempo para iniciar el tratamiento es excesivamente prolongado.

Estos hallazgos implican la necesidad de desarrollar estrategias educativas dirigidas a las mujeres y de capacitación para los profesionales de la salud; se debe establecer un tiempo de oportunidad mínima para iniciar el tratamiento.¹⁹

El conocimiento de las señales de alarma del cáncer de mama por parte de las mujeres es una importante arma a favor del médico y constituye una de las premisas fundamentales para el diagnóstico temprano y tratamiento oportuno. Resulta de vital importancia que las féminas posean conocimientos básicos sobre la prevención y el diagnóstico precoz del cáncer de mama, pues cuando la neoplasia se detecta en etapas tempranas existe menos posibilidad de metástasis y la supervivencia es mayor²⁰.

Un caso probable de cáncer de mama es aquel en el cual se encuentran cambios anormales identificados en la exploración clínica, tumoración, cambios persistentes en la coloración de la piel, asimetría de la mama, retracción cutánea, engrosamiento de la piel, ganglios axilares palpables, retracción o fijación del pezón, secreción anormal por el pezón, ulcera o eczema del pezón ó que la paciente tenga una mastografía anormal con hallazgos radiográficos de BIRADS.

Un caso confirmado es la paciente a la que se confirma el cáncer de mama por estudio histopatológico.²¹

Se recomienda la exploración clínica cada 1 a 3 años en mujeres sin factores de riesgo y asintomáticas con examen físico negativo, a partir de los 20 a 39 años de edad. Se establece un examen clínico anual realizado por personal capacitado para todas las mujeres de 26 y más años que visitan un centro de salud. Se recomienda una mamografía anual o bianual para mujeres de 40 a 49 años con factores de riesgo específicos y una vez al año para todas las mujeres de 50 años y mayores. En las unidades médicas de la Secretaría de Salud el servicio de mastografía no se debe negar a ninguna mujer por razones de tipo económico.²²

La ruta que se sigue para la detección y diagnóstico oportuno de cáncer de mama por exploración es a partir de la atención brindada por la enfermera de medicina preventiva, la cual lleva a la mujer con probable cáncer de mama directamente con el médico familiar donde se referirá a segundo nivel servicio de ginecología u oncología en caso de patología mamaria probablemente maligna, para recibir consulta en un plazo no mayor a 5 días hábiles, el médico familiar notificará también el caso al médico epidemiólogo, el cual lo registrará en el informe semanal y censo nominal, así como mantendrá su seguimiento hasta su clasificación, el médico ginecólogo realiza evaluación clínica, radiológica e histológica a la derechohabiente, debiendo establecer diagnóstico y tratamiento en los primeros 21 días.²³

Los métodos para la evaluación de una anormalidad en la mama, incluyen además del examen clínico, el examen por imagen y la toma de muestra de la lesión por aspiración para un examen histológico o citológico. Estos procedimientos comprenden el triple diagnóstico, y aportan en conjunto la mayor certeza diagnóstica. Una lesión considerada maligna, identificada en estos estudios requiere confirmación histopatológica antes de realizar cualquier tratamiento quirúrgico.²⁴

Las mujeres deberán recibir el resultado de su mastografía por escrito en un lapso no mayor de 21 días hábiles posteriores a la toma. Si el resultado es anormal, en las instituciones públicas la paciente debe recibir junto con el resultado, la fecha de la cita y el lugar para la evaluación diagnóstica²⁵.

En pacientes menores de 35 años, teniendo en cuenta la baja incidencia de cáncer, una menor sensibilidad de la mamografía para detectar lesiones malignas y un riesgo incrementado de sufrir lesiones malignas por la radiación, diferentes autores y sociedades científicas, como la ACR, recomiendan iniciar el estudio radiográfico con una ecografía en estas pacientes. En caso necesario, se puede añadir el estudio con mamografía. En los casos con telorrea susceptible de estudio (secreción uniorifical, unilateral y espontánea), se tomará una muestra citológica

de la secreción, por impronta, y se realizará el estudio radiográfico con mamografía, ecografía y galactografía del conducto afectado.²⁶

Los resultados del Cribado deben estar disponibles en un plazo de 15 días después de la cita. El tiempo desde el primer signo o síntoma de cáncer de mama detectado en la primera consulta hasta el diagnóstico será inferior a 30 días. El intervalo entre el diagnóstico de cáncer de mama y la cirugía no debe superar los 15 días. El intervalo entre tratamiento quirúrgico y quimioterapia debe ser inferior a 4 semanas. El intervalo entre la cirugía en el cáncer de mama y la radioterapia tiene que ser inferior a 8 semanas.²⁷

Al obtener un resultado positivo de un tumor es necesario prever la necesidad de practicar un procedimiento quirúrgico extenso, en un lapso no mayor de 15 días y contar con la eventualidad del uso de radiaciones ionizantes, o del procedimiento de una cirugía ablativa hormonal y tener en mente la utilización de quimioterapia.²⁸

La clasificación para interpretar las mastografías es la (*Breast Imaging Reporting and Data System*) recomendada por el Colegio Americano de Radiología en 1992:

BI-RADS0. Estudio técnicamente deficiente, amerita repetirse o está incompleto para llegar a un diagnóstico, requiere proyecciones complementarias u otros estudios. El 13% de los casos puede ser maligno.

BI-RADS1. Estudio normal, ningún hallazgo que comentar, la paciente deberá efectuarse control anual.

BI-RADS2. Hallazgos benignos, se incluyen quistes, fibroadenomas, prótesis etc., la paciente deberá continuar con mastografía anual.

BI-RADS3. Hallazgos probablemente benignos, es cuando se quiere cotejar una imagen o lesión, por lo que se recomienda un seguimiento de imagen a corto plazo, el primer control se efectúa a los 6 meses unilateral y posteriormente anual bilateral, el seguimiento se continuará durante 2 o 3 años; La posibilidad de malignidad es menor al 2%.

BI-RADS4. Existe sospecha de cáncer, pero no tiene toda la signología clásica en la imagen, esta categoría se subdivide de acuerdo al grado de sospecha en: 4A leve, 4B moderada y 4C alta, pero la recomendación en todas es efectuar una biopsia para esclarecer el diagnóstico.

BI-RADS5. Hallazgos clásicamente malignos en más del 94 al 97% de los casos y tiene que realizarse una acción determinada.

BI-RADS6. Existe un diagnóstico establecido de cáncer mamario, pero la paciente está en espera de un tratamiento definitivo²⁹

Los métodos terapéuticos que en la actualidad se emplean para tratar el cáncer mamario son: Cirugía, Radioterapia, Quimioterapia, y Hormonoterapia. De ellos, la cirugía y la radioterapia tienen una acción local o locorregional; en la quimioterapia y la hormonoterapia su acción es sistémica.³⁰

Se sabe que entre más conocimiento se tiene del cáncer de mama mayor son los niveles de ansiedad.³¹

Se debe proporcionar consejería, información y orientación a la paciente y en su caso a sus familiares, a fin de aclarar las dudas que pudieran tener acerca del cáncer de mama, en cuanto a los siguientes aspectos: anatomía y fisiología de la glándula mamaria, factores de riesgo, conductas favorables, procedimientos diagnósticos, opciones de tratamiento médico, psicológico y acompañamiento emocional, así como las ventajas, riesgos, complicaciones, rehabilitación y reconstrucción³².

La información sobre el cáncer mamario, debe ser ampliada y extendida a los segmentos sociales con mayores carencias culturales y económicas. El enfoque actual obliga a dirigirlo hacia la autoexploración y a la capacitación de los médicos de primer contacto en el diagnóstico de los signos clínicos sugerentes de la enfermedad.

El siguiente paso deberá contemplar la multiplicación de los servicios de mastografía con personal capacitado para identificar los hallazgos tempranos

sospechosos del cáncer mamario y la pronta y eficiente referencia de las pacientes a los centros de atención de la salud con especialistas en el tema.

Es de esperarse que en el mediano plazo las facilidades de los centros de atención de tercer nivel y de alta especialidad se deban ampliar en forma sustancial para otorgar los tratamientos oportunos y adecuados a la mayor afluencia de pacientes, todo ello con la intención de reducir la elevada mortalidad y morbilidad del cáncer mamario.³³

Existen barreras de acceso a los servicios en: a) disponibilidad de información para la población general; b) entrenamiento de los médicos generales y ginecólogos de primer contacto; y c) temores de la pareja y familia. Las barreras identificadas en los tres niveles muestran notorias deficiencias en la difusión de información tanto a la población en general como a los proveedores de servicios de salud, se ha observado que no estar asegurada es un factor de riesgo para tener un diagnóstico tardío de cáncer de mama.³⁴

El cáncer mamario es un padecimiento factible de diagnóstico temprano y de control en un alto porcentaje de los casos. Por este motivo se debe realizar un proceso de capacitación a los prestadores de los servicios de salud disponibles, para lo cual es indispensable tomar en cuenta los siguientes puntos: lograr la capacitación de los trabajadores de la salud, tanto médicos como no médicos, en el menor tiempo posible, llevar a cabo la capacitación a través de una serie de temas secuenciales, obligar a la elaboración de modelos didácticos que apoyen al proceso de enseñanza aprendizaje.³⁵

Instrumentos.

Instrumento SERVQUAL modificado.

Durante los últimos años se han desarrollado grandes esfuerzos y múltiples iniciativas para la medición de la calidad a través de la evaluación de la satisfacción de los usuarios externos; ante la gran demanda de atención en los Establecimientos de Salud se percibe un grado de insatisfacción creciente de los usuarios de allí la necesidad de explorar otras metodologías con cuestionarios sencillos y de fácil aplicación que muestren resultados para la toma de decisiones y genere un proceso de mejora continua de la calidad de atención.

El instrumento SERVQUAL, cuenta con una escala multidimensional elaborada por Parasuraman diseñada para medir satisfacción de los usuarios externos en empresas de servicios privados.³⁶

El Ministerio de Salud ha asumido la metodología con pequeñas modificaciones en el modelo y el contenido del cuestionario, obteniendo la metodología SERVQUAL Modificado (anexo 3) ya que define la calidad de atención como la brecha o diferencia (P-E) entre las percepciones (P) y expectativas (E) de los usuarios externos, el análisis de los datos contribuye a identificar la expectativa y percepción de los pacientes que acuden a los servicios de salud el nivel de satisfacción global y las principales causas de insatisfacción como oportunidades de mejora de la calidad de atención.

La encuesta incluye en su estructura 22 preguntas de Expectativas y 22 preguntas de Percepciones, distribuidas en cinco criterios o dimensiones de evaluación de la calidad:

- Fiabilidad: Preguntas del 01 al 05.
- Capacidad de Respuesta: Preguntas del 06 al 09.
- Seguridad: Preguntas del 10 al 13.
- Empatía: Preguntas del 14 al 18.

- Aspectos Tangibles: Preguntas del 19 al 22.

El análisis de los datos podrá ser expresado en considerando el siguiente orden:

- Fiabilidad: Capacidad para cumplir exitosamente con el servicio ofrecido.
- Capacidad de Respuesta: Disposición de servir a los usuarios y proveerles un servicio rápido y oportuno frente a una demanda con una respuesta de calidad y en un tiempo aceptable.
- Seguridad: Evalúa la confianza que genera la actitud del personal que brinda la prestación de salud demostrando conocimiento, privacidad, cortesía, habilidad para comunicarse e inspirar confianza.
- Empatía: Es la capacidad que tiene una persona para ponerse en el lugar de otra persona y entender y atender adecuadamente las necesidades del otro.
- Aspectos Tangibles: Son los aspectos físicos que el usuario percibe de la institución. Están relacionados con las condiciones y apariencia física de las instalaciones, equipos, personal, material de comunicación, limpieza y comodidad.

Para el análisis de los resultados deberá considerar como usuarios satisfechos a los valores positivos (+), que serán obtenidos por la diferencia entre las percepciones (P) y las expectativas (E), y como usuarios insatisfechos a los valores negativos (-) de la diferencia $P - E$.³⁷

Instrumento Graffar-Méndez Castellano.

Los seres humanos en sus relaciones sociales, ya sea en el seno de los grupos o en el de las instituciones, desempeñan diversos papeles y ocupan posiciones sociales distintas lo cual conlleva a establecer una gran diferenciación entre ellos, y estudiar el estatus que cada uno representa dentro de la sociedad.

El instrumento del Dr. Graffar modificado por el Dr. Hernán Méndez Castellano (1959) de la UCV. Se emplea para clasificar a la población en estratos sociales. Considera 4 variables:

1. Procedencia del ingreso
2. Profesión del Jefe de Hogar
3. Nivel de instrucción de la madre
4. Condiciones de alojamiento

Emplea un escala tipo Likert del 1 al 5 (1 para muy bueno y 5 para muy malo). El puntaje obtenido en cada variable se suma y se obtiene un total, que puede ir desde 4 (clase alta) hasta 20 (pobreza crítica), de acuerdo a la siguientes escala:

- * Estrato I: clase alta (4 a 6 puntos)
- * Estrato II: clase media alta (7 a 9 puntos)
- * Estrato III: clase media media (10 a 12 puntos)
- * Estrato IV: pobreza relativa (13 a 16 puntos)
- * Estrato V: pobreza crítica (17 a 20 puntos).

VII. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

En el mundo, alrededor de 1% de la carga de la enfermedad en las mujeres se vincula con el cáncer de mama y varía de 3.2% en los países ricos a 0.4% en los pobres.

Varios estudios confirman que la mortalidad en la mayoría de los países latinoamericanos va en aumento, en particular en los países que contaban con una mortalidad relativamente baja, como Colombia, Costa Rica, Ecuador, México y Venezuela.

A partir del año 2006, el cáncer de mama se vuelve la primera causa de mortalidad por cáncer en mujeres en México. A nivel regional, el cáncer de mama tiene tendencias ascendentes y es mayor en el norte del país y el Distrito Federal.

En el 2010 en Michoacán la incidencia de cáncer de mama calculada fue de 12.9% por cada 100 000 mujeres estas elevadas cifras obligan a profundizar acciones preventivas y a identificar mujeres de alto riesgo para incluirlas en programas de detección adecuados.

El porcentaje de mujeres que acude a revisión en forma regular es muy bajo, la mayoría de los casos suele detectarse en fases tardías, cuando el tratamiento es más difícil y costoso, y la probabilidad de recuperación es considerablemente menor.

En la actualidad, se considera que este mal pronóstico se debe al diagnóstico tardío de la enfermedad.

El menor tiempo empleado en diagnosticar y tratar las enfermedades incide tanto en el bienestar del enfermo como en la calidad asistencial.

Diferentes determinantes del diagnóstico tardío del cáncer de mama han sido descritos. El diagnóstico temprano del cáncer de mama se relaciona con la supervivencia y la calidad de vida, por lo cual es importante hacernos la siguiente pregunta:

¿Cuáles son los factores que ocasionaron diagnóstico y tratamiento tardío del cáncer de mama en derechohabientes de la UMF80 del IMSS en Morelia, Michoacán?

VIII. JUSTIFICACIÓN

El cáncer de mama es la principal causa de neoplasia en la población femenina.

La tendencia ascendente generalizada de la mortalidad por cáncer de mama podría deberse a la virtual ausencia de infraestructura para el tamizaje y, en consecuencia, la imposibilidad de reconocer de manera oportuna esta neoplasia en México.

Puesto que el porcentaje de mujeres que acude a revisión en forma regular es muy bajo, la mayoría de los casos suele detectarse en fases tardías, cuando el tratamiento es más difícil y costoso, y la probabilidad de recuperación es considerablemente menor, por lo cual es conveniente investigar qué factores son los que están relacionados directamente con esa detección tardía, ya que la atención primaria de salud es el primer contacto, es donde acudirán en la búsqueda de ayuda, las pacientes afectadas, para intentar alcanzar el diagnóstico precoz de esta enfermedad, pues el incremento de la esperanza de vida depende básicamente del diagnóstico temprano y a su vez establecer un tratamiento oportuno con el cual se logren de los mayores beneficios posibles de la atención médica, con los menores riesgos para el paciente.

Identificando el origen de los factores prevalentes en el diagnóstico tardío se podrán planear estrategias para evitarlos o lograr prevenirlos y así beneficiar a todas las mujeres reduciendo la elevada mortalidad y morbilidad del cáncer mamario.

IX. HIPÓTESIS Y OBJETIVOS

Hipótesis

Los factores relacionados con la unidad de atención médica y el prestador de servicios médicos, tienen una influencia uniforme en el diagnóstico y tratamiento tardío del cáncer de mama.

Objetivo general

- Determinar los factores de la unidad de atención médica y el prestador de servicios relacionados con el diagnóstico y tratamiento tardío del cáncer de mama en las derechohabientes de la UMF 80.

Objetivos específicos

- Registrar los factores exclusivos de la paciente que pueden influir en un diagnóstico tardío del cáncer de mama.
- Enlistar los factores de riesgo predominantes para cáncer de mama, modificable y no modificable entre los grupos de estudio.
- Enunciar si las pacientes estudiadas se encuentran satisfechas con la atención recibida.
- Conocer el estrato social predominante de las pacientes estudiadas.

X. MATERIAL Y MÉTODOS

Tipo de investigación: transversal.

Diseño de investigación: descriptivo.

Modo de observación: retrolectivo.

- **Población de estudio:**

Mujeres derechohabientes que pertenezcan a la UMF#80 Morelia, Mich; con diagnóstico de cáncer de mama.

Mujeres derechohabientes que pertenezcan a la UMF#80 Morelia, Mich; con diagnóstico de sospecha de cáncer de mama.

- **Lugar de estudio:**

Unidad de medicina familiar UMF 80 del IMSS ubicada en Morelia, Michoacán.

- **Criterios de selección:**

Criterios de inclusión:

- Derechohabientes a la UMF 80 Morelia, Mich.
- Mujeres con diagnóstico confirmado en el IMSS de cáncer de mama.
- Mujeres con diagnóstico confirmado en el IMSS de sospecha de cáncer de mama por medio de mastografía.
- Diagnosticadas en el período 01 de enero del 2010 al 31 de diciembre del 2011.

Criterios de no-inclusión:

- Mujeres que reciben tratamiento en medio particular en su totalidad.
- Pacientes con sospecha de cáncer de mama por exploración clínica.

Criterios de exclusión:

- Pacientes que cambien de adscripción a la unidad durante el estudio.
- Pacientes dadas de baja en la UMF 80 durante el período de estudio.
- Personas que no quieran participar.

Descripción de variables

-Variable independiente: factores relacionados con el diagnóstico y tratamiento.

-Variable dependiente: cáncer de mama.

OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLE	DEFINICIÓN	CATEGORÍA	MEDICIÓN
FACTORES DE LA UNIDAD DE ATENCIÓN MÉDICA			
Tiempo en obtener la primer consulta en MF.	Cuando se consulta por primera vez por un síntoma de cáncer de mama o en la que el médico le indica un signo de sospecha.	Numérica, continua	Días
Tiempo en obtener cita en ginecología posterior a MF	Cuando se envía a ginecología con sospecha de cáncer de mama	Numérica, continua	Días
Tiempo en obtener cita en oncología posterior a ginecología	Cuando se envía a oncología con diagnóstico de cáncer de mama	Numérica, continua	Días
Tiempo en realizar mastografía	Período transcurrido desde que se ordena el estudio hasta realizarlo	Numérica, continua	Días
Tiempo en realizar entrega de mastografía	Período trascurrido desde que se realiza mastografía hasta que se entrega	Numérica, continua	Días

FACTORES DEL PRESTADOR DE SERVICIOS

Tiempo en realizar diagnóstico	Días en realizar estadificación clínica con la que se decidió la primera consulta terapéutica	Numérica continua	Días
Tiempo de inicio de tratamiento	Tiempo en instaurar el primer tratamiento por ginecología u oncología	Numérica continua	Días
Demora en el diagnóstico	Tiempo que transcurre entre la primer consulta por probable cáncer de mama y la prueba confirmatoria	Numérica continua	Días
Demora en el tratamiento	Tiempo que transcurre desde el estudio confirmatorio y el tratamiento	Numérica continua	Días

FACTORES EXCLUSIVOS DE LA PACIENTE

Demora de la paciente	Tiempo transcurrido desde el primer signo o síntoma de cáncer de mama hasta solicitud de consulta	Numérica continua	Días
Autoexploración mensual	Autorrevisión mensual de la paciente	Cualitativa dicotómica	
Exploración clínica anual	Revisión mamaria anual por un enfermera, un médico o personal capacitado para ese fin	Cualitativa dicotómica	
Realización de estudios previos de tamizaje	Solicitud previa de estudios de pesquisa para cáncer de mama	Cualitativa dicotómica	

Estimación del tamaño de muestra

Mujeres con cáncer de mama, diagnosticadas durante el período de Enero del 2010 a Diciembre del 2011, que cumplan los criterios de inclusión, notificadas en el área de epidemiología de la UMF 80.

2010: 35 pacientes.

2011: 27 pacientes.

Total: 62 pacientes.

Pacientes con cáncer de mama que cumplieron los criterios 40.

Se tomaron 40 pacientes con sospecha de cáncer de mama por mastografía con los mismos criterios.

Total 80 pacientes.

Descripción operativa del estudio

El estudio se inició en la UMF 80, con datos obtenidos en el área de vigilancia epidemiológica y epidemiología en el archivo electrónico censo sobre pacientes con diagnóstico de cáncer de mama, el cual registra datos de las pacientes notificadas con cáncer de mama tales como año de registro, nombre, número de afiliación, edad, delegación, lugar de residencia, adscripción al momento del diagnóstico, fecha de exploración clínica, fecha de solicitud y fecha de entrega de mastografía, fecha y resultado de estudio histopatológico, fecha de consulta en oncología, tratamiento y semana en que se notificó.

Se compararon con registros de enfermería electrónico DOCMA 2010 y 2011 y registros escritos en las libretas DOCMA de enfermería, resguardadas en el área de vigilancia epidemiológica obteniendo datos como nombre y número de afiliación, fecha de exploración clínica, fecha de solicitud y entrega de mastografía,

BIRADS por mastografía y hacia que especialidad se derivó la paciente, con opción de medicina familiar, ginecología y oncología.

Posteriormente en el sistema de ACCEDER del IMSS se obtuvieron datos generales de las pacientes como nombre, número de afiliación, dirección y teléfono en algunos casos, se corroboró que estuvieran vigentes, también se registraron las no vigentes y las que cambiaron de UMF.

El investigador principal se comunicó con las paciente por teléfono identificándose como residente de medicina familiar de la UMF 80 y dando su nombre completo, explicando en qué consistía el estudio y la finalidad del mismo y solicitaba su participación, si la paciente aceptaba se le daba una cita a su conveniencia en la UMF 80 o se concertaba una visita domiciliaria.

Las pacientes que no contaban con registro de teléfono se buscaron directamente en los domicilios registrados. Al llegar a su casa se solicitaba a la paciente por su nombre y apellidos, el investigador se identificaba como residente de medicina familiar con su gafete, presentándose debidamente uniformada y les explicaba en qué consistía el estudio, la finalidad del mismo, solicitando su participación, si la paciente aceptaba se le pedía firmara la hoja de consentimiento informado.

Se procedía a cuestionar sobre los datos que se encuentran en la hoja de recolección de datos (ANEXO 1), seguido del método para valorar el estrato social de Graffar Méndez-Castellanos, (ANEXO 2), terminando con las encuestas para medir la satisfacción de usuarios externos en servicios de salud SERVQUAL modificada (ANEXO 3), se resolvían dudas e inquietudes externadas por la paciente y su familia sobre el padecimiento.

A las pacientes que se citaron en la UMF80, se les citaba en el módulo M ó L dependiendo de la disposición de los mismos, el investigador principal se identificaba como residente de medicina familiar con su gafete, y les explicaba en qué consistía el estudio, la finalidad del mismo, solicitando su participación, si la paciente aceptaba se le pedía firmara la hoja de consentimiento informado, posteriormente se cuestionaba sobre los datos que se encuentran en la hoja de

recolección de datos (ANEXO 1), seguido del método para valorar el estrato social de Graffar Méndez-Castellanos (ANEXO 2), terminando con las encuestas para medir la satisfacción de usuarios externos en servicios de salud SERVQUAL modificadas (ANEXO 3), se resolvían dudas e inquietudes externadas por la paciente sobre el padecimiento.

Después de tener la información otorgada por la paciente, se revisó el expediente electrónico para buscar datos que la paciente no conocía o no recordaba al momento de la entrevista y completar adecuadamente la hoja de recolección de datos (ANEXO 1).

El procedimiento para las pacientes con sospecha de cáncer de mama fue el mismo.

Análisis Estadístico

Los resultados se analizaron con estadística descriptiva (porcentajes, promedios y desviación estándar), medidas de tendencia central (media) y de dispersión (rangos, mínimo, máximo, desviación típica.)

Para los factores de riesgo se utilizó chi cuadrada para realizar asociaciones, con significancia de p menor de 0.05 y Riesgo Relativo para establecer los riesgos.

El cuestionario Servqual modificado para medir la satisfacción de los usuarios se analizo por medio de la prueba T de student con p significativa menor de 0.05.

Consideraciones Éticas

Este proyecto se realizó con pleno cumplimiento de las exigencias normativas y éticas que se establecen para la investigación clínica en la Ley General en Salud en materia de investigación en el artículo 17. Ya que se trató de una investigación sin riesgo.

Se incluyeron entre las observaciones, la autorización de las comisiones institucionales, tanto de la institución sede del proyecto, como de la Facultad de Ciencias Médicas y Biológicas.

Se observaron los principios enunciados en la declaración de Helsinki, se le explicó al paciente que su identidad no se vería expuesta, y que en cualquier momento si era su decisión podía retirarse del proyecto o decidir que no se utilizara la información obtenida sin que nada ni nadie se lo impidiera lo cual se acentuó en la hoja de consentimiento informado.

Por todo lo anterior este protocolo fue registrado ante el Comité Local de Investigación con el número de registro R-2012-1602-27 y todos los pacientes firmaron hoja de consentimiento informado por escrito.

XI. RESULTADOS

Los casos de cáncer de mama en la UMF 80 durante el período de estudio 01 de enero del 2010 al 31 de diciembre del 2011 fueron en total 62, los cuales se encuentran registrados en el diagnóstico situacional de la UMF 80, y archivos del área de epidemiología, se incluyeron 40 pacientes que cumplieron los criterios, se excluyeron 22 pacientes, 15 por cambio de unidad de adscripción, 3 por muerte asociada al cáncer de mama, 3 por no interés en participar, no se incluyó una paciente que recibía tratamiento total en medio particular.

Se tomaron 40 pacientes con sospecha de cáncer de mama en la misma cantidad de las incluidas con cáncer de mama para comparar los grupos, las cuales se encontraban registradas en las libretas y archivos electrónicos DOCMA del área de vigilancia epidemiológica de la UMF 80 durante el período de estudio.

Los grupos se distribuyeron 40 pacientes con diagnóstico cáncer de mama denominado Grupo Ca, y 40 pacientes con diagnóstico de sospecha de cáncer de mama denominado grupo No Ca.

Datos demográficos

En el cuadro 1 se muestran los datos demográficos de las pacientes del estudio encontrando significancia estadística en los datos edad, peso, IMC, gestas, partos y edad de la menopausia.

Los grupos de edades con mayor frecuencia fueron el grupo de 46-55 años con un 21.3% de frecuencia en el grupo de Ca y 56-65 años con un 23.8% en el grupo de No Ca, lo que corresponde a la mayor frecuencia de edad observada en el total de pacientes, las menores frecuencias se observaron en el grupo 66-100 el cual presentó 5% del grupo de Ca y 7.5% del grupo de No Ca, los rangos de edad fueron de 27 a 70 años para el grupo de Ca y de 31 a 71 para el grupo de No Ca.

El peso mayor se observó en el grupo de No Ca a su vez esto hizo que se obtuvieran Índices de Masa Corporal mayores en dicho grupo con una 0.003.

Las gestas y los partos se presentaron con mayor frecuencia en el grupo de No Ca con una significancia de p de 0.040 para las gestas y p de 0.009 para los partos.

La edad de la menopausia fue menor el grupo de Ca con una media de 45.43 ± 6.83 con respecto al grupo de No Ca 48.77 ± 4.88 obteniéndose una p de 0.014 para ambos grupos (Cuadro I).

Cuadro I. Características generales de la población de estudio.

	Grupo Ca $\mu \pm DE$	Grupo No Ca $\mu \pm DE$	p
Edad	51.33 \pm 10.23	57.53 \pm 7.85	0.003*
Peso	57.53 \pm 7.85	73.92 \pm 9.33	0.001*
Talla	1.57 \pm 0.06	1.58 \pm 0.03	0.459
IMC	26.79 \pm 4.14	29.56 \pm 3.98	0.003*
AGO			
Menarca en años	13.10 \pm 1.37	13.10 \pm 1.37	0.543
Frecuencia Menstruación	29.42 \pm 1.97	31.00 \pm 5.54	0.095
Duración Menstruación	3.83 \pm 1.25	3.93 \pm 1.62	0.759
Gestas	3.13 \pm 2.16	4.10 \pm 2.01	0.040*
Partos	2.43 \pm 1.96	3.65 \pm 2.10	0.009*
Abortos	0.28 \pm 0.55	0.30 \pm 0.51	0.835
Cesáreas	0.43 \pm 0.84	0.15 \pm 0.42	0.070
Edad del primer parto años	17.63 \pm 8.74	20.05 \pm 6.20	0.157
Edad de la menopausia	45.43 \pm 6.83	48.77 \pm 4.88	0.014*
Uso de hormonales en años	1.80 \pm 4.21	1.18 \pm 2.22	0.096
Lactancia materna meses	30.88 \pm 83.25	12.50 \pm 4.93	0.666

Las gestas entre las pacientes tuvieron un rango mínimo de 0 y máximo de 8 en ambos grupos, entre la pacientes del grupo Ca de mama, mayor frecuencia de 2 gestas con un 20% entre ese grupo y mínimo de 7 y 8 (2.5%) gestas con el mismo porcentaje, en el grupo No Ca predominaron 3 gestas y la menor frecuencia en 1 gesta y 6 gestas con el mismo porcentaje.

Los partos en el grupo de No Ca se presentaron en cantidad de 4 en 11 pacientes y en el grupo Ca 11 pacientes presentaron 2 partos, obteniendo ambos grupos el 27.5%.

Un aborto se presentó en el grupo de No Ca, con 10 casos (12.5%) y 7 casos (8.8%) en el grupo de Ca de mama, haber tenido 2 abortos en el grupo Ca de Mama tuvo frecuencia de 2 (2.5%) y de 1(1.3%) en el grupo No Ca.

Haber tenido una cesárea presentó frecuencia de 5(6.3%) en el grupo Ca de mama y 4(5%) en el grupo no Ca de mama, haber tenido dos cesáreas en 3 ocasiones (3.8%) grupo Ca de Mama y 1(1.3%) grupo No Ca, y haber tenido 3 cesáreas en 2 (2.5%) pacientes del grupo de Ca de Mama (cuadro I).

Cuadro II. Variables sociodemográficas de ambos grupos.

Variable	Grupo Ca n(%)	Grupo No Ca n(%)
ESCOLARIDAD		
Analfabeta		1(1.3)
Sabe leer y escribir	3(3.8)	6(7.5)
Primaria	11(13.8)	18(22.5)
Secundaria	12(15)	4(5)
Técnico	4(5)	6(7.5)
Preparatoria		4(5)
Licenciatura y más	10(12.5)	1(1.3)
ESTADO CIVIL		
Casada	25(31.3)	32(40)
Divorciada	2(2.5)	
Unión libre	2(2.5)	5(6.3)
Viuda	4(5)	
Soltera	7(8.8)	3(3.8)
OCUPACIÓN		
Hogar	25(31.3)	29(36.3)
Profesión	8(10)	5(6.3)
Otro	7(8.8)	6(7.5)
TOXICOMANIAS		
Ninguna	28(35)	34(42.5)
Tabaquismo	11(13.8)	4(5)
Tabaquismo y alcoholismo	1(1.3)	2(2.5)
ACTIVIDAD FISICA REGULAR OMS		
Si	8(10)	10(12.5)
No	32(40)	30(37.5)
DIETA RICA EN GRASAS Y CONSERVADORES		
Si	3(6.3)	6(7.5)
No	37(33.7)	34(32.5)

La escolaridad predominante de las pacientes en el Grupo de Ca fue secundaria con un 30%, la de menor frecuencia fue sabe leer y escribir con un 3% a su vez en el grupo No Ca predominó escolaridad primaria con un 40% la menor frecuencia se observó en el grupo de sabe leer y escribir y analfabeta ambas con un 2.5%.

La actividad física regular (OMS) se cuestionó como un mínimo de 150 minutos semanales de actividad física aeróbica moderada o 75 minutos de actividad física vigorosa cada semana en las pacientes del grupo Ca 8(10%) y grupo No Ca 10(12.5%) fue un hábito muy poco fomentado lo cual se relaciona los índices de sobrepeso y obesidad encontrados en el total del grupo.

Consumir una dieta rica en grasa y conservadores, fue un hábito negado por la mayoría de las pacientes con un 8.7% del total de ambos grupos encontrándose 3 pacientes del grupo Ca y 6 del grupo No Ca.

Las toxicomanías fueron un hábito presente en poca cantidad de pacientes, predominando el tabaquismo con un 15% en las pacientes con Ca.

El estado civil predominante en ambos grupos fue casada con un 62.5% para el grupo ca y un 80% para el grupo no ca, el estado civil menos frecuente fue divorciada y unión libre para el grupo ca ambas con un 5%, a su vez en el grupo no ca fue soltera con un 7.5%.

De las 80 pacientes dijeron tener pareja estable 61 pacientes con un 72.5% en el grupo ca y un 80% en el grupo no Ca.

De acuerdo a la ocupación la mayoría se dedica al hogar con un 62.5% para el grupo de ca y un 72.5% para el grupo de no Ca, seguido en frecuencia del grupo otro que se refiere a comercio independiente y trabajos eventuales fuera del hogar. Con respecto a la variable pareja estable, actualmente las frecuencias fueron similares en ambos grupos presentando pareja estable 29 pacientes (72.5%) para el grupo de Ca y 32 con un 80% para el grupo no Ca, seguidas de la opción sin pareja estable actualmente, en la cual se engloban solteras y viudas,

las pacientes con parejas eventuales se encontraron 2 en cada grupo lo que represento un 5% respectivamente (cuadro II).

Variables clínicas.

La nuliparidad se presentó en 7 pacientes del grupo Ca de Mama (8.8%) y 2 (2.5%) del grupo No Ca (figura 1).

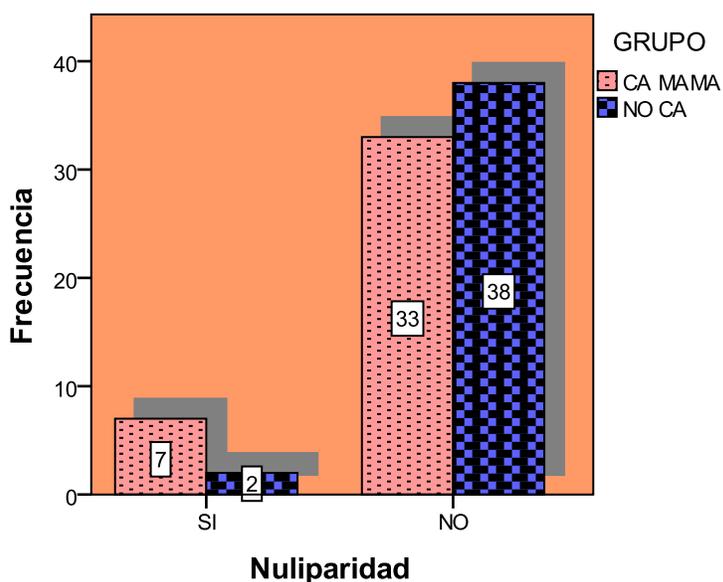


Figura1 .Nulíparas en ambos grupos.

Los antecedentes heredofamiliares estuvieron presentes en 14 pacientes del grupo de Ca (17.5%) y 7 pacientes del grupo de No Ca (8.8%).

El parentesco de primer y segundo grado fue con frecuencia de 7 para el grupo de Ca con un (8.8%) y 26 pacientes no tuvieron antecedentes familiares (32.5%), las pacientes del grupo de No Ca tuvieron antecedente de 2 familiares de primer grado (2.5%) y 5 familiares de tercer grado (6.3%), con frecuencia de 33 la pacientes sin antecedentes familiares (41.3%), (Chi 15.608, gl.3, sig. 0.001*).

Los familiares presentaron cáncer de mama 8 del grupo de Ca (10%) y 6 del grupo de No Ca (7.5%), cáncer de matriz 3 familiares del grupo de Ca (3.8%) y 1 familiar

del grupo de No Ca (1.3%), cáncer de colon presentaron 2 familiares del grupo de Ca (2.5%) y cáncer de ovario 1 familiar (1.3%) del grupo de Ca.

Los antecedentes de patología premaligna se presentaron solo en una paciente del grupo de Ca (1.3%) la cual presentó hiperplasia atípica, y los antecedentes de patología benigna de la mama estuvieron presentes en 7 pacientes del grupo de Ca (8,8%) las cuáles presentaron mastopatía fibroquística y 6(7.5%) pacientes del grupo de No Ca(cuadro III).

Cuadro III. Antecedentes de importancia en los grupos estudiados.

Variable	Grupo de Ca f(%)	Grupo de No Ca f(%)
ANTECEDENTES HEREDITARIOS DE CÁNCER RELACIONADOS CON EL DE MAMA		
Si	14(17.5)	7(8.8)
No	26(32.5)	33(41.3)
GRADO DE PARENTESCO DEL FAMILIAR CON CÁNCER		
Ninguno	26(32.5)	33(41.3)
Primer grado	7(8.8)	2(2.5)
Segundo grado	7(8.8)	
Tercer grado		5(6.3)
TIPO DE CÁNCER DEL FAMILIAR		
Ninguno	26(32.5)	33(41.3)
Mama	8(10)	6(7.5)
Matriz	3(3.8)	1(1.3)
Colon	2(2.5)	
Ovario	1(1.3)	
ANTECEDENTE DE PATOLOGÍA BENIGNA DE LA MAMA		
Si	7(8.8)	6(7.5%)
No	33(41.3)	34(42.5%)
ANTECEDENTE DE PATOLOGÍA PREMALIGNA		
Si	1(1.3)	
No	39(48.8)	40(40)

Variables exclusivas de la paciente.

En relación a la autoexploración mamaria previa 10 pacientes del grupo de Ca no la realizaban (12.5%) y 20 del grupo de No Ca (25%), 30 pacientes del grupo de Ca si la realizaban (37.5%) y 20 del grupo de No Ca (25%), lo que significa que se autoexploraban mas las pacientes con Ca que las del grupo de No Ca (chi 5.333, gl 1, sig. 0.021*).

Sin embargo al interrogar sobre la exploración previa por personal capacitado (médicos o enfermeras) 22 pacientes del grupo de Ca respondieron no haber acudido previamente a revisión clínica (27,5%) a pesar de haberse autoexplorado, y 15 del grupo No Ca (18.8%) también respondieron no haber acudido a revisión clínica previa, las pacientes que respondieron haber acudido a revisión clínica previa fueron 18 (22.5%) del grupo de Ca y 25 (31.3%) del grupo de No Ca.

Las pacientes que habían realizado estudios previos de tamizaje habían sido la mayoría del grupo de No Ca (30%) y 15 del grupo de Ca (18.8%), las pacientes que no los habían realizado fueron en su mayoría del grupo de Ca (31.3%) y 16 pacientes (20%) del grupo de No Ca (chi 4.053, gl 1, sig. 0.044*).

El Motivo de consulta más frecuente entre las pacientes fue masa en el seno o tumoración con frecuencia de 26 en el grupo de Ca de Mama (32,5%) y 9 en el grupo de No Ca (11.3%), seguido de chequeo de rutina, con mayor frecuencia en el grupo de No Ca con 22 pacientes (27.5%) y en el grupo de Ca con 10 pacientes (12.5%), posteriormente mastalgia con 4 pacientes del grupo de No Ca (5%) y 2 pacientes del grupo de Ca (2.5%), el motivo denominado telorrea fue la causa en 4 pacientes del grupo No Ca (5%), cambios del pezón tuvo frecuencia de 2 en el grupo de en el grupo Ca (2.5%) y la menor frecuencia observada fue para cambios del pezón como motivo de consulta en 1 paciente (1.35%) del grupo No Ca. (Chi 20.424, 5 gl y sig. de 0.001*).

La persona que realizó la detección fue en 28 pacientes del grupo de Ca la misma paciente por medio de autoexploración (35%), y en 15 en el grupo de No Ca

(18.8%), seguido de estudios de tamizaje por edad, con frecuencia de 15 en el grupo de No Ca (18.8%) y 7 en el grupo de Ca (8.8%), el médico detectó en 9 pacientes del grupo de No Ca (11.3%) y 1 del grupo de Ca (1.3%) y por último enfermería detectó a 4 pacientes del grupo de Ca y 1 paciente (1.3%) del grupo de No Ca (cuadro IV).

Cuadro IV. Variables exclusivas de la paciente.

Variable	Grupo de Ca	Grupo de No Ca
	n(%)	n(%)
AUTOEXPLORACIÓN PREVIA		
No	10(12.5)	20(25)
Si	30(37.5)	20(25)
REVISIÓN CLINICA PREVIA		
No	22(27.5)	15(18.8)
Si	18(22.5)	25(31.3)
TAMIZAJE PREVIO		
No	25(31.3)	16(20)
Si	15(18.8)	24(30)
PRINCIPALES MOTIVOS DE CONSULTA		
Masa en el seno	26(32.5)	9(11.3)
Mastalgia	2(2.5)	4(5)
Telorrea		4(5)
Cambios en la piel del seno		1(1.3)
Cambios del pezón	2(2.5)	
Chequeo de rutina	10(12.5)	22(27.5)
PERSONA QUE REALIZÓ LA DETECCIÓN		
Autoexploración	28()	15()
Enfermera	4(5)	1(1.3)
Médico	1(1.3)	9(11.3)
Tamizaje	7(8.8)	15(18.8)

Los días que tardaron las pacientes en consultar fueron como tiempo mínimo un día en 7 pacientes del grupo de Ca (8%) y 4 para el grupo No Ca (5%) y máximo 366 días 1 paciente del grupo de No Ca (1.3%) y en 1095 días 2 pacientes del grupo de Ca, se espera que las mujeres consulten inmediatamente después de un síntoma de sospecha de cáncer de mama, lo cual sucedió en la minoría de las pacientes estudiadas como se muestra en el cuadro V.

Cuadro V. Tiempo que tarda la paciente en consultar después del síntoma.

Tiempo en consultar después del síntoma	Grupo de Ca n(%)	Grupo de No Ca n(%)
Un día	7(8.8)	4(5)
Mayor a un día	33(41.3)	36(45)

La mama que se tuvo afección mas frecuente fue la izquierda en ambos grupos con frecuencia de 25 (31.3%) en el grupo de Ca y frecuencia de 4 (5%) en el grupo de No Ca, la mama derecha fue la afectada en 15 pacientes (18.8%) del grupo de Ca y 3 (3.8%) del grupo de No Ca; (valor de chi 56.207, gl 2, sig.0.000*) en el grupo de No Ca el valor se obtuvo solo en 7 pacientes de 40.

El número de parejas sexuales fue respondido por la mayoría como 1 con frecuencia de 38 (47.5%) en el grupo de No Ca y 33 en el grupo de Ca (41.3%), fue seguido por el número de 2 parejas sexuales con frecuencia de 4 en el grupo de Ca (5%) y 1 en el grupo de No Ca (1.3%) respondieron nunca haber tenido pareja sexual 3 pacientes (3.8%) del grupo de Ca y 1 paciente (1.3%) del grupo de No Ca (figura 2).

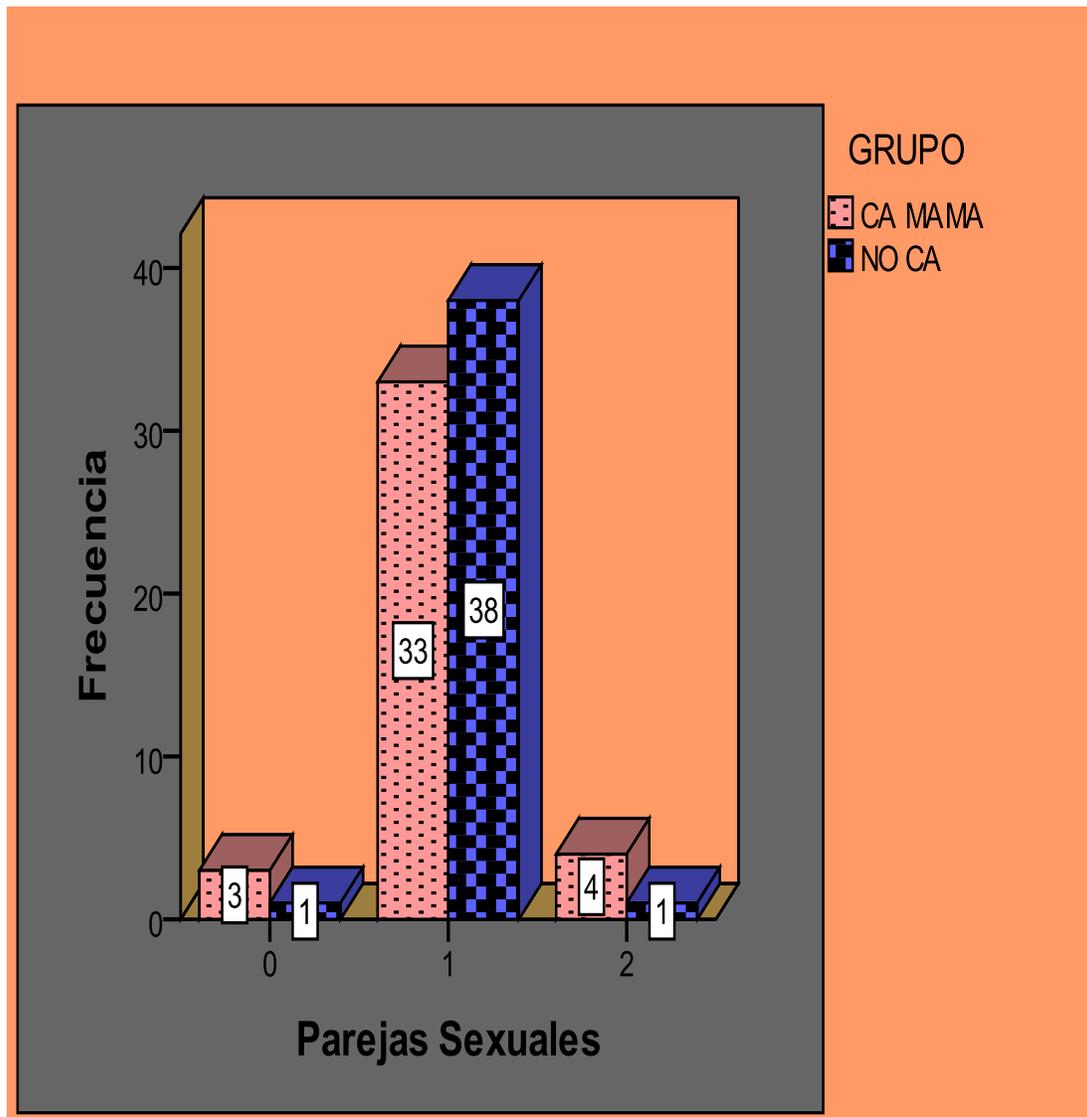


Figura 2. Número de parejas sexuales entre los grupos.

El tipo histológico de cáncer más frecuente fué ductal infiltrante con frecuencia de 34 (85%), seguido de ductal in situ con frecuencia de 3 (7.5%), cistosarcoma coloides 2 (5%) y finalmente una paciente con metástasis de carcinoma pobremente diferenciado (Figura 3).

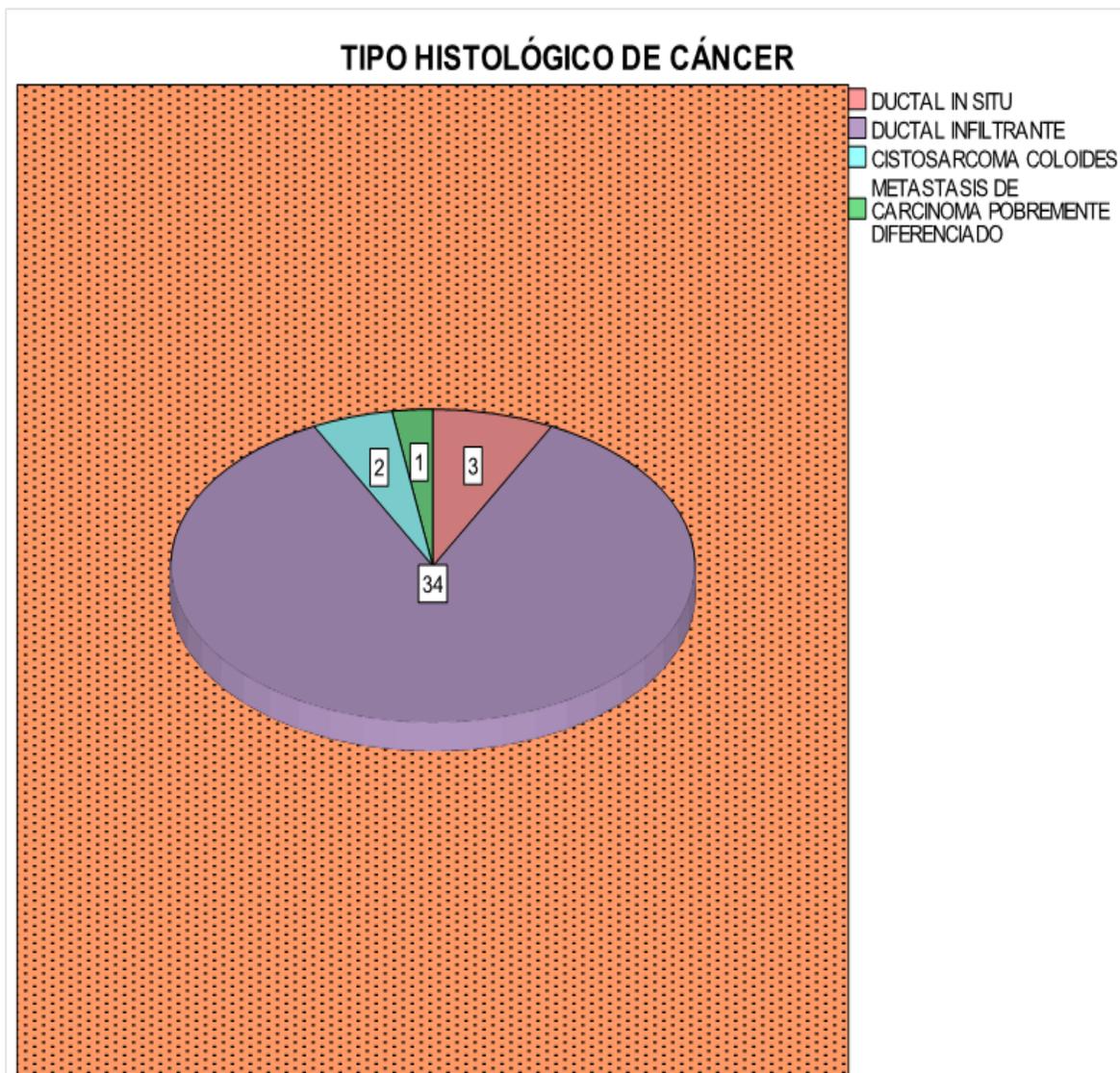


Figura 3. Tipo histológico de cáncer

De los factores histopronósticos en cáncer de mama se interrogaron la presencia de receptores de estrógenos y progesterona, oncogen Her 2 Neu, o ausencia de alguno de ellos. Las pacientes que no conocían el dato o que no se encontró en los expedientes se reportaron como no hay información (Cuadro VI).

Cuadro VI. Factores histopronósticos grupo Ca de Mama.

Factores Histopronósticos	F (%) N=40
Triple Negativo	9(22.5%)
Receptores de estrógenos y progesterona	17(42.5%)
Receptores de estrógenos, progesterona y Her2Neu	3(7.5%)
Her2Neu	1(2.5%)
No hay información	10(25%)

Variables de la unidad de atención médica.

La ruta para la detección y diagnóstico oportuno de cáncer de mama rebaso los días establecidos por la guía para detección oportuna de enfermedades del IMSS en la mayoría de los servicios como se observa en el cuadro VII.

Cuadro VII. Tiempo en días en obtener citas médicas en cada servicio.

Tiempo en días en obtener citas	Grupo CA		Grupo No CA		Tiempo Máximo	Tiempo Mínimo
	n(%)	$\mu \pm DE$	n(%)	$\mu \pm DE$		
Medicina Familiar						
Menor a un día	17(21.3)	8.38 \pm 28.86	22(27.5)	2.05 \pm 1.46	80 días	1 días
Mayor a un día	23(28.8)		18(22.5)			
Ginecología						
≤5 días	10(12.7)	13.33 \pm 24.96	21(26.6)	13.49 \pm 12.6	90 días	1 días
>5 días	30(38.0)		18(22.8)	8		
Oncología						
≤5 días	5(11.4)	33.85 \pm 35.08	4(9.1)	23.75 \pm 7.50	132 días	2 días
>5 días	35(79.5)					

La mastografía se encuentra dentro de los estudios de imagen de elección en el triple diagnóstico para la evaluación de una anomalía en la mama, las mujeres deberán recibir el resultado de su mastografía por escrito en un lapso no mayor de 21 días hábiles posteriores a la toma según la Norma Oficial Mexicana 041-SSA2-2011, lo cual se respetó en 27 pacientes del Grupo de Ca y 24 pacientes del grupo de No Ca (cuadro VIII).

Cuadro VIII. Tiempo en días en obtener cita para realizar y entregar mastografía.

Tiempo en días en obtener citas	Grupo CA		Grupo No Ca		Tiempo Máximo	Tiempo Mínimo
	n(%)	$\mu \pm DE$	n(%)	$\mu \pm DE$		
Realización mastografía						
≤ 8 días	20(25.3)	19.69±28.32	20(25.3)	19.45±18.9	150 días	1 día
> 8 días	19(24.1)		20(25.3)	5		
Entrega de mastografía						
≤ 21 días	27(34.2)	15.64±18.3	24(30.4)	20.40±14.0	90 días	1 día
> 21 días	12(15.2)	6	16(20.3)	9		

Variables del prestador de servicios.

Dentro de las variables relacionadas directamente con el prestador de servicios se incluyeron persona que realizó la detección, con subdivisiones en autoexploración si la paciente había detectado la anomalía, enfermera si se había realizado en los módulos API, médico si se detectó la anomalía durante una exploración física en el consultorio cuando la paciente refirió síntomas y tamizaje si se detectó de primera instancia por medio de anomalías en la mastografía.

La detección fue en mayor porcentaje realizada por la paciente durante autoexploración con frecuencia de 28 en el grupo de Ca (35%) y de 15 en el grupo de No Ca (18.8%), seguido de estudios de tamizaje con frecuencia de 15 para el grupo de No Ca (18%) y 7 para el grupo de Ca (8.8%), los casos en que el médico detectó la anomalía fueron 9 en el grupo de No Ca (11.3%) y uno en el grupo de Ca (1.3%), la enfermera detectó 4 casos en el grupo de Ca (5%) y 1 del grupo No Ca (1.3%). (Valor de $\chi^2=15.039$, gl 3, sig. 0.002).

El reporte BIRADS se solicitó de acuerdo a la clasificación internacional del colegio Americano de radiólogos y se obtuvo de la mastografía o ultrasonido con el cual se le realizó a la paciente el diagnóstico de Cáncer de mama o sospecha de patología de la mama, se hubiera realizado este estudio en el IMSS o no. Las pacientes que se diagnosticaron por medio de mastografía fueron 40 del grupo de No Ca (50%) y 39 del grupo de Ca (48.8%), ya que una de estas pacientes se diagnosticó por medio de ultrasonido (1.3%).

Los resultados se reportan como BIRADS 0 que es un estudio no concluyente, BIRADS 1 es un estudio normal, BIRADS 2 si hay presencia de lesiones benignas, BIRADS 3 presencia de lesiones probablemente benignas, BIRADS 4 si se encuentran lesiones probablemente malignas, BIRADS 5 lesiones de características malignas, BIRADS 6 cáncer de mama en espera de tratamiento.

Los resultados fueron BIRADS 0 en una paciente del grupo de Ca de Mama (1.3%), a la cual se le solicitó ultrasonido complementario, BIRADS 2 en 2 pacientes del grupo de No Ca (2.5%), BIRADS 3 en 33 pacientes del grupo de No

Ca (41.3%) y 5 pacientes del grupo de Ca (6.3%). BIRADS 4 en 34 pacientes del grupo de Ca (42.5%) y en 5 (6.3%) pacientes del grupo de No Ca, (chi cuadrado de 45.196, gl 3, sig. 0.000*).

Posteriormente se busco la relación que existía de acuerdo con el BIRADS reportado y el resultado anatomopatológico, encontrando que 6 pacientes del grupo de Ca (12%) no tuvieron relación, ya que se les había reportado BIRADS no relacionado con malignidad y la biopsia demostró lo contrario, 34 pacientes si coincidieron con el BIRADS reportado (68%), a su vez en el grupo de No Ca 4 pacientes fueron reportadas con BIRADS de malignidad y el reporte de biopsia arrojó cambios relacionados con patología benigna de la mama (8%) lo cual no coincidía, las 6 pacientes restantes (12%) que se les realizó biopsia en este grupo, si coincidieron sus reportes de BIRADS con los resultados de biopsia, tratándose de patología benigna de la mama.

Los tipos de biopsias realizados se dividieron en biopsia por aspiración con aguja fina (BAAF) realizadas en la consulta con aguja y jeringa, incisional cuando se extrajo un área del tumor que causaba la sospecha, excisional cuando se realizó extracción completa de la tumoración, marcaje por arpón guiado por RX y se respondió Ninguna en el caso de no se haber realizado biopsia antes de la mastectomía o inicio del tratamiento. Los resultados fueron con mayor frecuencia ninguna con 13 pacientes en el grupo de Ca (16.3%) y 30 en el grupo de No Ca (17.5%), seguido de BAAF en el grupo de Ca con frecuencia de 10 (12.5%), el tipo de biopsia insicional fue de 10 en el grupo de Ca (12.5%), marcaje por arpón fue de 2(2.5%) en el grupo de Ca y en el de No Ca, BAAF y biopsia insicional no se realizaron en el grupo de No Ca.

Los reportes obtenidos de las biopsias se dividieron en positiva para células neoplásicas si reportaban algún tipo de cáncer o lesión maligna, negativa para células neoplásicas en ausencia de malignidad, hiperplasia ductal atípica la cuál es una lesión premaligna y ninguna si no se realizó biopsia. Los resultados de las biopsias fueron 25 de positiva para células neoplásicas (31.3%), seguido de 9 casos negativos para células neoplásicas en el grupo de No Ca, y un caso

positivo para células neoplásicas en el grupo de No Ca que se debió a una adenomegalia axilar debida a linfoma no hodking, frecuencia de 1 tuvieron en el grupo de Ca los reportes negativa para células neoplásicas e hiperplasia ductal típica con 1.3% respectivamente, en 13 pacientes del grupo de Ca no se realizó biopsia previa al inicio del tratamiento y 30 pacientes del grupo de No Ca no la requirieron. (Valor de chi cuadrada 36.275, gl 3, sig. 0.000*) cuadro IX.

Cuadro IX. Variables del prestador de servicios.

Variable	Grupo de Ca f(%)	Grupo de No Caf(%)
PERSONA QUE DETECTA		
Autoexploración	28(35)	15(18.8)
Enfermera	4 (5)	1(1.3)
Medico	1(1.3)	9(11.3)
Tamizaje	7(8.8)	15(18.8)
TIPOS DE BIRADS		
BIRADS 0	1(1.3)	
BIRADS 2		2(2.5)
BIRADS 3	5(6.3)	33(41.3)
BIRADS 4	34(42.5)	5(6.3)
TIPOS DE BIOPSIAS		
BAAF	10(12.5)	
Excisional	15(6.3)	8(10)
Insicional	10(12.5)	
Marcaje con arpón	2(2.5)	2(2.5)
Ninguna	13(16.3)	30(37.5)
RESULTADOS DE LAS BIOPSIAS		
Positiva para células neoplásicas	25(31.3)	1(1.3)
Negativa para células neoplásicas	1(1.3)	9(11.3)
Hipeplasia ductal atípica	1(1.3)	
No se realizó biopsia	13(16.3)	30(37.5)

Los tratamientos indicados por los médicos tratantes fueron medidas higiénico dietéticas explicadas como modificaciones en la dieta principalmente libre de metilxantinas, uso de brasier adecuado, autoexploración mensual, realizar ejercicio una hora al día y vigilancia clínica cada 6 meses para corroborar la aplicación de las medidas, los cuál estuvo indicado solo en el grupo de No Ca con

frecuencia de 32 (40%), la cirugía en la mama afectada sin tratamiento complementario estuvo presente en una paciente del grupo de Ca (1.3%) y 7 pacientes del grupo de No Ca (8.8%), cirugía complementada con quimioterapia se indicó en 4 pacientes del grupo de Ca (5%), cirugía y radioterapia en una paciente del grupo No Ca (1.3%) debido a que la lesión que indicaba patología maligna de mama se reportó como linfoma no hodking, recibieron cirugía, quimioterapia y radioterapia 6 pacientes del grupo de Ca (7.5%), quimioterapia y radioterapia de rescate 2 pacientes del grupo de Ca (2.5%), cirugía, radioterapia y hormonoterapia 4 pacientes del grupo de Ca (5%), cirugía, radioterapia y trastuzumab una paciente del grupo de Ca (1.3%), cirugía, quimioterapia y hormonoterapia 6 pacientes del grupo de Ca (7.5%) cirugía, quimioterapia, radioterapia y hormonoterapia con la mayor frecuencia de tratamiento en el grupo de Ca 15 pacientes (18.8%), por último cirugía, quimioterapia, trastuzumab y hormonoterapia solo una paciente del grupo de Ca (1.3%) cuadro X.

Cuadro X. Tratamientos establecidos entre los grupos.

TRATAMIENTOS ESTABLECIDOS ENTRE LOS GRUPOS	Grupo de Ca n(%)	Grupo de No Ca n(%)
Medidas higienico dietéticas y vigilancia	0	32(40)
Cirugía	1(1.3)	7(8.8)
Cirugía y quimioterapia	4(5)	
Cirugía y radioterapia		1(1.3)
Cirugía, quimioterapia y radioterapia	6(7.5)	
Quimioterapia y radioterapia de rescate	2(2.5)	
Cirugía, radioterapia y hormonoterapia	4(5)	
Cirugía radioterapia y trastuzumab	1(1.3)	
Cirugía, quimioterapia y hormonoterapia	6(7.5)	
Cirugía, quimioterapia, radioterapia y hormonoterapia	15(18.8)	
Cirugía, quimioterapia, hormonoterapia y trastuzumab	1(1.3)	

El estado de salud actual se interrogó como libre de enfermedad si los estudios clínicos y paraclínicos de control realizados por oncología permanecían negativos, metástasis locorregional si habían tenido algún dato de infiltración directa en el parénquima glandular, conductos mamarios o linfáticos y metástasis a distancia si habían tenido datos de invasión del cáncer de mama hacia otros órganos.

Una de las pacientes del grupo de Ca presentó metástasis locorregional (1.3%) caracterizada por invasión de la cadena ganglionar mamaria interna y 2 pacientes metástasis a distancia (2.6%) con invasión a hueso y cerebro respectivamente (Figura 4).

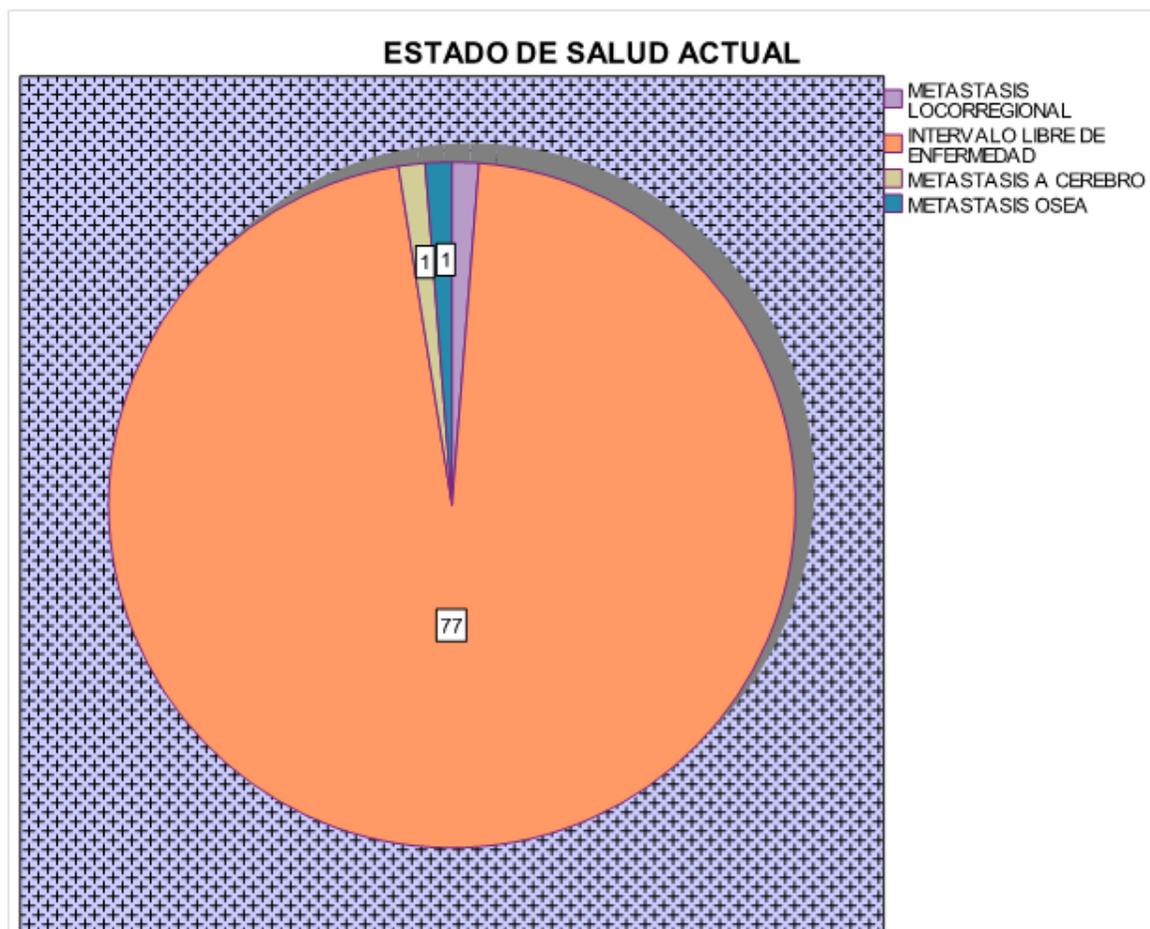


Figura 4. Estado de salud actual de las pacientes con cáncer de Mama.

Los tiempos en obtener resultados de biopsias abarcaron desde 2 días hasta 365 días, realizándose en 32 pacientes del grupo de Ca y en 10 pacientes del grupo de No Ca antes de 21 día, como lo marca la guía para detección oportuna de enfermedades del IMSS 2012, a su vez el inicio del tratamiento fue como lo marca la misma guía, menor a 21 días en 10 pacientes del grupo de Ca y en 27 pacientes del grupo de No Ca, con tiempos mínimos de 2 días y máximo de 3 días (cuadro XI).

Cuadro XI. Tiempo en obtener el resultado de biopsia y de inicio de tratamiento.

Tiempo en días en obtener resultados	Grupo CA		Grupo No CA		Tiempo Máximo	Tiempo Mínimo
	n(%)	$\mu \pm DE$	n(%)	$\mu \pm DE$		
Resultado patología						
Menor a 21 días	32(64)	81.64 \pm 82.86	10(20)	54.60 \pm 17.64	365 Días	2 Días
Mayor a 21 días	7(14)		1(2)			
Inicio de Tratamiento desde Diagnostico						
Menor a 21 días	10(12.8)	61.13 \pm 62.34	27(34.6)	19.21 \pm 28.30	300 Días	2 Días
Mayor a 21 días	29(37.2)		12(15.4)			

Cuadro XII. Factores de riesgo de cáncer de mama no modificables.

Variable	Grupo CA n(%)	Grupo No CA n(%)	Chi ²	sig	RR	IC 95%(Li, Ls)
Edad						
Mayor de 40	36(45)	39(48.7)	1.920	.166	0.600	(.365, .987)
Menor de 40	4(5)	1(1.2)				
AP benigna						
Si	7(8.8)	6(7.5)	0.092	0.762	1.093	(.625, 1.912)
no	33(41.3)	34(42.5)				
AP premaligna						
Si	1(1.3)	0(0)	1.013	.314	2.026	(1.620, 2.533)
No	39(48.8)	40(50.0)				
Nuliparidad						
Si	7(8.8)	2(2.5)	3.130	0.77	1.673	(1.089, 2.571)
No	33(41.3)	38(47.5)				
Menarca temprana						
<12	3(3.8)	7(8.8)	1.829	0.176	0.568	(.215, 1.501)
>12	37(46.3)	33(41.3)				
Menopausia tardía						
>52	1(1.3)	1(1.3)	0.000	1.00	1.000	(.246, 4.070)
<52	39(48.8)	39(48.8)				
AHF CA						
Si	14(17.5)	7(8.8)	3.164	0.075	1.513	(.997, 2.296)
No	26(32.5)	33(41.3)				

* Cifra estadísticamente significativa (P<0.05); F (%) = Frecuencia (porcentaje) RR.-Riesgo Relativo, IC95%.-Intervalo de Confianza al 95%, LI.-Límite Inferior, LS.- Límite Superior

En los cuadros XII y XIII observamos asociación de los factores edad, obesidad y edad del primer parto con el cáncer de mama.

Se observa riesgo significativo de los factores edad del primer parto, nuliparidad, tabaquismo y antecedente de patología premaligna.

Cuadro XIII. Factores de riesgo para cáncer de mama modificables.

Variable	Grupo CA n(%)	Grupo No CA n(%)	Chi ²	sig	RR	IC 95%(Li, Ls)
Obesidad Si no	8(10.5) 31(40.8)	16(21.1) 21(27.6)	4.540	0.033*	.559	(.304, 1.027)
Edad del primer parto Después 30 Antes de 30	7(9) 33(42.3)	1(1.3) 37(47.4)	4.680	.031*	1.856	(1.294, 2.662)
Uso de hormonales Si No	12(15) 28(35)	11(13.8) 22(36.3)	0.061	.805	1.062	(.662, 1.703)
Tabaquismo Si No	12(15.0) 28(35.0)	5(6.3) 35(43.85)	3.660	0.056	1.588	(1.051, 2.400)
Etilismo Si No	1(1.3) 39(48.8)	2(2.5) 38(47.5)	0.346	0.556	.658	(.131, 3.310)

* Cifra estadísticamente significativa ($P < 0.05$); F (%) = Frecuencia (porcentaje) RR.-Riesgo Relativo, IC95%.-Intervalo de Confianza al 95%, LI.-Límite Inferior, LS.- Límite Superior.

INSTRUMENTOS

Método para valorar el estrato social Graffar-Méndez Castellano.

Los resultados de este instrumento se presentan por estrato predominante. Los estratos sociales agrupados de acuerdo a clases tuvieron un predominio para pobreza relativa en el grupo de No Ca con frecuencia de 25 (31.3%), seguido de frecuencia de 15 en pobreza relativa del grupo de Ca (18.8%) y con la misma frecuencia la clase media media en el mismo grupo de Ca, posteriormente se encontró la clase media media en el grupo de No Ca con frecuencia de 14 (17.5%), así como la clase media alta en el grupo de Ca con frecuencia de 9 (11.3%), las clases pobreza crítica solo obtuvo frecuencia de 1 en ambos grupos con un 1.3% respectivamente. (χ^2 11.534, gl .3, sig .0.009) representado en la figura 5.

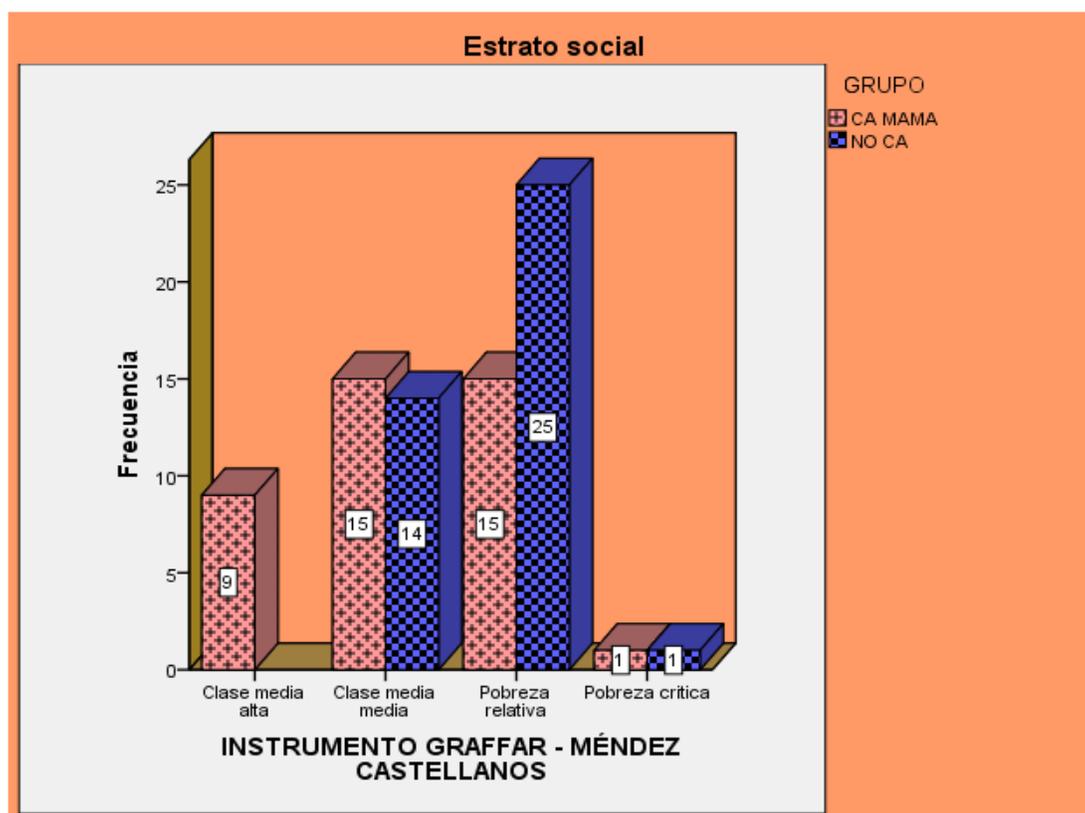


Figura 5. Instrumento Graffar-Méndez Castellanos.

SERVQUAL modificado para la satisfacción del usuario externo en los establecimientos de salud y servicios médicos de apoyo.

Este instrumento represento la satisfacción de las usuarias del servicio médico del IMSS, encontrando que los dominios más afectados son fiabilidad y empatía con gran discrepancia entre lo que se espera y lo que se recibe y el dominio menos afectado percibiendo que se recibe más de los que se espera en el dominio aspectos tangibles. Cuadro XIV.

Cuadro XIV. Respuestas por dominio cuestionario Servqual Grupo Ca de Mama.

V A R I A B L E	Expectativas	Percepción	t	Sig
	N=40 $\mu \pm E.E.$	N=40 $\mu \pm E.E.$		
Fiabilidad	27.88 \pm 0.12	17.68 \pm 0.48	19.419	.000*
Respuesta	28.00 \pm 0.00	26.88 \pm 0.62	1.796	.080
Seguridad	28.00 \pm 0.00	26.30 \pm 0.68	2.48	.018
Empatía	34.98 \pm 0.02	30.85 \pm 0.64	6.48	.000*
Aspectos tangibles	28.00 \pm 0.00	31.93 \pm 0.48	-8.05	.000*

* Cifra estadísticamente significativa (P<0.05).

XI. DISCUSIÓN

Los resultados encontrados fueron acorde a los objetivos, fue posible conocer lo planteado con la hoja de recolección de datos implementada y los instrumentos utilizados.

La muestra al haber sido no probabilística puede tener sesgo en la selección, ya que se tomaron en cuenta los casos con cáncer de mama en el período de estudio y de la cantidad que cumplió criterios de inclusión se tomó una muestra del mismo número, de pacientes con diagnóstico de sospecha de cáncer de mama, para que fuera posible comparar los grupos. Se recabaron el mayor número de casos posibles de cáncer de mama de acuerdo a los registrados, sin embargo, se encontraron muchas dificultades como pacientes dadas de baja, pacientes que cambiaban de unidad de adscripción, de las cuáles en la unidad no se tenían los mínimos registros, así mismo de las pacientes registradas y activas en el sistema muchas no contaban con teléfonos para poder citarlas y se tuvieron que visitar en sus casas, con buena aceptación para participar pero el riesgo que conllevan las visitas domiciliarias para el investigador. Las pacientes que contaban con teléfono se pudieron citar en la unidad, siempre hubo disponibilidad de los directivos de la unidad de estudio en asignar el lugar para llevar a cabo la entrevista, las pacientes que no se pudieron citar por ese medio se visitaron en sus domicilios, lo cuál fue una excelente experiencia y se pudo realizar un acercamiento a lo que es la atención centrada en el paciente, con lo cuál se fortalece la responsabilidad de los propios pacientes en la gestión de sus problemas de salud, persiguiendo con este enfoque que los enfermos y sus familias se conviertan en expertos en los cuidados y necesidades de éstos, así como en los principales cuidadores, así el paciente deja de ser receptor pasivo de la atención para convertirse en responsables activos de la toma de decisiones.³⁸

Las pacientes estudiadas fueron diagnosticadas antes de que fuera instaurado el módulo de mama en la UMF 80, lo cual puede tener diferencia con los tiempos de diagnósticos y tratamientos en la actualidad.

Los tiempos de espera para recibir atención. Un factor determinante en cualquier enfermedad es el tiempo oportuno de atención. Sin embargo en el cáncer de mama sabemos que este factor toma especial relevancia porque mientras más tarde se realiza el diagnóstico, menor probabilidad de controlar la enfermedad.^{39 40}

Existe una queja generalizada por parte de las mujeres sobre los tiempos que tienen que esperar para recibir el diagnóstico de cáncer independientemente si la atención se recibe en una institución pública. En nuestra institución se observó la principal demora en estos factores, sobre todo los largos tiempos de espera en segundo nivel para establecer diagnóstico y tratamiento similar a lo reportado en otros estudios.⁴¹

Los factores de riesgo modificables predominantes en este estudio fueron obesidad coincidiendo con lo reportado por Romero Figueroa y Cols. en el 2008⁴² y tabaquismo el cual tiene una relación significativa como lo mencionan Castaño ME (2006).⁴³

Como en otras series la mayoría de las pacientes experimentó manifestaciones clínicas con autodetección de un nódulo mamario.⁴⁴

Los factores de riesgo no modificables como la edad mayor de 50 y los antecedentes heredo familiares de cáncer de mama están presentes en nuestra población predominando sobre los otros no modificables, al igual que en otros estudios (Lufdi Dogan et al 2011).⁴⁵

La edad del primer parto después de los 30 estuvo asociada con el cáncer de mama ya que el primer embarazo se vincula con una elevada división celular mamaria seguida por la diferenciación terminal del tejido glandular, este incremento transitorio del riesgo de Cáncer de Mama es mayor cuando las

mujeres tienen a su primer hijo a una edad más avanzada, dado que las células viejas tienen una mayor probabilidad de sufrir daño genético que las jóvenes.⁴⁶

La nuliparidad se ha relacionado con un mayor riesgo de cáncer de mama en México y el mundo,⁴⁷ en este estudio también se encontró un riesgo positivo teniendo el factor presente, en Colombia, la nuliparidad también se ha vinculado con un incremento del riesgo del cáncer de mama (RM= 3.35; IC 95% 1.4-8, nulíparas contra multíparas con cinco o más hijos, mientras que la edad del primer parto no se asoció de manera significativa,⁴⁸ en Brasil se reconoció un efecto protector al comparar a las mujeres que tenían dos a 10 u 11 hijos y más con las nulíparas y uníparas.⁴⁹

Respecto a la valoración de la salud de la mujer, una gran diversidad de estudios sobre género y salud han mostrado, las mujeres, tienden a tomar altas responsabilidades en el cuidado de la salud de los miembros de su familia.⁵⁰

En este proceso de cuidar la salud de la familia definen prioridades para la atención y generalmente ellas se ubican en los últimos lugares de la lista. Esta jerarquización tiende a generar retardos en la búsqueda de la atención por parte de las mujeres ya que generalmente otro miembro de la familia debe convencerlas de que tienen que buscar atención. Este aspecto se exagera cuando la mujer participa en el ámbito laboral. La concepción de que no son prioritarias en el tema de la salud se refleja en otros aspectos, uno de ellos es el temor a ser diagnosticadas con una enfermedad que ponga en riesgo su salud por largo tiempo o en una condición de gravedad. La idea misma de tener una enfermedad grave o de largo plazo desencadena en las mujeres un conjunto de miedos y temores en relación a su presente y su futuro, como lo descritos en este estudio y coincidiendo con lo reportado por Contreras-Sarabia y Cols. 2009.⁵¹

Entre estos temores está la incapacidad para poder cumplir con sus funciones dentro de la estructura familiar, el de la suerte de la familia, esposos e hijos, en caso de que la mujer llegue a faltar y la estigmatización por parte de su círculo

cercano de amigos y colegas. Todos estos temores se generan ante la posibilidad de un diagnóstico de cáncer.

En las etapas iniciales del proceso la relación entre cáncer y la muerte como consecuencia inexorable, es común. En gran medida las mujeres establecen esta relación por falta de información sobre las diferentes manifestaciones del cáncer de mama y las diversas formas de hacerle frente.⁵²

En el combate del cáncer de mama debe llamarse a trabajar en una misma dirección, conscientes de la responsabilidad de cada uno de los actores; el compromiso del Sistema de Salud en México debe ser el trabajo conjunto de cada una de las instituciones que lo conforman y los servicios de salud estatales y privados, con el fin de sentar las bases para la creación de un programa nacional factible y eficiente, que cumpla con el propósito de la detección temprana, el diagnóstico oportuno y la limitación del daño a través de tratamientos de óptima calidad y trato cordial y respetuoso de los derechos de los pacientes.⁵³

XI. CONCLUSIONES

1. Los factores de la unidad de atención médica que causaron demora en el diagnóstico y tratamiento de cáncer de mama fueron los tiempos en obtener cita en medicina familiar, ginecología y oncología.
2. Los factores de riesgo modificables predominantes de cáncer de mama fueron obesidad y tabaquismo.
3. Los factores de riesgo no modificables predominantes fueron la edad mayor de 50 y los antecedentes heredofamiliares de cáncer de mama.
4. Los factores exclusivos de las pacientes que influyeron en el diagnóstico y tratamiento del cáncer de mama son demora en el tiempo en solicitar la consulta, no haber acudido a revisión clínica anual y no haber realizado estudios previos de tamizaje anual o bianual, a pesar de haberse autoexplorado mensualmente.
5. La satisfacción de las usuarias del grupo de Ca estuvo más afectada en el dominio de fiabilidad y menos en el dominio de aspectos tangibles.
6. El estrato social predominante de acuerdo al instrumento Graffar Méndez Castellano entre las pacientes estudiadas fue con la misma frecuencia pobreza relativa y clase media para el grupo de Ca y en el grupo de No Ca pobreza relativa.

XII. SUGERENCIAS

1. Contar con personal exclusivo para realizar el proceso y seguimiento de referencia contrarreferencia.
2. Apoyar el módulo de mama, asignando, capacitando y evaluando adecuadamente a personal médico y de enfermería exclusivo para dicho módulo, que trabajen en conjunto con la titular del servicio.
3. Reforzar la educación de las pacientes sobre la patología mamaria, por medio de autoexploración, investigando y tratando factores de riesgo modificables y realizando oportunamente estudios de tamizaje correspondientes, apoyados por el personal capacitado en patología mamaria.

XIII. REFERENCIAS

¹ Prevención y diagnóstico oportuno del cáncer de mama en el primer nivel de atención, México: Secretaría de Salud; 2008.

² Lazcano Ponce EC y col. Cáncer de Mama un hilo conductor histórico, presente y futuro. Salud pública de México 1996; 38 (002): 139-152.

³ Melana SM, Picconi MA, Rossi C, Mural J, Alonio LV, Teyssie A, et al. Detección de secuencias homologas al gen *env* del virus del tumor mamario murino (mmtv) en cáncer de mama de pacientes argentinas. Medicina 2002; 62 (4).

⁴ Palacio-Mejía LS, Lazcano-Ponce E, Allen-Leigh B, Hernández-Ávila M. Diferencias regionales en la mortalidad por cáncer de mama y cérvix en México entre 1979 y 2006. Salud pública de México 2009; 51 suplemento 2.

⁵ Instituto Nacional de Estadística Geografía en Informática INEGI. Secretaría de Salud. Dirección General de Información en Salud.

⁶ Instituto Nacional de Estadística Geografía en Informática INEGI. Catálogos y clasificadores geográficos. disponible en: www.inegi.gob.mx

⁷ Instituto Mexicano del Seguro social. Diagnóstico situacional y de salud 2013 Unidad de Medicina Familiar No 80 Morelia, Michoacán. México: Instituto Mexicano del Seguro Social 2013.

⁸ Cárdenas Sánchez J, Sandoval Guerrero F. Segunda Revisión del Consenso Nacional Sobre el Diagnóstico y Tratamiento del Cáncer Mamario. Revista Mexicana de Mastología. 2006; 1(1):13-38.

⁹Aguilar Cordero y cols. Obesidad y su implicación en el cáncer de mama. *Nutrición hospitalaria*. 2011; 26 (4):899-903.

¹⁰Miki Y, Swensen J, Shattuck-Eidens D, Futreal PA, Harshman K, Tavtigian S, Liu Q, Cochran C, Bennett LM, Ding W and others. A strong candidate for the breast and ovarian cancer susceptibility gene BRCA1. *Science* 1994; 266(5182):66-71.

¹¹ Wooster R, Bignell G, Lancaster J, Swift S, Seal S, Mangion J, Collins N, Gregory S, Gumbs C, Micklem G. Identification of the breast cancer susceptibility gene BRCA2. *Nature* 1995; 378(6559):789-92.

¹² Barrios López Y, Pérez Rodríguez A, de los Reyes Ur JA, Suárez Palencia F, García González E. Hidden morbidity due to breast cancer at the health area "28 de Septiembre". *MEDISAN* 2010; 14 (5):654.

¹³ De la Nuez Cobas E, Beltrán PE, Berland de León Natacha, Rodríguez Menéndez M, Yanis Vázquez A, Alvarez Rodríguez Y. Caracterización imagenológica y citológica en la neoplasia de mama. *Revista Cubana de Medicina* 2011; 50(2):140-149.

¹⁴ NCCN Clinical practice guidelines in oncology. Breast cancer Screening and diagnosis. 2011.

¹⁵ Romero Figueroa MS, Santillán Arreygue L, Olvera Hernández PC, Morales Sánchez MA, Ramírez Mendiola VL. Frecuencia de factores de riesgo de cáncer de mama. *Ginecología y obstetricia de México* 2008; 76 (11).

- ¹⁶ Piñeros M, Sánchez R, Cendales R, Perry F, Ocampo R. Patient delay among Colombian women with breast cancer. *Salud Pública de México* 2009; 51:372-380.
- ¹⁷ Wiesner C. Psychological, Social, and Clinical Determinants of Breast Cancer Early Detection in Bogotá, Colombia. *Revista Colombiana de Cancerología* 2007; 11(1):13-22.
- ¹⁸ Ramírez -Torres N, Robles-Robles A, Villafaña-Vázquez VH, Hernández Valencia Marcelino. Cáncer de mama y embarazo subsiguiente. Infertilidad, riesgo de muerte y supervivencia. *Ginecología y Obstetricia de México* 2010; 78(2):85-93.
- ¹⁹ Piñeros M, Sánchez R, Cendales R, Perry F, Ocampo R, García OA. Social, Demographic and Clinical Features in Women with Breast Cancer Attending Health Services in Bogotá. *Revista Colombiana De Cancerología* 2008; 12(4): 181-190.
- ²⁰ Pérez Hechavarría GA, Álvarez Cortes Julia Tamara, Selva Capdesuñer A, Guilarte Selva Osiris Taimy, Pérez Hechavarría AR. Educational activities in women with breast cancer risk factors. *MEDISAN* 2011; 15(6):755-761.
- ²¹ Instituto Mexicano Del Seguro Social. Breviario para la vigilancia epidemiológica 2010. México: Instituto Mexicano del Seguro Social; 2010.
- ²² Knaul FM, Nigenda G, Lozano R, Arreola-Ornelas H, Langer A, Frenk J. Cáncer de mama en México: una prioridad apremiante. *Salud pública de México*. 2009; 51 (2).

²³ Instituto Mexicano Del Seguro Social. Guía para la detección oportuna de enfermedades. México: IMSS; 2012.

²⁴ Scottish Intercollegiate Guidelines Network. Management of breast cancer in women. A National clinical guideline. Edinburgh, Scotland: SIGN 2005.

²⁵ Norma Oficial Mexicana NOM-041-SSA2-2011, Para la prevención, diagnóstico, tratamiento, control y vigilancia epidemiológica del cáncer de mama.

²⁶ Departamento de salud de Cataluña. Guías de practica clínica en cáncer de Cataluña. Oncoguía de mama actualización 2008. España; 2012.

²⁷ Servicios de salud del principado de Asturias. Guía para el diagnóstico y tratamiento del cáncer de mama en el principado de Asturias. España: Gerencia del servicio de salud del principado de Asturias; 2004

²⁸ Secretaria de Salud. Compendio de patología mamaria. México: Secretaria de Salud; 2002.

²⁹ Silva Lira LM, Ríos Rodríguez N. Estudio mamario integral en el Hospital General de México: frecuencia y clasificación BI-RADS. Experiencia de un año Anales de Radiología México 2011; 2:91-97.

³⁰ Chirife AM, Bello L, Celeste F, Giménez L, Gorostidy S. Sarcomas primarios de la mama. MEDICINA Buenos Aires 2006; 66: 135-138.

³¹ Navarrete Sánchez E, Farfán García M^a del C, Santos López A. Dolores de pecho: ansiedad que provoca la información. Revista de psicología.com 2011; 15:59.

³² Norma Oficial Mexicana NOM-041-SSA2-2011, Para la prevención, diagnóstico, tratamiento, control y vigilancia epidemiológica del cáncer de mama.

³³ Lara Tamburrino MC, Olmedo Zorrilla A. Detección temprana y diagnóstico del cáncer de mamario. Revista de la facultad de medicina de la UNAM. 2011; 54 (1).

³⁴ Wiesner C. Psychological, Social, and Clinical Determinants of Breast Cancer Early Detection in Bogotá, Colombia. Revista Colombiana de Cancerología 2007; 11 (1): 13-22.

³⁵ Secretaria de Salud. Compendio de patología mamaria. México; Secretaria de Salud. 2002.

³⁶ Parasuraman, A; Zeithaml, V. and Berry, Leonard.L SERVQUAL: A Multiple-Item Scale for Measuring Consumer Perceptions of Service Quality. Journal of Retailing, 1988; 64(1), 12-37.

³⁷ Ministerio de Salud. Guía Técnica para la evaluación de la satisfacción del usuario externo en los establecimientos de salud y servicios médicos de apoyo. Perú; Ministerio de salud. 2011.

³⁸ Organización Mundial de la Salud. Preparación para los profesionales de la atención de la salud para el siglo XXI. El reto de las enfermedades crónicas. Organización mundial de la salud.2005.

³⁹ Rodríguez-Cuevas S, Macías C, Labadistida S. Cáncer de mama en México:¿enfermedad de mujeres jóvenes? Ginecología y Obstetricia de México 2000; 68.

⁴⁰ Torres-Arreola L, Vladislavovna-Doubova S. Cáncer de mama. Detección oportuna en el primer nivel de atención. *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social* 2007; 45 (2): 157-166.

⁴¹ Piñeros M, Sánchez R, Perry F, García OA, Ocampo R, Cendales R. Demoras en el diagnóstico y tratamiento de mujeres con cáncer de mama en Bogotá, Colombia, *Salud Pública Mex* 2011; 53: 478-485.

⁴² Romero FMS, Santillán AL, Olvera HPC, Morales SMA, Ramírez MVL. Frecuencia de factores de riesgo de cáncer de mama. *Ginecol Obstet Mex* 2008; 76 (11): 667-72.

⁴³ Castaño ME. Estilo de vida para prevenir el cáncer de mama, 2006. Dirección URL: http://promocionsalud.ucaldas.edu.co/downloads/Revista%2011_.pdf.

⁴⁴ Gerson R, Serrano A, Flores F. Cáncer de mama en pacientes menores de 35 años. *Anales médicos del hospital ABC* 1997; 42 (2): 50-58.

⁴⁵ Dogan L, Kalaylioglu Z, Karaman N, Ozaslan C, Atalay C, Altinok M. Relationships Between Epidemiological Features and Tumor Characteristics of Breast Cancer. *Asian Pacific Journal Cancer Prevention* 2011; 12: 3375-3380.

⁴⁶ Anderson TJ, Ferguson DGP, Raab G. Cell turnover in the “resting” human breast: influence of parity, contraceptive pill, age and laterality. *Breast Journal Cancer* 1982; 46: 376-382.

⁴⁷ López-Carrillo L, Bravo-Alvarado J, Poblano-Verastegui O, Orteaga-Altamirano D. Reproductive determinants of breast cancer in Mexican women. *Ann NY Acad Sci* 1997; 17: 3170-3178.

⁴⁸ Olaya-Contreras P, Buekens P, Lazcano-Ponce E, Villamil-Rodriguez J, Posso-Valencia HJ. Factores de riesgo reproductivo asociados al cáncer mamario en mujeres colombianas. *Revista de salud pública* 1999; 33: 237-245.

⁴⁹ Hardy EE, Pinotti JA, Osis MJ, Faundes A. Reproductive variables and risk of breast cancer: a case-control study carried out in Brazil. *Bol Oficina Sanit Panam* 1993; 341: 32-35.

⁵⁰ Castro R. y Bronfman M (1998). Teoría feminista y sociología médica: bases para una discusión. En Figueroa J. G, Coord. La condición de la mujer en el espacio de la salud. México, D.F.:El Colegio de México, Centro de Estudios Demográficos y de Desarrollo Urbano: 205-238.

⁵¹ Contreras Zaravia NR, Valdeiglesias Cabrera N, Saco Méndez S, Mejía Palomino O. Demora en el diagnóstico de cáncer de mama: factores de la paciente, Hospital Es Salud Cusco 1986-1999. *SITUA* 2000; 15.

⁵² Nigenda López G, González Robledo LM, Caballero M, Zarco Mera A, González Robledo MC. Informe. Proceso social del cáncer de mama en México. Perspectiva de mujeres diagnosticadas, sus parejas y los prestadores de servicios de salud. 2009; 1.

⁵³ Martínez-Montañez O, Uribe-Zuñiga P, Hernández Avila M. Políticas públicas para la detección del cáncer de mama en México. *Salud pública de Mex* 2009; 51 supl 2: S350-S360.

ANEXO 1
HOJA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

1. Nombre
2. No de afiliación
3. Edad Actual
4. Edad al momento del diagnóstico
5. Peso
6. Talla
7. IMC
8. APP
 - Patología benigna de la mama
 - Patología Premaligna de la mama: hiperplasia atípica papilomatosis
 - Antecedente personal de cáncer de mama
 - Tabaquismo
 - Alcoholismo
 - Dieta rica en grasas y conservadores
9. AHF de cáncer de mama
 - Directos quien y a que edad
 - Indirectos
10. AGO
 - Menarca IVSA G P A C
 - Edad del primer parto FUM
 - Edad de la Menopausia:
 - #Parejas sexuales:
 - MPF:
 - Uso de hormonales y por cuanto tiempo:
 - THR No Si Tiempo
 - Lactancia materna exclusiva y tiempo
 - Autoexploración no si
 - Exploración clínica anual No Si
 - Estudios previos de tamizaje No Si
 - Motivo de la consulta
 - Masa en el seno Hallazgo incidental Rutina Mastalgia
 - Cambios en la piel del seno Telorrea Cambios del pezón
 - Otra
11. Persona que realiza la detección:
 - Autoexploración Enfermera Médico Tamizaje
12. Atención inmediata por médico familiar al establecer diagnóstico de sospecha de cáncer de mama.
 - SI NO
13. Atención en Ginecología menor a 5 días hábiles posterior a atención de MF.
 - SI NO #Días

14. Ginecólogo establece diagnóstico antes de 21 días hábiles y envía a oncología.
 SI NO
15. Tiempo trascurrido desde que la paciente acudió por síntomas de sospecha hasta tener la prueba confirmatoria.
16. Tiempo transcurrido desde el diagnóstico de cáncer de mama hasta el inicio del tratamiento.
17. Temor por conocer el diagnóstico:
 -Hubo temor. -No hubo temor.
18. Tiempo transcurrido desde el primer síntoma o signo de caso probable de cáncer de mama hasta la primera consulta con cualquier médico por esa causa .
19. Tiempo de espera para realización de mastografía.
20. Tiempo de espera para entrega de mastografía.
21. Se entrega con la mastografía anormal fecha de cita y el lugar para la evaluación diagnóstica. Si No
22. Hallazgos diagnósticos
 Ultrasonográficos Mastográficos Estudios complementarios
23. BIRADS
 0 1 2 3 4 5 6
24. Realización de biopsia
 SI NO
25. Correlación del reporte histopatológico con BIRADS
 SI NO
26. Tipo histológico de cáncer
27. Factores histopronósticos.
28. Estadio de diagnóstico clínico.
29. Tratamiento establecido
 Cirugía Quimioterapia Radioterapia Hormonoterapia
30. Estado de salud actual.
 Intervalo libre de enfermedad
 Recaída: locorregional distancia
 Muerte: asociada al cáncer de mama otras

ANEXO 2

MÉTODO PARA VALORAR EL ESTRATO SOCIAL

Método Social Graffar- Méndez Castellano utilizando los siguientes criterios o variables:

- 1.- Profesión del Jefe de Familia
- 2.- Nivel de Instrucción de la Madre
- 3.- Fuente de Ingreso (o Modalidad de Ingreso)
- 4.- Condiciones de Alojamiento

Cada variable se define en cinco categorías, las cuales toman un valor numérico definido a continuación:

Variables Puntaje Ítems

1. Profesión del Jefe de Familia

1 Profesión Universitaria, financistas, banqueros, comerciantes, todos de alta productividad, Oficiales de las Fuerzas Armadas (si tienen un rango de Educación Superior)

2 Profesión Técnica Superior, medianos comerciantes o productores

3 Empleados sin profesión universitaria, con técnica media, pequeños comerciantes o productores

4 Obreros especializados y parte de los trabajadores del sector informal (con primaria completa)

5 Obreros no especializados y otra parte del sector informal de la economía (sin primaria completa)

2.- Nivel de instrucción de la madre

1 Enseñanza Universitaria o su equivalente

2 Técnica Superior completa, enseñanza secundaria completa, técnica media.

3 Enseñanza secundaria incompleta, técnica inferior

4 Enseñanza primaria, o alfabeta (con algún grado de instrucción primaria)

5 Analfabeta

3.-Principal fuente de ingreso de la familia

1 Fortuna heredada o adquirida

2 Ganancias o beneficios, honorarios profesionales

3 Sueldo mensual

4 Salario semanal, por día, entrada a destajo

5 Donaciones de origen público o privado

4.- Condiciones de alojamiento

1 Vivienda con óptimas condiciones sanitarias en ambientes de gran lujo

2 Viviendas con óptimas condiciones sanitarias en ambientes con lujo sin exceso y suficientes espacios

3 Viviendas con buenas condiciones sanitarias en espacios reducidos o no, pero siempre menores que en las viviendas 1 y 2

4 Viviendas con ambientes espaciosos o reducidos y/o con deficiencias en algunas condiciones sanitarias

5 Rancho o vivienda con condiciones sanitarias marcadamente inadecuadas

Estrato Total de Puntaje Obtenido

Estrato I 4,5,6

Estrato II 7,8,9

Estrato III 10,11,12

Estrato IV 13,14,15,16

Estrato V 17,18,19,20

ANEXO 3

CUESTIONARIO SERVQUAL PARTE 1: EXPECTATIVAS DEL USUARIO

Estimado usuario, califique entre 1 a 7 la importancia que usted le otorga a cada una de las siguientes preguntas relacionadas con la atención que usted espera recibir en el servicio de Consulta externa del IMSS. Considere a 1 como la menor calificación y 7 como la mayor calificación.

	1	2	3	4	5	6	7
1. Que el personal de informes le oriente y explique de manera clara y adecuada sobre los pasos o trámites para la atención en consulta externa.							
2. Que la consulta con el médico se realice en el horario programado.							
3. Que su atención se realice respetando la programación y el orden de llegada del paciente.							
4. Que su historia clínica se encuentre disponible para su atención en consultorio.							
5. Que las citas se encuentre disponibles y se obtengan con facilidad.							
6. Que la atención en caja o el módulo del seguro integral de salud sea rápida.							
7. Que la atención para tomarse análisis de laboratorio sea rápida.							
8. Que la atención para tomarse exámenes radiográficos sea rápida.							
9. Que la atención en farmacia de consulta externa sea rápida.							
10. Que durante su atención en el consultorio se respete su privacidad.							
11. Que el médico le realice un examen físico completo y minucioso por el problema de salud que motiva su atención.							
12. Que el médico le brinde el tiempo necesario para contestar sus dudas o preguntas sobre su problema de salud.							
13. Que el médico que atenderá su problema de salud le inspire confianza.							
14. Que el personal de consulta externa le escuche atentamente y trate con amabilidad, respeto y paciencia.							
15. Que el médico que le atenderá muestre interés en solucionar su problema de salud.							
16. Que el médico le explique a Ud. o a sus familiares en palabras fáciles de entender el problema de salud o resultado de la atención.							
17. Que el médico le explique a Ud. o a sus familiares en palabras fáciles de entender el tratamiento que recibirá : tipo de medicamentos, dosis y efectos							

FACTORES RELACIONADOS CON EL PROCESO DE DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DEL CÁNCER DE MAMA

adversos.							
18. Que el médico le explique a Ud. o a sus familiares con palabras fáciles de entender los procedimientos o análisis que le realizarán.							
19. Que la señalización de la consulta Externa (carteles, letreros y flechas) sean adecuados para orientar a los pacientes y acompañantes.							
20. Que la consulta externa cuente con personal para informar y orientar a los pacientes y acompañantes.							
21. Que los consultorios cuenten con los equipos y materiales necesarios para su atención.							
22. Que el consultorio y la sala de espera sean limpios, cómodos y acogedores.							

CUESTIONARIO SERVQUAL PARTE 2: PERCEPCIÓN DE LA ATENCIÓN RECIBIDA

Estimado usuario, califique entre 1 a 7 a cada una de las siguientes preguntas relacionadas con la atención que usted ha recibido en el servicio de consulta externa y hospital del IMSS. Considere a 1 como la menor calificación y 7 como la mayor calificación.

	1	2	3	4	5	6	7
1. El personal de informes le orientó y explicó de manera clara y adecuada sobre los pasos o trámites para la atención en consulta externa.							
2. La consulta con el médico se realizó en el horario programado.							
3. Su atención se realizó respetando la programación y el orden de llegada.							
4. Su historia clínica se encontró disponible en el consultorio para su atención.							
5. Las citas se encontraron disponibles y se obtuvieron con facilidad.							
6. La atención en caja o el módulo del Seguro Integral de Salud (SIS) fue rápida .							
7. La atención para tomarse análisis de laboratorio fue rápida.							
8. La atención para tomarse exámenes radiográficos fue rápida.							
9. La atención en farmacia fue rápida.							
10. Durante su atención en el consultorio se respetó su privacidad.							
11. El médico le realizó un examen físico completo y minucioso por el problema de salud que motivó su atención.							
12. El médico le brindó el tiempo necesario para contestar sus dudas o preguntas sobre su problema de salud.							
13. El médico que le atendió le inspiró confianza.							
14. El personal de consulta externa lo escuchó atentamente y trató con amabilidad, respeto y paciencia.							
15. El médico que le atendió mostró interés para solucionar su problema de salud.							
16. El médico le explicó a Ud. o a sus familiares en palabras fáciles de entender el problema de salud o resultado de la atención.							
17. El médico le explicó a Ud. o a sus familiares en palabras fáciles de entender el tratamiento que recibió : tipo de medicamentos, dosis y efectos adversos.							
18. El médico le explicó a Ud. o a sus familiares con palabras fáciles de entender los procedimientos o análisis que le realizaron.							

FACTORES RELACIONADOS CON EL PROCESO DE DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DEL CÁNCER DE MAMA

19. La señalización de la consulta externa (carteles, letreros y flechas) le parecen adecuados para orientar a los pacientes y acompañantes.							
20. La consulta externa contó con personal para informar y orientar a pacientes y acompañantes.							
21. Los consultorios contaron con los equipos y materiales necesarios para su atención.							
22. El consultorio y la sala de espera estuvieron limpios, cómodos y acogedores.							

ANEXO 4

RUTA DE DETECCIÓN Y DIAGNÓSTICO OPORTUNO DE CÁNCER DE MAMA POR EXPLORACIÓN CLÍNICA

1. ENFERMERA DE MEDICINA PREVENTIVA
 - DETECCIÓN
 - REALIZA UN REGISTRO EN CARTILLA DE SALUD Y CITAS MÉDICAS Y EN HOJA RAIS.
 - REGISTRO NOMINAL.
 - CASO PROBABLE
 - REGISTRO NOMINAL UP64.
 - REGISTRÓ EN FORMATO ESPECÍFICO.
 - LEVA DE INMEDIATO A LA PACIENTE CON EL MÉDICO FAMILIAR.
2. MÉDICO FAMILIAR
 - EVALUACIÓN CLÍNICA Y CLASIFICA LOS HALLAZGOS DE ACUERDO A LA GUÍA TÉCNICA PARA LA DETECCIÓN Y ATENCIÓN INTEGRAL DEL CÁNCER DE MAMA.
 - COMPLETA EL FORMATO “EXPLORACIÓN CLÍNICA DE MAMA CON RESULTADO ANORMAL”.
 - INFORMA A LA DERECHOHABIENTE.
 - ESTABLECE TRATAMIENTO.
 - REGISTRA CASO EN EXPEDIENTE ELECTRÓNICO.
 - ANTE PATOLOGÍA MAMARIA PROBABLEMENTE MALIGNA ELABORA HOJA DE REFERENCIA A SEGUNDO NIVEL AL SERVICIO DE GINECOLOGÍA U ONCOLOGÍA PARA RECIBIR CONSULTA EN UN PERÍODO NO MAYOR A 5 DÍAS HÁBILES.
 - NOTIFICA EL CASO PROBABLE AL MÉDICO EPIDEMIÓLOGO.
3. MÉDICO EPIDEMIÓLOGO
 - REGISTRA EL CASO EN EL INFORME SEMANAL Y EN EL CENSO NOMINAL.
 - REALIZA SEGUIMIENTO DE CASO HASTA SU CLASIFICACIÓN.
 - NOTIFICA A LA COORDINACIÓN DELEGACIONAL DE SALUD PÚBLICA.
4. MÉDICO GINECÓLOGO
 - REALIZA EVALUACIÓN CLÍNICA, RADIOLÓGICA E HISTOLÓGICA A LA DERECHOHABIENTE.
 - ESTABLECE EL DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO EN LOS PRIMEROS 21 DÍAS.
 - INFORMA A LA DERECHOHABIENTE.
 - REGISTRA EL CASO EN LA NOTA MÉDICA DEL EXPEDIENTE Y LLENA EL FORMATO “DIAGNÓSTICO, TRATAMIENTO Y SEGUIMIENTO DEL CÁNCER DE MAMA”.

- NOTIFICA AL SERVICIO DE MEDICINA PREVENTIVA DEL HOSPITAL.
- ELABORA HOJA DE CONTRARREFERENCIA Y LA ENVÍA AL MÉDICO FAMILIAR.

-CÁNCER DE MAMA

- ENVÍO A ONCOLOGÍA.
- ONCÓLOGO ELABORA HOJA DE CONTRARREFERENCIA PARA EL MÉDICO FAMILIAR.

ANEXO 5

RUTA PARA LA DETECCIÓN Y DIAGNÓSTICO OPORTUNO DE CÁNCER DE MAMA POR MASTOGRAFÍA

1. ENFERMERA DE MEDICINA PREVENTIVA.
 - ELABORA SOLICITUD DE MASTOGRAFÍA.
 - RECIBE DIARIAMENTE LOS FORMATOS RAIS Y LAS SOLICITUDES ORIGINALES CON RESULTADOS DEL SERVICIO DE RADIOLOGÍA.
 - ANOTA EN EL FORMATO DE REGISTRO DE ATENCIÓN INTEGRAL EN SALUD (RAIS) LAS MASTOGRAFÍAS ANORMALES CON UP64.
 - LOCALIZA Y CITA A LA DERECHOHABIENTE CON RESULTADO ANORMAL ANTES DE 72 HRS HÁBILES POSTERIOR A LA NOTIFICACIÓN.
 - INFORMA A LA DERECHOHABIENTE QUE EL RESULTADO SERÁ ENTREGADO POR EL MÉDICO FAMILIAR.
 - INFORMA AL MÉDICO FAMILIAR PARA QUE ELABORE HOJA DE REFERENCIA URGENTE.
2. RADIOLOGÍA
 - TÉCNICO RADIÓLOGO REALIZA MASTOGRAFÍA DE DETECCIÓN.
 - MÉDICO RADIÓLOGO INTERPRETA MASTOGRAFÍA Y REGISTRA LOS HALLAZGOS EN LA SOLICITUD DE MASTOGRAFÍA.
 - REGISTRA RESULTADOS DE LA DETECCIÓN EN FORMATO RAIS Y ENVÍA DIARIAMENTE LOS RESULTADOS A MEDICINA PREVENTIVA DE LAS UNIDADES MÉDICAS DE ADSCRIPCIÓN.
3. MÉDICO FAMILIAR
 - RECIBE LOS RESULTADOS DE LAS MASTOGRAFÍAS Y REALIZA EVALUACIÓN CLÍNICA.
 - INFORMA EL RESULTADO A LA DERECHOHABIENTE.
 - REGISTRA CASO EN EL EXPEDIENTE ELECTRÓNICO.
 - ANTE UN CASO PROBABLE DE CÁNCER DE MAMA POR MASTOGRAFÍA ELABORA HOJA DE REFERENCIA AL SERVICIO DE GINECOLOGÍA U ONCOLOGÍA PARA RECIBIR CONSULTA EN UN PERÍODO NO MAYOR DE 5 DÍAS HÁBILES.
 - NOTIFICA EL CASO PROBABLE AL MÉDICO EPIDEMIÓLOGO.
4. MÉDICO EPIDEMIÓLOGO
 - REGISTRA EL CASO EN EL INFORME SEMANAL Y EN EL CENSO NOMINAL.
 - REALIZA SEGUIMIENTO DEL CASO HASTA SU CLASIFICACIÓN.
 - NOTIFICA A LA COORDINACIÓN DELEGACIONAL DE SALUD PÚBLICA.

5. GINECÓLOGO U ONCÓLOGO.

- REALIZA EVALUACIÓN CLÍNICA, RADIOLÓGICA E HISTOLÓGICA A LA DERECHOHABIENTE.
- ESTABLECE EL DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO EN LOS PRIMEROS 21 DÍAS.
- INFORMA A LA DERECHOHABIENTE.
- REGISTRA EL CASO EN LA NOTA MÉDICA DEL EXPEDIENTE Y LLENA EL FORMATO “DIAGNÓSTICO, TRATAMIENTO Y SEGUIMIENTO DEL CÁNCER DE MAMA”.
- NOTIFICA AL SERVICIO DE MEDICINA PREVENTIVA DEL HOSPITAL
- ELABORA HOJA DE CONTRARREFERENCIA Y LA ENVÍA AL MÉDICO FAMILIAR.

ANEXO 6

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Carta de consentimiento bajo información para pacientes que participan en el proyecto: "Factores relacionados con el diagnóstico y tratamiento tardío del cáncer de mama".

En la Ciudad de Morelia Mich, a los ____ días del mes de ____ del 2012.

Yo: _____ de ____ años de edad, en pleno uso de mis facultades mentales, manifiesto que es de mi voluntad: participar en el proyecto "Factores relacionados con el diagnóstico y tratamiento tardío del cáncer de mama" permitiendo que el grupo médico responsable del proyecto, me cuestione sobre mi padecimiento por medio de una entrevista y haga uso de la información que se obtenga. Así mismo manifiesto, que se me han explicado ampliamente y en lenguaje entendible en qué consiste contestar la entrevista y la finalidad de la misma.

Me han explicado que la información generada será utilizada para fines didácticos.

Me han explicado que mi identidad no se verá expuesta.

Reconozco que este estudio es confidencial además de que en cualquier momento si es mi decisión puedo retirarme del proyecto sin que nada ni nadie me lo impida.

Para cualquier aclaración o duda, puedo acudir a la coordinación de enseñanza médica con la finalidad de obtener más información sobre el proyecto que se realiza, la cual se ubica en el interior de la Unidad de Medicina Familiar #80, en Av. Madero # , UMF#80 IMSS, Col. Centro, en la ciudad de Morelia Mich.

Responsables:

RMF. Maria Esther Gutiérrez Calderón.

Dra. Oliva Mejía Rodríguez. UMF#80.

Dra. Marlen Fuentes UMF#80.

Nombre _____ del _____ participante

_____ Firma:_____.

Domicilio:

Nombre del Testigo _____ Firma:_____.