



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
FACULTAD DE MEDICINA
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO E
INVESTIGACIÓN
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR.
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD ACADÉMICA.



SEDE: UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO. 23; TUXTLA GUTIRREZ,
CHIAPAS

PERFIL EPIDEMIOLOGICO DE LOS PACIENTES CON CANCER MAMARIO
DEL HGZ #2 DE TUXTLA GUTIERREZ, CHIAPAS.
DELEGACION CHIAPAS

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN
MEDICINA FAMILIAR

P R E S E N T A
DR FEDERICO TAPIA GALDAMEZ

TUXTLA GUTIÉRREZ, CHIAPAS 2009.



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.

**PERFIL EPIDEMIOLOGICO DE LOS PACIENTES CON CANCER MAMARIO
DEL HGZ #2 DE TUXTLA GUTIERREZ, CHIAPAS.
DELEGACION CHIAPAS**

TRABAJO PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN MEDICINA
FAMILIAR.

P R E S E N T A:

DR. FEDERICO TAPIA GALDAMEZ

AUTORIZACIONES:

DRA. BRENDA GISELA CASTILLEJOS ANLEU
PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN
EN MEDICINA FAMILIAR PARA MÉDICOS GENERALES EN:
UMF. No.23 IMSS EN TUXTLA GUTIERREZ, CHIAPAS.

DR. JORGE MARTINEZ TORRES
ASESOR DE CONTENIDO

DR FILIBERTO LINALDI YEPEZ
ASESOR METODOLOGICO
TUXTLA GUTIERREZ, CHIAPAS.

DR. JOSÉ RAMIRO CORTES PON.
COORDINADOR CLÍNICO DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN EN SALUD
H.G.Z. No. 2 DEL IMSS.

TUXTLA GUTIÉRREZ, CHIAPAS 2009.

**PERFIL EPIDEMIOLOGICO DE LOS PACIENTES CON CANCER MAMARIO
DEL HGZ #2 DE TUXTLA GUTIERREZ, CHIAPAS.
DELEGACION CHIAPAS**

TRABAJO PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN MEDICINA
FAMILIAR

P R E S E N T A:

FEDERICO TAPIA GALDAMEZ

A U T O R I Z A C I O N E S

DR. FRANCISCO JAVIER FULVIO GOMEZ CLAVELINA
JEFE DE DEPARTAMENTO EN MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA
UNAM

DR. FELIPE DE JESUS GARCIA PEDROZA
CORDINADOR DE INVESTIGACIÓN
DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA
UNAM

DR. ISAIAS HERNANDEZ TORRES
COORDINADOR DE DOCENCIA
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA
UNAM

DEDICATORIAS

A MIS PADRES:

Gracias **por** su amor y apoyo para la realización de esta especialidad.

A MI ESPOSA:

Gracias Sofía por estar siempre a mi lado y apoyarme para salir adelante y cuidar a mis hijos durante estos 3 años. Te amo mucho.

A MIS HIJOS:

Con todo el amor y cariño para José Alonso y Víctor Mauricio por que comprendieron lo que estaba realizando y me apoyaron siempre para salir adelante ya que esto les sirva en un futuro para que vean que si se puede lograr las cosas cuando uno quiere salir adelante. Los amo mucho.

A MIS HERMANOS:

Que de una forma u otra siempre me estuvieron ayudando y alentando a salir adelante. Los amo mucho.

A MIS MAESTROS:

Gracias por todo su apoyo durante estos 3 años y me alentaron a salí adelante y estar constantemente apoyándome a no quedar en el camino gracias: Dra. Brenda. Dr. Ramiro, Dr. Zarrabal , Dr. Ricardo.

A MI ASESOR:

Le agradezco mucho por el apoyo a la realización de este trabajo y ayudarme a darle el plus, gracias.

AL DIRECTOR DE LA UMF 24 CINTALAPA:

Dr. Genaro A. Castillo Z. Por su apoyo y facilidades que me brindo para la realización de esta especialidad.

Índice general

Resumen

Marco teórico

Planteamiento del problema

Justificación

Objetivos

Diseño metodológico

Criterios de selección

Operacionalización de variables

Procedimiento

Análisis estadísticos

Consideraciones éticas

Resultados

Discusión

Conclusiones

Bibliografía

Anexos

Resumen:

Objetivo General.- Determinar las características clínico epidemiológicos de las pacientes con cáncer de mama.

Material y Método.- se realizó estudio de tipo retrospectivo, analítico, descriptivo y transversal. En un periodo comprendido de marzo 2006 a agosto 2007, Se incluyeron a las pacientes con cáncer de mama, que acude a control a la consulta externa de la especialidad de oncológica en el Hospital General de Zona # 2 de Tuxtla Gutiérrez Chiapas

En el presente estudio se realiza revisión de expedientes que cumplieron con los criterios de inclusión; que fueran aseguradas y tuvieran reporte histológico confirmatorio de cáncer de mama, de esta manera se obtiene la información de acuerdo a cada una variables, con un total 53 cuestionarios aplicados

Resultados: Dentro las características clínico epidemiológicas de las pacientes con cáncer de mama observamos que el mayor número de pacientes se encuentra en el grupo etario de 46 y 50 años; De un total de 53 pacientes se halló solo un caso de cáncer de mama en el sexo masculino predominando sexo femenino 99%; el nivel de escolaridad fue el de primaria terminada en un 35.8 %seguido de secundaria con 28.3%. Predominó el estado civil casado en 79.2 %.

En el número de pacientes con antecedentes familiares para el cáncer de mama en familiares de primera línea el 50 % tenían antecedentes de cáncer de mama 3.8 % en madre, 13.5 % hermana y32.7 % en tías y 50% sin antecedentes familiares. Dentro de los hábitos nocivos el consumo de alcohol y tabaco, El 69.8% de los pacientes con cáncer con mama no fuman, el 30.2% si tienen el habito de fumar y el 18.9% de los pacientes consume alcohol.

La obesidad fue uno de los factores importantes encontrando el 58.5% de pacientes con obesidad en diferentes grados. La menarquía se presento entre los 10 y 12 años en 78.8% y menopausia se presento con mayor frecuencia en las edades de 44 y 46 años en un 22.9%; otorgaron lactancia materna 96% de las pacientes con cáncer de mama.

En cuanto a su estructura familiar el 73.6 % es nuclear numerosa, 26.4 nuclear simple, en cuanto a su desarrollo familiar el 58.5% es tradicional y el 41.5% es moderna. En la etapa del ciclo vital según Geyman el 47.2% está en la fase de retiro, el 41.5% en la etapa de independencia y el 11.3% en la etapa de dispersión.

Conclusión: En nuestro país sobre todo en nuestro estado, se ha observado un cambio en los patrones de morbilidad y mortalidad que se manifiesta en una transición epidemiológica hacia las enfermedades no transmisibles. Esta transición está ligada al envejecimiento de la población y desarrollo de estilo de vida poco saludable, los cuales están directamente relacionados con el desarrollo de cáncer de mama.

MARCO TEORICO:

El cáncer es una enfermedad genética y el cuerpo humano esta formado por millones de células. El organismo siempre las esta produciendo, de esta manera va creciendo y reemplazando las que se van desgastando. Los genes son partes de la célula que le indican como actuar, algunos genes le ordenan a la célula cuando debe multiplicarse.

La característica fundamental de la célula tumoral es que pierde la función habitual que realizan las células normales de un determinado órgano, y además, se dividen de forma progresiva, acelerada y sin límite, al haber perdido una de las características que tienen las células normales, que es la de la muerte celular programada.⁽¹⁾

Este aumento progresivo del conjunto de células tumorales se llama proliferación. Conforme el tumor va progresando, las células hijas se van indiferenciando cada vez más y adquiriendo transformaciones genéticas que aumenta su potencial maligno, y empiezan a surgir otros procesos como la extensión local o a otras regiones , y la infiltración de los microvasos linfáticos y sanguíneos, que es lo que finalmente producirá el transporte a través del torrente linfático, dando lugar a invasión de ganglios linfáticos; y del torrente sanguíneo y colonización posterior de otros órganos (las metástasis a distancia).^(1,2)

En el año 2002 se diagnosticaron en el mundo aproximadamente 10, 900,00 nuevos casos de cáncer (5,800.00 hombres y 5.100.00 mujeres). El mayor número de enfermos se diagnosticaron en Asia (4.900.00), pero las mayores tasas de incidencia, en ambos sexos, se dan en Norteamérica y Australia. la incidencia en los países de Europa del sur 8 de la que forma parte España), se puede considerar alta para el sexo masculino y media para el femenino.⁽³⁾

Considerando ambos sexos, el cáncer más frecuente es el de pulmón (1.352.000 casos), seguido del de mama (1.151.000), los colorrectales (1.023.000), estómago (933.000), próstata (679.000), hígado (626.000), cérvix (494.000) y esófago (462.000).⁽³⁾

Los Cánceres más frecuentes en el sexo femenino son los de mama, cérvix, colorrectales y pulmón. En el masculino los de pulmón, próstata, estómago y colorrectales. ⁽³⁾

Los cánceres más frecuentes en los países desarrollados son los de pulmón, mama, próstata, colorrectales, vejiga y cuerpo de útero. En los subdesarrollados en cambio, además de cánceres de pulmón y mama, constituyen un problema frecuente los cánceres de estómago, hígado, cérvix y esófago. Esto es un reflejo de los distintos factores de riesgo que predominan en ambas zonas (hábitos alimenticios y sexuales, infecciones) ^(4, 5,6)

El cáncer de mama es uno de los cánceres tumorales que el hombre conoce desde antiguas épocas. La descripción más antigua del cáncer (el término cáncer no era usado) proviene de Egipto y es del 1600 adC aproximadamente. El papiro Edwin Smith describe 8 casos de tumores o úlceras de cáncer que fueron tratados con cauterización, con una herramienta llamada "la orquilla de fuego". El escrito dice sobre la enfermedad, "No existe tratamiento". A lo mínimo un caso descrito es de un hombre. Por siglos los médicos han descrito casos similares, todos teniendo una triste conclusión. No fue sino hasta que la ciencia médica logró mayor entendimiento del sistema circulatorio en el siglo XVII que se lograron felices avances este siglo se puede determinar la relación entre el cáncer de mama y los nódulos linfáticos, el tejido mamario y los músculos pectorales (mastectomía radical). Su senda de comprensión y avance fue seguida por William Stewart Halsted que inventó la operación conocida como "Mastectomía Radical de Halsted" procedimiento que ha sido popular hasta los últimos años de la década del 70. ⁽⁷⁾

Aun el cáncer de mama representa un problema de salud a nivel mundial, con prevalencia en la mujer del mundo occidental y sobre todo en los países desarrollados. "A nivel mundial es responsable de unas 300.000 muertes al año; tiene una incidencia ascendente y representa 21% del total de los tumores femeninos." ⁽⁸⁾

Para el año 2004 la Organización Mundial de la Salud, calculó que se diagnosticarían más de 1, 200,000 nuevos casos (19% del total de cánceres en la mujer). Los países de Norteamérica y Europa son los que tienen la frecuencia más alta y los países de Asia y África tienen la más baja. En general los países latinoamericanos también tienen baja frecuencia, a

excepción de Argentina y Uruguay son los que tienen tasas semejantes a la de los países europeos. En los años recientes se informó el incremento de cáncer de mama en los países asiáticos, en particular en Japón y Singapur, en donde se ha modificado su estilo de vida ("occidentalización.")^(5,9)

En México, desde 1990 los tumores malignos representan la segunda causa de muerte en la población general; en mujeres por arriba de los 25 años, la primera. La tasa de mortalidad en 1992 fue de 14.2 x 105, y para 1994, de 50.4 x 105, tuvo un incremento de cerca de cuatro veces. Entre 1994 fallecieron en México; 46 423 personas a consecuencia del cáncer. El de pulmón ocupó el primer lugar, con 5 847 (13%) casos; el de estómago, el segundo, con 4 671 (10%) pacientes, y el cervix uterino, el tercero, con 4 365 (9%).^(10, 11)

En México, las estadísticas se observan en incremento progresivo del cáncer de mama, en 1990 los tumores malignos representaban la segunda causa de muerte general, y en mujeres por arriba de los 25 años, la primera causa. De 1985 a 1994 el cáncer de mama fue la segunda neoplasia más frecuente. La incidencia del cáncer de mama en México es de 6x 100,000 habitantes y se incrementa cada año.^(12, 13, 14,16)

Según datos del Instituto Nacional de estadística, geografía e informática (INEGI), en 1990 ocurrieron 2,230 decesos atribuibles al cáncer de mama, lo que representó el 1.67% del total de defunciones ocurridas en mujeres de 25 años y más. En 1994 dicha cifra fue de 2,785 (1.90%) muertes y para 1998 aumento a 3,380 (2.1%) fallecimientos. Esto significa que en ese último año murieron por cáncer de mama casi nueve mujeres cada día, lo que representa la muerte de una mujer cada dos horas y media aproximadamente. El grupo de edad con mayor número de defunciones es el de 45 a 54 años de edad, no obstante, debe de destacarse que el grupo de 35 a 44 años representa un número cercano al del grupo anterior, lo que nos demuestra una tendencia de las Mexicanas a presentar cáncer de mama y a morir por causa del cáncer de mama, a una edad más temprana.⁽¹⁵⁾

Las tasas más altas de mortalidad por esta causa se ubican en su mayoría en los estados con mejor índice de desarrollo: Distrito Federal, Jalisco, Nuevo León, Chihuahua, Coahuila, Sonora, Baja California Sur y Tamaulipas se

caracterizan por tener tasas superiores a 17 defunciones por cada 100,000 mujeres de 25 años y más.⁽¹⁶⁾

En los estados donde predomina la población indígena y el nivel socioeconómico es menor, como Chiapas y Oaxaca, la frecuencia es mucho más baja.⁽⁷⁾

La tasa de mortalidad del cáncer de mama en Chiapas es de 7.0 mujeres por cada 100mil.^(9,10)

De acuerdo con las estimaciones del Consejo Nacional de Población (CONAPO) para el año 2000 este grupo de mujeres llegó a 23,904.2001 con un porcentaje de 47.7 % .Para el año 2010 y 2030 se espera que las mujeres de este grupo constituyan el 55.6% y 68.7% respectivamente, de población femenina total.

De continuar con las condiciones actuales de un crecimiento lento y constante de mortalidad por cáncer de mama, nos permite anticipar que la tasa de mortalidad por este tipo de cáncer, para el nivel nacional, seguirá aumentando en el grupo de mujeres de 25 años y más.⁽¹⁵⁾

El cambio demográfico y epidemiológico en México se ha producido con tal velocidad que hoy nos encontramos ante la necesidad de atender efectos del alto crecimiento en población del pasado, del envejecimiento de la población y de la presencia cada vez mayor de las enfermedades crónica degenerativas que incluyen los procesos neoplásicos específicamente el del cáncer de mama en las mujeres.⁽¹²⁾

Las mujeres sufren ansiedad importante al saber su riesgo de desarrollar cáncer. Algunas mujeres que (se) saben que tienen un riesgo aumentado de cáncer de mama, experimentan estrés emocional tan severo como las que realmente tienen cáncer de mama invasor. Por eso los médicos deben realizar su mejor esfuerzo para informar a las pacientes acerca de los factores de riesgos para el desarrollo del cáncer de mama, y para brindar consejo a las mujeres con riesgo aumentado.

Los factores de riesgos asociados al desarrollo de cáncer de mama encontramos:

Edad. En México hay casos de cáncer de mama desde la segunda década de la vida y su frecuencia se incrementa rápidamente hasta alcanzar la máxima entre los 40 y 54 años. Después, hay un descenso paulatino a partir de la quinta década.

En México la mujer tiene cáncer de mama, en promedio, una década antes que las europeas o norteamericanas (51 comparado con 63 años). Este hecho, en parte, se explica por la conformación de la pirámide poblacional mexicana, en la cual predominan las mujeres jóvenes. ^(9,12)

Género: Ocurre predominantemente en el sexo femenino, debido al desarrollo y función de este órgano en la mujer. Sin embargo, se observan casos en los hombres en alrededor del 1%. En México representa sólo 0.1 % del total y todos fueron reportados en hombres ancianos. ^(8,9)

Se piensa que el cáncer de mama de tipo hereditario representa el 3 al 10% de todos los cánceres de mama y que los factores hereditarios son responsables del 25 al 35% de todos los casos diagnosticados antes de los 30 años. Cuando una mujer tiene un familiar de primer grado (madre –hermana-hija) que desarrollo cáncer de mama antes de los 40 años, su riesgo de desarrollar el padecimiento es tres veces mayor que el de la población en general. El riesgo es 5 veces mayor cuando el cáncer de mama es bilateral y 9 veces mayor cuando es bilateral y de inicio temprano. ^(8,12)

Se ha logrado identificar al gen BRCA 1, esto se realizó en el año 1990, localizado en el brazo largo del cromosoma 17, cuya mutación está relacionada con: incremento sustancial en el riesgo de cáncer de mama y ovario, a edad más temprana de su aparición, y al gen BRCA 2 descubierto en 1994, el cual se localiza en el brazo largo del cromosoma 13. El cual ha incrementado el riesgo de padecer cáncer de mama, ovario y cáncer de mama en varones está incrementado para las portadoras y portadores de mutaciones en BRCA. ^(19,20)

Menarquia: se ha mencionado que la menarquia antes de los 12 años de edad eleva el riesgo relativo de cáncer de mama, en comparación con su aparición

después de los 13 años. Se reporta que las mujeres con menarquia temprana tienen ciclos menstruales regulares y ovulatorios en etapas más tempranas que las mujeres cuya menarquia se inicia después de los 13 años lo cual sugiere que las concentraciones normales o elevadas de estradiol en la pubertad incrementan dichos riesgo. ^(17,18)

Hiperplasia mamaria: en las mujeres con antecedentes de biopsia de mama por enfermedad benigna aumenta el riesgo de padecer cáncer de mama cuando en el estudio histopatológico se encuentra hiperplasia de células ductales o lobulillares. Este hallazgo se relaciona con incremento de riesgo de cáncer de mama cuando la hiperplasia se cataloga como atípica. Cuando los pacientes con hiperplasia atípica tienen además un familiar en primer grado con cáncer de mama, el riesgo es nueve veces mayor. ⁽¹²⁾

Distribución geográfica: Esta demostrado que la diferencia de riesgo de cáncer de mama entre las poblaciones rurales (menor) y las urbanas (mayor). Los factores ambientales abarcan actividad física, uso de tintes para cabello, ingestión de alcohol café, consumo de tabaco, estrés, depresión, medicamentos como el diacepam, reserpinas, espirolactona, radiaciones electromagnéticas, pesticidas órganos clorados. Los hábitos de las mujeres que habitan las ciudades incrementan la obesidad posmenopáusica y el índice de masa corporal, lo cual se relaciona con concentraciones más alta de estrógenos y sulfato de estrona. ^(14,17)

Las mujeres nulípara tienen un riesgo relativo de 1.4 veces mayor de ser diagnosticadas de cáncer de mama.

El tratamiento hormonal sustitutivo con estrógenos en mujeres posmenopáusicas se asocia un mayor riesgo de cáncer de mama. El riesgo tiene relación en la administración de hormonas exógenas, sugiriéndose un mayor riesgo en aquellas mujeres que reciben el tratamiento durante más de siete años.

El consumo de anticonceptivos orales se asocia a un incremento de riesgo de cáncer de mama, respecto a las mujeres que nunca han recibidos anticonceptivos orales. ⁽¹⁴⁾

Factores alimentarios: Desde hace años se ha sugerido relación entre la alimentación y el cáncer mamario. La mayor frecuencia de esta enfermedad en Estados Unidos y Europa y la baja incidencia en Asia y América Latina se han correlacionado con el mayor consumo de grasas animales y azúcares refinados en la alimentación occidental. Como explicación se ha dicho que la alimentación rica en proteínas y grasas promueve el desarrollo sexual precoz, con menarquia temprana, y contribuye a la obesidad que a su vez conduce a la conversión mayor de androsteniona en estrona y al aumento de la secreción de prolactina hipofisiaria. ^(17,18)

Estructura corporal: Se ha sugerido que la estatura, el volumen mamario, la estructura corporal y la obesidad son factores de riesgo. Las mujeres cuya talla es mayor a 1.67 m. tiene mayor riesgo que las que miden menos de 1.59m. Las mujeres altas y delgadas con mamas grandes tienen mayor riesgo, sobre todo antes de los 45 años. La distribución de grasas, sobre todo en el abdomen, es un factor de riesgo, específicamente en las mujeres premenopáusicas en las que se produce aumento de estradiol. Las mujeres que aumentan de peso más de 27 kg de su juventud a la edad madura tienen el doble de riesgo de padecer cáncer de mama ^(9,18).

El consumo de alcohol incrementa el riesgo de cáncer de mama pero el consumo de dos bebidas alcohólicas produce un aumento en los niveles plasmáticos de estrógenos, sugiriéndose que este podría ser mecanismo por el que se incrementa el riesgo.

La lactancia y la actividad física podrían proteger para el cáncer de mama, posiblemente por su efecto sobre el peso corporal y el ciclo menstrual. ^(14, 17,18)

La posibilidad de prevención primaria, es limitada y debe estar relacionada con profundos cambios sociales.

se puede aconsejar el amamantamiento a las futuras madres .

El autoexamen del seno, el examen clínico y la mamografía son las técnicas disponibles para diagnosticar tempranamente el cáncer de mama. El tamaño del tumor es un buen indicador de la probabilidad de vivir sin recidivas; la

presencia de algún tipo de metástasis (estadios II-II y IV) es proporcional a sus dimensiones. De los casos con metástasis, 47% presentan tumores de al menos 5.5 cm. de diámetro.

En México, el diagnóstico de cáncer de mama es tardío. De los casos nuevos 90% son detectados por la propia mujer en etapas con diseminación y solo 25 se identifican en etapas in situ o estadio I. ⁽²⁰⁾

Todas las mujeres deben ser capacitadas y deben realizar cada mes el autoexploración de mama, un mamograma inicial entre los 35 a 45 años y un examen físico anual. La mamografía debe repetirse cada año o cada dos años según la edad y la presencia de factores de riesgo en la mujer.

La muerte por cáncer de mamario en nuestro país es inaceptable, no obstante que para su diagnóstico y tratamiento temprano se requiere de tecnología de punta y de personal altamente capacitado, que por su escasez dificulta el acceso. Por lo que obliga a redoblar esfuerzo de coordinación interestatal e intersectorial, para mejorar la oferta y uso de servicios especializados y enfrentar el problema regionalmente. ⁽²¹⁾

Sin embargo hay que destacar que disminuir la mortalidad, así como mejorar el costo, efectividad y oportunidad de la atención, no están determinados únicamente por el avance tecnológico y científico, si no que factores sociales, culturales, económicos, institucionales y conductuales, pueden favorecer u obstaculizar esta tarea, por lo que se debe poner atención especial a la comunicación educativa y la organización de los servicios, fortaleciendo la autoestima y enfoque de género.

La situación de la salud de las mujeres en Chiapas y de las derechohabientes del IMSS, nos llevan a la reflexión y al análisis sobre la aplicación de los programas. Los indicadores de salud pública y principalmente los que tienen relación con las mujeres, muestran equidades sociales y de género. ⁽²²⁾

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

EL cáncer de la mama, se ha convertido en una enfermedad de importancia creciente en todo el mundo. Las estimaciones, indican que en 1975, se diagnosticaron más de 500,000 casos nuevos, y que en el año 2000, la incidencia mundial superó el millón de casos anuales. ⁽¹⁾

En México, el cáncer ocupa desde 1990 la segunda causa de muerte en la población. El 12% de las defunciones anuales corresponde a los diversos tipos de neoplasias, el cáncer cérvico uterino ocupa la primera causa; el cáncer de mama es la segunda causa de muerte en el sexo femenino. "...estos canceres ocupan para 1992, el primero y segundo lugar, respectivamente, como causa de mortalidad en la mujer de 25 años y más, con tasas de 23.7 para cáncer de cuello de útero y 13.9 para cáncer mamario... "(2) representando un aumento de 46 % de cáncer de mama

Por lo tanto conocer el perfil epidemiológico de nuestras pacientes resulta fundamental para la prevención, control y tratamiento del cáncer de mamá constituyendo una prioridad en nuestro país. Lo que nos permitiría realizar acciones dirigidas a su detección precoz que nos conduzca a disminuir su incidencia y aumentar la sobrevida.

Por lo anterior es importante conocer el Perfil Epidemiológico del cáncer de mama en pacientes del sexo femenino para la realización de actividades específicas que redunden en la disminución de la morbilidad y mortalidad del cáncer de mama que acuden a la consulta al hospital general de zona # 2 de Tuxtla Gutiérrez, Chiapas.

¿Cuales son las características clínico epidemiológicas de las pacientes con cáncer de mama que acuden a consulta al hospital general de Zona # 2 de Tuxtla Gutiérrez, Chiapas?

JUSTIFICACION.

La frecuencia del cáncer de mama en mujeres en México se observa en edades de 25 a 64 años de edad asociada a factores hereditarios del 10-15 %; antecedentes familiares en 1er grado; tratamiento hormonal, menarca antes de los 11 años, dieta rica en grasa, menopausia posterior a los 55 años, sobre peso, vida sedentaria, no haber tenido hijos, primer embarazo después de los 30 años, tabaquismo y alcoholismo factores de riesgo que incrementa la probabilidad de de padecer cáncer de mama

La misma situación se enfrenta en relación al cáncer de mama en las mujeres del estado de Chiapas con una mortalidad de 7.0 mujeres por cada 100 mil; aunado a la falta de conocimiento sobre la detección oportuna del cáncer de mama , así como a la falta de indicadores de salud pública y principalmente los que tienen relación con las mujeres , muestran inequidades sociales y de género que impiden el acercamiento oportuno a los servicios de salud , elevan con ello las tasas de mortalidad para el cáncer de mama.

Por lo tanto la presente investigación busca evidencia para conocer el Perfil Epidemiológico de las pacientes con cáncer de mama que acuden a consulta al el Hospital General de Zona # 2 de Tuxtla, Gutiérrez, Chiapas.

OBJETIVOS:

GENERAL:

Determinar las características clínico epidemiológicas de las pacientes con cáncer de mama que acuden a consulta al hospital General de Zona # 2 de Tuxtla Gutiérrez, Chiapas.

ESPECIFICO:

- Determinar las características de tiempo, lugar y persona de la muestra.
- Determinar las características familiares de la muestra de estudio.

Determinar los factores de riesgo para cáncer de mama de las pacientes que acuden a consulta.

METODOLOGIA

1) TIPO DE ESTUDIO.

El estudio que se pretende realizar será de tipo Retrospectivo, analítico, descriptivo y transversal, ya que solo se medirán variables de forma independiente, en un solo momento y tiempo.

2) POBLACION DE ESTUDIO; LUGAR Y TIEMPO DEL ESTUDIO.

Esta investigación tendrá como universo al 100% de mujeres y hombres de edades entre 25 a 64 años. En un periodo comprendido de marzo 2006 a agosto 2007, con cáncer de mama que acude a control a la consulta externa de la especialidad de oncológica en el HGZ # 2 de Tuxtla Gutiérrez, Chiapas.

3).- TIPO Y TAMAÑO DE LA MUESTRA.

Censo.

Muestreo de conveniencia.

4) CRITERIOS DE SELECCIÓN.

a) Inclusión:

1. Aseguradas.
2. Con diagnóstico de cáncer de mama por histopatología.

b) Exclusión.

1. Que no se localice su expediente.

c) Eliminación.

1. Cuestionarios incompletos.

VARIABLES

Variable	Tipo de variable	Definición conceptual	Definición operacional	Escala de medición	Indicadores
Edad	cuantitativa	Tiempo transcurrido desde el nacimiento	Es el Tiempo transcurrido desde el nacimiento rango del grupo en estudio	Nominal	25-64 años
Edad de inicio de vida sexual activa	cuantitativa	Tiempo transcurrido del inicio de vida sexual	Factor de riesgo para la patología en	Nominal	1.- <De 15 años 2.- > de 15 años

		activa	estudio		
Ocupación	cualitativa	Trabajo cuidado que impide emplear el tiempo en la casa	Actividad laboral que desempeña	Nominal	Ama de casa Empleada Comerciante Profesionista Ninguna
Escolaridad	cualitativa	Proceso bidireccional mediante el cual transmiten conocimiento, valores y forma de actuar	Ultimo grado escolar cursado en una escuela reconocida por la SEP en el momento del estudio	Nominal.	-analfabeta -primaria incompleta -primaria -secundaria -Normal -técnica -preparatoria -universidad -Postgrado
Estado civil	cuantitativa	Relación de pareja	Compartir tiempo y espacio con una persona	Nominal	Soltero Casado Viudo Divorciado Unión libre
Herencia	cuantitativa	Historia familiar de cáncer de mama.	Antecedente de cáncer en primer grado.	Nominal	1.-Madre(o) 2.-hermana. 3.-tia 4.-prima 5.- Ninguno
Tabaquismo	cualitativa	intoxicación crónica producida por el abuso de tabaco	Se expresara en afirmativo o negativo en cada dimensión según la declaración del sujeto a investigar	Nominal	1.- si 2.- no
Obesidad	cualitativa	Estado en el cual se excede de peso adecuado para la edad y talla de una persona	Índice de masa corporal para la edad en la percentil 95 o mayor	Nominal	Peso Talla I.M.C. Medición de la circunferencia de la cintura.
Alcoholismo	cualitativa	Enfermedad ocasionada por tal abuso, que puede ser aguda, como la embriaguez, o crónica.	Abuso habitual y compulsivo de bebidas alcohólicas	Nominal	Si ingiere bebidas alcohólicas. No ingiere bebidas alcohólicas
Menarquia	cualitativa	Aparición de la primera menstruación	Edad a la que inicia con los ciclos menstruales	Nominal	Antes de los 12 años. Después de los 13 años
Menopausia	cualitativa	Época de la vida de la mujer en que experimenta el climaterio.	Cesación natural de la menstruación	Nominal	44-55 años
Nulípara.	cualitativa	Mujeres que no han tenido partos	Sin hijos	Nominal	
Método de planificación familiar	cualitativa	Métodos usados por parejas o individuos sexualmente activo para prevenir el embarazo.	Uso de método anticonceptivo para evitar el embarazo	Nominal	Ritmo Preservativos Hormonales orales. Inyectables DIU, O. T. B. Vasectomía
Lactancia materna	cualitativa	Consiste en proporcionar alimentación al seno materno	Duración de alimentación del seno materno al niño del nacimiento al los 6 meses de edad.	Nominal	1.- si 2.- no 3.-duración

Desarrollo Familiar	cualitativa	Ámbito de convivencia que delimita una porción de la vida social y metas definidas	Nominal	Estructura familiar tipologicamente definida	1.-tradicional. 2.- moderna
---------------------	-------------	--	---------	--	--------------------------------

Estructura Familiar.	cualitativa	Clase de familia en base a su estructura	Numero de miembros de familia del entrevistado que viven bajo un mismo techo	Nominal	Nuclear Nuclear simple Nuclear numerosa Reconstruida.
Ciclo de vida	cualitativa	Es un concepto ordenado para entender la evolución secuencia de la familia y crisis transicionales que atraviesa en función del crecimiento y desarrollo de sus miembros.	Fase de evolución por la que atraviesa a la familia en el momento del registro	Nominal	Matrimonio Expansión Dispersión Independencia Retiro y muerte.

Procedimiento:

Se acudirá a la revisión del censo de las paciente con cáncer de mama del Hospital de Zona # 2 de Tuxtla Gutiérrez, Chiapas, posteriormente se revisará los expedientes que estén completos con la información a obtener y recabando solo los completos y que cuenten con el reporte histológico de cáncer de mama y se procederá al vaciamiento de información de acuerdo a nuestras variables

Análisis estadístico:

Se usarán medidas de frecuencia simple y relativa para variables cualitativas.

Consideraciones éticas:

Este proyecto de investigación se apegará a la ley general de salud y a las normas éticas. La información será confidencial, se protegerá la privacidad de los pacientes a los que se les revise el expediente clínico.

El estudio será retrospectivo, descriptivo analítico y transversal, sin implicación de riesgos para la salud, intimidad y derechos individuales de los pacientes ya que solo se rescatará la información de los expedientes de estos.

Resultados.

Se realizo estudio retrospectivo en 53 pacientes con cáncer de mama que acudían a control al hospital general de zona número 2 de Tuxtla Gutiérrez, Chiapas.

En donde encontramos que:

El 79.2% de los pacientes con cáncer de mama su estado civil es casado. El 5.8% son solteros. Ver tabla (1).

Tabla No 1

Estado Civil

Variable	casos	%
Soltero	3	5.7
Casado	42	79.2
Unión libre	2	3.8
Viudo	5	9.4
Divorciado	1	1.9

Fuente: Derechohabientes del HGZ 2 de Tuxtla Gutiérrez Chiapas Modulo Oncológica

En cuanto a escolaridad 35.8 % tiene primaria y el 11.3 % son analfabetas. (Ver tabla No 2)

Tabla No 2

Escolaridad

Variable	Casos	%
Primaria	19	35.8
Secundaria	15	28.3
Bachillerato	13	24.5
Licenciatura	0	0
Ninguna	6	11.3

Fuente: Derechohabientes del HGZ 2 de Tuxtla Gutiérrez Chiapas Modulo Oncológica

El 69.8% de los pacientes con cáncer con mama no fuman, el 30.2% si tienen el habito de fumar. (Ver Tabla No 3).

Tabla No 3

Fuma

Variable	Casos	%
Si	16	30.2
No	37	69.8

Fuente: Derechohabientes del HGZ 2 de Tuxtla Gutiérrez Chiapas Modulo Oncológica

El 18.9% de los pacientes, consume alcohol VS el 81.1% que no lo consumen. (Ver Tabla No 4).

Tabla No 4

Alcohol

Variables	Casos	%
si	10	18.9
no	43	81.1

Fuente: Derechohabientes del HGZ 2 de Tuxtla Gutiérrez Chiapas Modulo Oncológica

De las pacientes con cáncer de mama el 78.8 % inicio su menarquia entre los 10 y 12 años de edad.(Ver tabla N.5)

Tabla No 5

Edad de Inicio de la Menarquia

	10 años	11 años	12 años	13 años	14 años
Femenino	1	17	23	8	3
%	1.9 %	32.7 %	44.2%	15.4%	5.8%

Fuente: Derechohabientes del HGZ 2 de Tuxtla Gutiérrez Chiapas Modulo Oncológica

La menopausia se presentó con mayor frecuencia a los 44 y 46 años 22.9%.
(Ver tabla N.6)

Tabla No 6

Edad de la menopausia

Edad	43 años	44 años	45 Años	46 años	47 años	48 años	49 Años
Femenino	1	8	4	8	3	4	7
%	2.9%	22.9%	11.4%	22.9%	8.6%	11.4%	20.0%

Fuente: Derechohabientes del HGZ 2 de Tuxtla Gutiérrez Chiapas Modulo Oncológica

El 84% dio lactancia materna por 12 meses, El 10.0% dio por más de 1año y el 2.0% únicamente por seis meses (ver tabla No.7)

Tabla No. 7

Lactancia materna

Seis meses	Ocho meses	Doce meses	Mas de 12 meses
------------	------------	------------	-----------------

1	2	42	5
2.0%	4.0%	84.0%	10.0%

Fuente: Derechohabientes del HGZ 2 de Tuxtla Gutiérrez Chiapas Modulo Oncológica

Del total de pacientes encuestadas, el 50 %, respondió tener antecedentes de familiares con cáncer de mama. (Ver tabla No 8)

Tabla No. 8

Con antecedentes de cáncer de mama

VARIABLE	Casos	%
Si	26	50
no	27	50

Fuente: Derechohabientes del HGZ 2 de Tuxtla Gutiérrez Chiapas Modulo Oncológica

Dentro del grupo de familiares con cáncer de mama el 50% se encontró en familiares de primera línea (madre, hermana, tías). (Ver tabla 9)

Tabla No 9

Familiares con cáncer de mama

FAMILIAR	Casos	%
MADRE	2	3.8
HERMANA	7	13.5
TIAS	17	32.5
NINGUNO	27	50

Fuente: Derechohabientes del HGZ 2 de Tuxtla Gutiérrez Chiapas Modulo Oncológica

El 58.5% (31), de las paciente con cáncer de mama presentaba obesidad. (Ver tabla No 9)

Tabla No.9

Comportamiento de la obesidad de las pacientes con cáncer de mama

Peso normal	Sobrepeso	Obesidad 1er. Grado	Obesidad 2do. grado	Obesidad 3er. Grado
13	9	8	15	8
24.5%	17.0%	15.1%	28.3%	15.1%

Fuente: Derechohabientes Del HGZ 2 de Tuxtla Gutiérrez Chiapas Modulo Oncológica

La clasificación de las familias de las pacientes estudiadas en base a su desarrollo predominó el tradicional con 58.5% (ver tabla 10)

Tabla 10

Tipo de desarrollo familiar de los pacientes con cáncer de mama

Desarrollo familiar	casos	%
moderna	22	41.5
tradicional	31	58.5

Fuente: Derechohabientes del HGZ 2 de Tuxtla Gutiérrez Chiapas Modulo Oncológica

En cuanto a su estructura el 75.0% fueron nuclear numerosa (Ver tabla No 11)
Tabla No. 11

Tipo de Estructura familiar de los pacientes con cáncer de mama

Estructura familiar	casos	%
Nuclear simple	14	26.4
Nuclear numerosa	39	73.6

Fuente: Derechohabientes del HGZ 2 de Tuxtla Gutiérrez Chiapas Modulo Oncológica

La mayoría de la familia de las pacientes con cáncer de mama se encontraba de acuerdo al ciclo vital según GEYMAN el 47.2% está en la fase de retiro (Ver tabla No.12)

Tabla No. 12

Etapa del ciclo vital según Geyman de la familia con cáncer de mama

Fase del ciclo	casos	%
dispersión	6	11.3
independencia	22	41.5
retiro	25	47.2

Fuente: Derechohabientes del HGZ 2 de Tuxtla Gutiérrez Chiapas Modulo Oncológico

DISCUSION

El cáncer de mama continua siendo la causa de mortalidad mas importante en cuanto al cáncer de mujeres, en los varones es una enfermedad que su diagnostico se realiza en estadios más avanzados que en las mujeres por la desventaja que en el hombre no se realizan estudios de screening para detectar lesiones subclínicas como en la mujer.⁽³⁵⁾

En el estudio observamos que el 79.2% de los pacientes con cáncer de mama que participaron eran casados, otros estudios como el de Bañuelos Barrera Patricia y Cols.⁽²³⁾ Reportaron un 56% la causa de esa diferencia se podría atribuir a que en este estudio utilizaron como criterio de inclusión sólo mujeres y con edad entre los 30 a 75 años y en nuestro estudio se abarcaron ambos sexos y a todos los pacientes independientemente de su edad⁽²³⁾, además hay que tomar en cuenta que en nuestro estado la edad promedio de las mujeres al momento de contraer matrimonio es de 24 años.⁽³⁷⁾ Otro estudio como el de María Ruiz y Cols.⁽²⁴⁾ Reportó 75.4% de pacientes casados cifra semejante al nuestro ya que en ambos estudios se incluyeron a todas las mujeres sin importar su edad lo cual podría ser la causa de una estadística similar⁽²⁴⁾.

En el presente estudio 11.3 % eran analfabetas y el 35.8 % tienen primaria completa, lo cual difiere con otros autores como por ejemplo María Ruiz y Cols,⁽²⁴⁾ quienes reportan un 61.4 % de analfabetas y 29% con primaria completa,

posiblemente esta diferencia se deba a que el estudio incluyó población urbana y rural de Pamplona, España; ⁽²⁴⁾ y en el estudio realizado en Chiapas incluimos casi en su totalidad población urbana. En otro estudio realizado en Durango por Bañuelos-Barrera Patricia y cols. Encontraron como nivel de escolaridad predominante secundaria terminada aunque no menciona el porcentaje encontrado ni el tipo de población incluida (urbana o rural).

En cuanto al tabaquismo en el estudio vemos que el 69.8% de los pacientes con cáncer de mama no fumaban, similar a lo encontrado en un estudio realizado por el Dr. Juan Carlos Alvir. y cols de Colombia el cual reporta como no fumadoras al 53.9% de sus pacientes incluidas⁽²⁶⁾, esto debido a que en ambos estudios se incluyeron a todas las pacientes encontradas con el diagnóstico y que estuvieran de acuerdo en participa⁽²⁶⁾. En otro estudio realizado en Chihuahua por Ivonne Salas se encontró un 34% de fumadoras resultado también similar, pero ellos tomaron en cuenta a las fumadoras pasivas (49%), situación no tomada a consideración por nosotros.

En cuanto a la ingesta de alcohol en el estudio observamos que el 18.9 % si ingería bebidas alcohólicas y el 81.1 % no, situación contraria a lo referido en diversos estudios en donde muestran que la ingesta de alcohol es positiva en la mayor parte de las mujeres que desarrollan cáncer de mama ⁽³⁰⁻³¹⁾. Al analizar la variable alcohol revisando la bibliografía consultada no se menciona por ejemplo escolaridad, ocupación de las pacientes, para poder establecer la causa de esta diferencia por lo que estos datos son difíciles de evaluar en un trabajo retrospectivo.

Otros de los factores asociados para el cáncer de mama es la menarquía en el estudio el 78.8% la presento entre los 10-12 años, y el 21.2% entre los 13 y 14 años, resultados opuestos a lo encontrado por Shigyo G. y cols. Quienes reportan 30.8% menarquía entre los 8 y 12 años de edad y un 51.95% entre los 13 y 18 años, la causa de esta diferencia posiblemente radica en que el estudio se realizo en Perú ya que en estudios realizados por el Dr. Juan Coyotupa Vega y Cols. En Perú reporto que en ciudades altas sobre el nivel de mar fue a los 13 años 6 meses con un retardo en presentarse de un año en relación con las niñas que viven al nivel de mar ⁽³⁷⁾. También Luján Irastorza y Cols encontraron menarquía temprana en sólo el 12.3%, posiblemente estas diferencias se relacionan con el hecho del estudio anterior relacionado con la altura ya que el estudio de lujan fue realizado en el hospital Juárez de la ciudad de México. Menciona la bibliografía que la menarquía antes de los 12 años eleva el riesgo relativo de cáncer de mama en comparación con su aparición después de los 13 años⁽³⁵⁾, esto se comprobó en nuestro estudio .

La menopausia en el estudio se presentó en la mayoría de las pacientes a los 46 y 48 años en un 42.9% respectivamente. Cabe mencionar que en 80.1% de las pacientes el cáncer de mama se presento en mujeres menopáusicas lo que coincide con lo reportado en el XII Congreso Mundial de Menopausia celebrado en Madrid España durante el mes de mayo del presente año, Santiago Palacios menciona que 70% de los casos de cáncer de mama se presenta en mujeres menopáusicas ⁽³⁴⁾ La presencia de la menopausia antes de los 50 años en nuestro estudio podría ser por el inicio temprano de la menarquia que fue antes de los 12 años.

Sobre el factor de protección lactancia materna nosotros encontramos que el 96 % de las pacientes dio lactancia materna, de ellas el 94% la otorgo por espacio de 12 meses y más, resultado controvertido, ya que diversos estudios han demostrado que el no otorgamiento de lactancia materna o darlo por corto tiempo (menos de 3 meses) se relaciona en su mayoría con el desarrollo de cáncer de mama^(27, 28). El estudio de Miriam Núñez Perdomo y Cols, reportan que el 82.9%⁽²⁸⁾, y el de Carlos Manuel Ortiz Mendoza que el 77.3% dieron lactancia materna⁽²⁹⁾, los resultados son casi similares al estudio que realizamos. Aún se desconoce el mecanismo mediante este suceso reduce la posibilidad de padecer cáncer de mama, ya que sabemos de acuerdo a las literaturas que los periodos prolongados de lactancia materna disminuye el cáncer de mama en pre y postmenopausia⁽¹³⁾. En este rubro analizamos que el 100% de las mujeres que tuvieron hijos dieron lactancia materna pero fue el 84% que lo dio durante un año y el 10 % más de un año por lo que podría ser uno de los factores la no prolongación de la lactancia materna por el desconocimiento de nuestra población sobre este beneficio como ya comentamos anteriormente por la baja escolaridad de estas pacientes. En los casos de este estudio el 50% presentaron antecedentes heredo familiares de cáncer de mama de los cuales correspondió a familiares de primera línea (madre hermana, tía), comparamos estos resultados con el estudio de Carlos Manuel Ortiz, él reporta 7.5%⁽²⁹⁾ y el de Ivonne Salas demuestra un 42 %, también relacionado a familiares de primer grado. Con lo que se puede observar que en nuestra población el riesgo para padecer cáncer de mama se encuentra en su mayor porcentaje relacionado a familiares de primer grado.

La obesidad es uno de los factores importantes para el desarrollo del cáncer de mama, lo que se corrobora en múltiples estudios^(30, 32, 34) y en los resultados del nuestro en donde observamos la presencia de obesidad en 58.5% de los casos. En estas pacientes se originan metabolitamente depósitos de androstenediona, metabolito asteroideo que aromatizado se convierte en esterota, y luego en estradiol que como se sabe influye en la carcinogénesis:⁽³²⁾

En nuestra población se observa que a mayor edad, mayor ingesta de grasas y mayor ingesta de hidratos de carbono, se identifica mayor prevalencia de obesidad.⁽³⁶⁾ y es otro de los factores presente en el estudio para cáncer de mama.

En cuanto a la estructura familiar de las pacientes estudiadas el 73.6% es nuclear numerosa, en base a su desarrollo el 58.5% fueron familias tradicionales. De acuerdo al ciclo vital de Geyman el 47.2% están en la fase de retiro, en donde la mayoría de las pacientes con cáncer de mama se encuentran solas ya que la mayoría de los hijos ya son casados o trabajan fuera y las pacientes en ocasiones no cuentan con mucho apoyo para acudir a realizarse los estudios preventivos del cáncer de mama ya que cuando acuden a consulta por sintomatología de mama ya el cáncer esta en fases avanzadas. Cabe mencionar que no existen estudios que hayan tomado en consideración clasificación de la familia de las pacientes con cáncer de mama.

CONCLUSION.

En nuestro país sobre todo en nuestro estado, se ha observado un cambio en los patrones de morbilidad y mortalidad que se manifiesta en una transición epidemiológica hacia las enfermedades no transmisibles. Esta transición está ligada al envejecimiento de la población y desarrollo de estilo de vida poco saludable, los cuales están directamente relacionados con el desarrollo de cáncer de mama.

En el presente estudio concluimos:

El mayor número de pacientes con cáncer de mama se presentó en el grupo etario entre 46 y 50 años.

De un total de 53 pacientes se halló solo un caso de cáncer de mama en el sexo masculino.

Predominó el estado civil casado.

La escolaridad predominante fue primaria terminada.

Dentro de los hábitos nocivos el consumo de alcohol y tabaco no se encontraron en gran porcentaje en estas pacientes.

La menarquía se presentó en mayor proporción antes de los 12 años y la menopausia entre las edades de 44 y 46 años.

El mayor porcentaje de pacientes si otorgaron lactancia materna pero en un lapso de 12 meses y menos.

En el número de pacientes con antecedentes familiares para el cáncer de mama predominó en familiares de segunda línea.

La obesidad fue uno de los factores importantes que se presentó en las pacientes.

En cuanto a su estructura familiar la mayoría era nuclear numerosa, tradicional y en fase de retiro según la clasificación de Geyman.

ANEXOS

Recursos:

Humanos.

- 1 Alumno de del curso de medicina semipresencial.
- 1 Asesor metodológico y uno clínico.

Materiales.

- 1 equipo de computo
- 1 impresora
- 1 memoria USB
- 1 millar de hojas
- Lápices

Financieros.

- Proporcionados por el investigador responsable.

CRONOGRAMA

2007-2008

	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN
--	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----

Elección del tema a Investigar	■																
Revisión de la Literatura		■	■	■													
Elaboración del Protocolo					■	■											
Presentación del Proyecto							■										
Modificación del Proyecto								■									
Evaluación del protocolo por el comité local de investigación									■								
Inicio de la Investigación										■							
Recolección de Datos											■	■					
Análisis y codificación de datos													■				
Interpretación de Resultados														■			
Conclusión del Estudio															■		
Entrega del trabajo Final																■	

No. _____

Cuestionario.

TITULO DEL TRABAJO.
 PERFIL EPIDEMIOLOGICO DEL CANCER DE MAMA EN HOSPITAL
 GENERAL DE ZONA NUMERO 2 DE TUXTLA GUTIERREZ, CHIAPAS.

Nombre. _____

Número de seguridad social _____

Entidad de nacimiento: _____

Residencia Actual:

Domicilio _____

Tiempo de residencia actual:

a) Menos de 1 año b) De 1 a 5 años c) Más de 5 años

1.- Edad. _____ años

2.- Estado Civil.

a) Soltera b) Casada c) Unión libre d) Viuda e) Divorciada

3.- Peso: _____ kg

4.-Talla _____ m

5.- Domicilio _____

6.- Urbano _____ Rural _____

7.- Escolaridad.

a) Primaria b) Secundaria c) Bachillerato d) Licenciatura e) Ninguno

8.- Fuma: si _____ no _____

9.- Alcohol: si _____ no: _____

10.- Edad de presentación de la menarquia: _____

11.- Edad de presentación de la menopausia: _____

12.- Edad del primer embarazo a término

13.- Fecha de la última regla: _____

14 .- IVSA _____ GESTA _____ PARA _____

ABORTOS _____ NULIGESTA _____

15.- Terapia de reemplazo hormonal. Si: _____ no _____

16.-Cual utilizaba _____

Cuanto tiempo lo utilizo _____

17.-Lactancia: si _____ no _____

Duración: _____

18.- primer embarazo después de los 30 años: si _____ no _____

19.-Familiar con cáncer de mama: si _____ no _____

20.- en que familiar tiene antecedente de cáncer mamario:

a) Madre b) hermana c) hija d) 1 y 2 e) 1 y 3 f) 2 y 3 g) otros h) ninguno

21.-Antecedente personal de cáncer mamario o de hiperplasia atípica:

18.- Biopsias Anteriores: si _____ no _____

Fecha de la toma: _____ / _____ / _____

19

Resultados _____

20.-Mastitis:

21.- Se realizaba autoexploración de las mamas:

a) Si b) No

22.- Con que tipo de aceite cocina: _____

21.- Fecha de inicio de los síntomas o signos del cáncer de mama: _____

—

22.- Cuáles fueron los signos clínicos con los que inicio: _____

—

23. Referencia:

a.- Motivo de la referencia _____

b.- Fecha de la referencia _____

TIPO DE FAMILIA

24.-Desarrollo familiar

a: moderna () b: Tradicional ()

25.- estructura:

a: nuclear () b:nuclear simple () c: nuclear numerosa () d: reconstruida ()

e: monoparental () f: monoparental extendida () g: monoparental extendida

Compuesta () h: extensa () i: extensa compuesta () j: no parental ()

26.- Etapa del ciclo vital de la familia según GEYMAN.

a: matrimonio () b.- expansión () c: Dispersión () d: Independencia ()

e: Retiro ()

Hoja de consentimiento informado:

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Titulo del trabajo.

PERFIL EPIDEMIOLOGICO DE LAS PACIENTES CON CANCER MAMARIO DEL HOSPITAL GENERAL DE ZONA #2 DE TUXTLA GUTIERREZ, CHIAPAS.

El propósito de la investigación es conocer cuales son las características clínico epidemiológicas de las pacientes con cáncer de mama que acuden a consulta al hospital general de Zona # 2 de Tuxtla Gutiérrez, Chiapas

Por el cual se aplicara el cuestionario de los factores de riesgos del cáncer de

mama. Los participantes se seleccionaran de acuerdo a la disponibilidad a participar y aquellos que tengan diagnostico establecido de Cáncer de mama Se requiere de 15 minutos para contestar el cuestionario.

El estudio no conlleva ningún riesgo y el participante no recibe ningún beneficio.

No se dará ninguna compensación económica por participar.

El proceso será estrictamente confidencial. Su nombre no será utilizado en ningún informe, cuando los resultados sean publicados.

La participación es estrictamente voluntaria.

AUTORIZACION.

He leído el procedimiento descrito arriba. El investigador me ha explicado en que consiste el estudio y ha contestado a mis preguntas.

Voluntariamente doy mi consentimiento para participar en el estudio.

Nombre. _____

Fecha. _____

BIBLIOGRAFIA

- 1.-The cáncer council. Que es el cáncer. Enero 2004.
http://www.cancervic.org.au/downloads/otheranguages/spanish/cancer_wat1.
- 2.-Organización Mundial de la Salud. Cáncer; citado 2006 febrero.
<http://www.who.int/medicentre/factsheets/fs297/es/index.html>.
3. Fundación científica de la asociación española contra el cáncer. El cáncer en el mundo. España: La fundación; 2006.
<http://www.todocancer.com/ESP/Fundación+Cientifica/Estadistica+Epidemiologica/Cif>
- 4.-Valeria M. ONCOLOGIA: El cáncer crece en Europa, aunque la mortalidad es menor. El mundo simplemente salud. 2007 febrero; 697.
<http://www.elmundo.es/suplementos/salud/2007/697/1171062010.html>
- 5.-Romero MK, Almeda VP, Green RD, Sosa SR. Panorama Epidemiológico del Cáncer en el Centro Oncológico de la Fundación Clínica Medica Sur. Revista de medica sur 2004; 11(1): 71-72
- 6.-Caire JG, Saucedo TS, Esparza RJ. Mortalidad por cáncer mamario como etapa inicial para el estudio de factores de riesgo nutricios en mujeres de Sonora. Boletín CIAD, mayo-junio de 2005; 14 (3): 3-4
- 7.-D'Agostino R.O, Castañeda AL. Epidemiología del cáncer de mama en el Distrito II, Avellaneda, Abril de 2002.
<http://www.colmed2.org.ar/imagenes/publ03.pdf>.
- 8.-Tabaré Vázquez, Krygier G., Barrios E, Cataldi S, Vázquez AI, Alonso R, y cols. Análisis de sobrevivida de una población con cáncer de mama y su relación con factores pronósticos. Rev. Med Uruguay 2005; 21(2):107-121.
- 9.-Rodríguez CS, Capurso G M. Epidemiología del cáncer de mama. Ginecol Obstet Méx. 2006; 74(11):585-593.
- 10.-Kuri MP, Vargas CM, López SZ, Rizo RP. Registro Histopatológico de neoplasias malignas.
<http://www.dgepi.salud.gob.mx/diveent/RHNM.htm>
- 11.-Mohar A., Frías MM, Suchil BL, Mora MT, G GJ. C Epidemiología descriptiva de cáncer en el Instituto Nacional de Cancerología de México. Salud Publica Mex .1997; 39(4): 253-258.
- 12.- Torres AL, Svetlana VD. Cáncer de mama. Detección oportuna en el primer nivel de atención. Rev. Med Inst Mex Seguro Soc. 2007; 45 (2): 157-166
- 13.-Lujan IJ, García RF, Figueroa PG, Hernández MI, R. AA. Menarquia Temprana Como Factor de Riesgo de Cáncer de Mama. Ginecol Obstet Méx. 2006; 74(11):568-72

- 14.-Torres EE, García MG, Marín GM, Andrade DB. Aprendizaje significativo de mujeres entre 20 y 59 años ante la autoexploración de mama. Rev Enferm IMSS 2004; 12(3): 131-135
- 15.-Norma Oficial Mexicana NORM-041-SSA2-2002, para la prevención, diagnóstico, tratamiento, control y vigilancia epidemiológica del cáncer de mama.Publicado en el Diario Oficial de la Federación el 4 de octubre del 2001.
16. -López RO, Lazcano PE, Tovar GV, Hernández ÁM. La epidemia del cáncer de mama en México. ¿Consecuencia de la transición demográfica? Salud publica de México 1997; 39(4):1-13
- 17.- Zeichner GI, Mohar BA, Ramírez Ugalde M T. Epidemiología del cáncer de mama en el instituto nacional de cancerología (1989-1990). Rev. Inst. Nal Cancerol 8Mex) 1993; 39(2): 1825-1839
- 18.- Benia W, Tellechea G. Estudio de los factores de riesgo para cáncer de mama y cuello uterino en mujeres usuarias de tres policlínicas barriales de Montevideo. 1997. Rev Med Uruguay 2000; 16(2): 103-113.
- 19.-Ruiz FP, Ortiz LR, Barrera SH. El cáncer de mama Hereditario, Revista Salud Pública y Nutrición.2001; 2 (2)
- 20.-Novo VA., Pliego AM, Malagón M B, Bustillo CR. Historia natural del cáncer de mama.Ginecol obstet Mex 2006; 74(2): 115-120
- 21.-Secretaria de Salud. Programa de acción: Cáncer de Mama. Primera edición 2002. www.ssa.gob.mx
- 22.-Boletín de prensa No 6 Gob. Edo. De Chiapas. Salud y mujer un binomio con mucho rezagos, razón para reflexionar e implementar acciones específicas. Año 2004.
- 23.- Bañuelos BP, Bañuelos BY, Esquivel RM, Moreno Á. Autoconcepto de mujeres con cáncer en mama. Rev Enferm Inst. Méx. Seguro Soc. 2007; 15 (3): 129-134.
- 24.- Ruiz MA, Garde S, Ascunce N, Del Moral A.,. Intervención psicológica en pacientes con cáncer de mama.ANALES Sis San Navarra 1998; 21 (3): 119-124
- 25.-Abramowitz. Tabaquismo y agresividad del cáncer de mamario. 05 de nov.2007 http://www.jano.es/Jano/ctl_servelet?_f=11&iditem=427&idtabla=1.
- 26.- Blandon J, Londoño A.C, Alvir J. C. Ingesta de alcohol y riesgo de cáncer de mama. Colombia Med 1999; 30 (3): 118-22.

- 27.-Shigyo G, Del Alcázar j, Campana L. Factores Asociados En El Cáncer De Mama, Hospital Nacional Guillermo Almera En Lima, Perú, 1941-1990. Revista peruana de Epidemiología. 1992; 5 (2)
- 28.- Núñez PM, Martín PR, Almeida A D. Aplicación del programa de detección precoz del cáncer de mama en un área de salud.Revista de Ciencias Médicas La Habana 2000; 6(2).
- 29.-Ortiz MC, Galván M E. Factores de riesgo reproductivo para cáncer de mama en pacientes atendidas en un hospital urbano de segundo nivel.Ginecol Obstet Méx. 2007; 75(1):11-16.
30. -Salas I, Ramirez B, Apodaca E. Factores de riesgo para la presentación de cáncer de mama en Centro Médico Nacional Siglo XXI. Chihuahua, México.CIMEL.2006, 11(2)
- 31.-Alfonso CM, Gabriela GC. Factores de riesgo modificables en pacientes con cáncer de mama. Revista de la sociedad Peruana de Medicina Interna.2003; 16(2):69-73
- 32.- Morales GR, Pollan PA. Morbilidad del cáncer de mama en la mujer. Rev. Cubana Med Gen Integr. 1999; 15 (3)
- 33.-Palacios S. Congreso internacional de la menopausia mayo 2008 <http://www.sego.es/content/noticias/acta%sanitaria%2022-mayo-08-2.pdf>.
- 34.-Gabriela GC, Alfonso CM. Aspecto epidemiológicos del cáncer de mama en el hospital regional de Ica. Revista de la sociedad Peruana de Medicina Interna .2003
- 35.-Rosasco M, Dardo C, Carzoglio J. Cáncer de mama masculina en Uruguay. Revista Española de Patología .2004; 37(3)
- 36.-Hall LJ, Alcalá SI, Cuesta GM, Cols. PREVALENCIA Y FACTORES ASOCIADOS A LA OBESIDAD EN UNA COMUNIDAD URBANO MARGINAL.REVISTA SALUD PUBLICA Y NUTRICIÓN, Edición especial No.4-2007
- 37.-Coyotupa VJ, González S, Zorrilla R, González G, García GR. MENARQUIA Y MENOPAUSIA EN LA ALTURA. Ginecología y Obstetricia.1991; 37(11)