



**UNIVERSIDAD VERACRUZANA
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO
SOCIAL**



**“CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS Y EPIDEMIOLÓGICAS
DE PACIENTES CON CÁNCER ADSCRITOS
A LA UMF 66”**

TÉSIS.

QUE PARA OBTENER EL GRADO DE ESPECIALISTA EN:

MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA

DRA. ANABEL SEVILLANO TOBÓN

ASESOR METODOLÓGICO:

DRA HILDA FRANCISCA MENDOZA SÁNCHEZ

ASESOR ESTADÍSTICO:

LIC. MANOLO CERDÁN GALÁN

XALAPA VERACRUZ, ENERO 2014

ÍNDICE.

| | |
|---|----|
| RESUMEN..... | 3 |
| INTRODUCCIÓN..... | 4 |
| ANTECEDENTES..... | 7 |
| JUSTIFICACIÓN..... | 16 |
| OBJETIVO GENERAL..... | 17 |
| OBJETIVOS ESPECÍFICOS..... | 17 |
| MATERIAL Y MÉTODO..... | 18 |
| ANÁLISIS ESTADÍSTICO..... | 19 |
| PROGRAMA DE TRABAJO..... | 20 |
| RESULTADOS..... | 23 |
| DISCUSIÓN..... | 36 |
| BIBLIOGRAFÍA..... | 39 |
| ANEXOS | |
| ANEXO 1. HOJA DE RECOLECCIÓN DE DATOS..... | 42 |
| ANEXO 2. ÍNDICE SIMPLIFICADO DE POBREZA FAMILIAR..... | 44 |
| ANEXO 3. HOJA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO..... | 45 |
| ANEXO 4. DEFINICIÓN DE LAS VARIABLES..... | 46 |

“CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS Y EPIDEMIOLOGICAS DE PACIENTES CON CÁNCER ADSCRITOS A LA UMF 66”

Sevillano Tobón A.¹ Mendoza Sánchez HF.² Cerdán Galán M³

1. Médico Residente de 3 er año Especialidad Medicina Familiar.
2. Médico Familiar, M. en Ciencias Sociomédicas con énfasis en epidemiología.
3. Lic. en Estadística.

INTRODUCCIÓN. «Cáncer» término genérico que designa un amplio grupo de enfermedades que pueden afectar a cualquier parte del organismo. Las causas de muerte por cáncer más comunes en las mujeres son el cáncer cervico uterino y de mama. Entre los hombres, principalmente son tráquea, bronquios, pulmón y próstata. Se prevé que las muertes por cáncer aumenten mundialmente y alcancen cifras de 13,1 millones en 2030.

OBJETIVO. Determinar las características clínicas y epidemiológicas de pacientes con cáncer adscritos a la UMF 66 en el periodo de marzo 2012 a septiembre 2013.

MATERIAL Y MÉTODOS. Encuesta descriptiva retro prospectiva realizada en la UMF No. 66 IMSS Xalapa, Ver. En el periodo comprendido: mayo 2011- noviembre 2013. Población de estudio: Masculinos y femeninos, de 20 a 90 años de edad, diagnóstico de cáncer confirmado por estudio histopatológico del periodo 2002 a 2012, con expediente electrónico completo y consentimiento informado.

ANÁLISIS ESTADÍSTICO. Frecuencias absolutas y relativas de cada una de las variables de estudio, medidas de tendencia central. Se utilizó el programa de Excel versión 2007.

RESULTADOS. De un total de 259 pacientes, el 69% fueron del sexo femenino y 31% masculinos, promedio de edad 59.5 años, 63 % fueron casados, 25 % estudió secundaria, 19% presentó hipertensión arterial, 6% diabetes mellitus. 7% presentó VPH, 2% VIH. 13% realizó ejercicio; 47% fumaba, el 6% tuvo un índice tabáquico de alto riesgo. Alcoholismo: se presentó en un 12 %. El 29% refirió el antecedente familiar de cáncer. El tipo de cáncer reportado en nuestra muestra fue: 37% cáncer de mama, 14% cacu, 11% cáncer de próstata, 8% cáncer de piel y tejidos blandos, 5% cáncer de colon, 4% linfoma y leucemia, 3% cáncer renal y de ovario, 2% cáncer testicular, de endometrio y de tiroides, 1% cáncer pulmonar, de hígado y de vejiga.

CONCLUSIONES. El cáncer fue más frecuente en mujeres. Edad: 61 años y más, con escolaridad predominante secundaria y el estado civil: casados. La hipertensión y diabetes mellitus fueron las comorbidades más relacionadas. Los cinco tipos de cáncer más frecuente fueron el cáncer de mama, cacu, prostático, piel y colon.

PALABRAS CLAVE. Cáncer, epidemiología.

INTRODUCCIÓN

El «Cáncer» es un término genérico que designa un amplio grupo de enfermedades que pueden afectar a cualquier parte del organismo; también se habla de «tumores malignos» o «neoplasias malignas». Una característica importante del cáncer es la multiplicación rápida de células anormales que se extienden más allá de sus límites habituales y pueden invadir partes adyacentes del cuerpo o propagarse a otros órganos, proceso conocido como metástasis. Esta es la principal causa de muerte por cáncer. ^(1,3)

Existen diferencias sustanciales en la frecuencia relativa de tumores malignos según la región estudiada. Esta diferencia se hace más evidente al ajustar por el nivel de desarrollo y los recursos económicos de los diferentes países. Casi el 70% de las muertes en el mundo por cáncer se producen en los países de bajos y medianos ingresos; ⁽⁴⁾ Se prevé que las muertes por cáncer sigan aumentando en todo el mundo y alcancen la cifra de 13,1 millones en 2030. ⁽³⁾

En los países desarrollados, el cáncer es la segunda causa de muerte después de las enfermedades cardiovasculares. Los cánceres más frecuentes en los países denominados del primer mundo son los de mama, colon, recto, pulmón y próstata. En contraste, en países pobres o del tercer mundo, el cáncer cérvico uterino, estómago, esófago, faringe y hepático presentan las más altas tasas de incidencia. ⁽⁵⁾

Como lo hemos mencionado en un principio la incidencia de los diferentes tipos de cáncer es diferente en países del primer mundo y países pobres, estas diferencias están asociadas al acceso y la calidad de los servicios de salud, a la educación de la población para la detección temprana y al cambio de hábitos para disminuir la exposición a agentes potencialmente carcinógenos. ⁽⁶⁾

En nuestro país cuatro entidades representan 36 de cada 100 fallecimientos por tumores de tipo maligno: el Distrito Federal (10.7%), Estado de México (10.6%), Veracruz (7.8%) y Jalisco (7.3%). ⁽⁸⁾ En Xalapa, el cáncer cervico uterino tiene una tasa de mortalidad de 20.5, ocupando el 5º lugar a nivel nacional. ⁽¹²⁾ Se estima un incremento en el cáncer de mama cercano a 16,500 nuevos casos anuales para 2020.

Y para el año 2030, 12 millones de personas morirán por año si no actuamos inmediatamente, y mejoramos la prevención, detección y control del cáncer de manera oportuna. ^(1, 3, 7, 8, 13)

En cuanto al género se han visto cambios notorios a través del tiempo. De 1997 a 2005 se registró un ascenso en el porcentaje global de defunciones por tumores malignos, de un 11.6 a un 12.7 %, esta elevación porcentual fue más evidente en varones (9.9 a 11.3%) que en mujeres (13.9 a 14.5 %).

Cuatro millones de personas mueren de forma prematura cada año a causa del cáncer en todo el mundo, con edades comprendidas entre 30 y 69 años, en los lactantes y preescolares el cáncer ocupa el quinto lugar en defunciones, con el 6,1 %. ^(3,16) En el caso de las mujeres la mortalidad por cáncer de mama se duplicó en los últimos 20 años y en 2006 esta enfermedad se convirtió en la segunda causa de muerte en mujeres de 30 a 54 años de edad y en la primera causa de defunción por cáncer en mujeres en general. ⁽¹³⁾ En los hombres el cáncer de próstata se detecta mayormente de los 64 a 74 años. El cáncer de piel afecta más a hombres (proporción 2:1), sobre todo entre 55 y 75 años de edad, ya que en menos de 5% aparece antes de los 30 años de edad. ⁽¹⁹⁾

Aproximadamente un 30% de las muertes por cáncer son debidas a cinco factores de riesgo conductuales y dietéticos: índice de masa corporal elevado, ingesta reducida de frutas y verduras, falta de actividad física, consumo de tabaco y consumo de alcohol. ⁽³⁾

Las desigualdades entre prevalencia e incidencia entre los diferentes tipos de cáncer probablemente son debido a las complejas interacciones de los factores no modificables y los factores de riesgo modificables. ⁽¹³⁾ De hecho, cuando estos se combinan con los diferentes comportamientos individuales, las creencias y prácticas culturales, las condiciones socioeconómicas y los sistemas de salud, las diferencias globales de cáncer son inevitables. ⁽¹⁵⁾

El consumo de tabaco es el factor de riesgo más importante, y es la causa del 22% de las muertes mundiales por cáncer en general, y del 71% de las muertes

mundiales por cáncer de pulmón.⁽³⁾ Sin embargo, se prevé que una mayor frecuencia del consumo de tabaco, incrementará las muertes por cáncer de pulmón y el cáncer relacionados con el tabaco, los cuales aumentarán progresivamente.⁽²⁴⁾ Alrededor de 500 millones de personas que actualmente fuman, eventualmente morirán de causas asociadas con el tabaquismo.⁽²⁴⁾

Desde hace varios años, la Organización Mundial de la Salud ha recomendado que cada país desarrolle un plan nacional de lucha contra el cáncer. El plan de control del cáncer deben abordar los registros de cáncer y la prevención del cáncer, especialmente el control del tabaco, infecciones, dieta, el consumo de alcohol y actividad física. También debe incluir un conjunto completo de salud pública y el cribado de la población basados en programas de detección precoz.⁽⁶⁾

ANTECEDENTES.

El cáncer es un problema de salud mundial. Desde el inicio del siglo XXI, el cáncer ha sido la causa de más muertes que las reportadas durante la Segunda Guerra Mundial. ^(1,2)

El «Cáncer» es un término genérico que designa un amplio grupo de enfermedades que pueden afectar a cualquier parte del organismo; también se habla de «tumores malignos» o «neoplasias malignas». Una característica importante del cáncer es la multiplicación rápida de células anormales que se extienden más allá de sus límites habituales y pueden invadir partes adyacentes del cuerpo o propagarse a otros órganos, proceso conocido como metástasis. Ésta es la principal causa de muerte por cáncer. ⁽³⁾

Existen diferencias sustanciales en la frecuencia relativa de tumores malignos según la región estudiada. Esta diferencia se hace más evidente al ajustar por el nivel de desarrollo y los recursos económicos de los diferentes países. Casi el 70% de las muertes en el mundo por cáncer se producen en los países de bajos y medianos ingresos. ⁽⁴⁾ En el 2008 esta enfermedad causó 7,6 millones de defunciones (aproximadamente un 13% del total) y se prevé que las muertes por cáncer sigan aumentando en todo el mundo y alcancen la cifra de 13,1 millones en 2030. ⁽³⁾

En países desarrollados, el cáncer es la segunda causa de muerte después de las enfermedades cardiovasculares. Los cánceres más frecuentes en los países denominados del primer mundo son los de mama, colon, recto, pulmón y próstata. En contraste, en países pobres o del tercer mundo, el cáncer cérvico uterino, estómago, esófago, faringe y el hepático presentan las tasas de incidencia más altas. ⁽⁵⁾

En países subdesarrollados como África, India y países de América del Sur, la tasa de cáncer de pulmón en los hombres varía desde menos de 10 por cada 100 000 personas, en contraste con los Estados Unidos de Norteamérica en donde la tasa es de 80 por cada 100 000 personas. ⁽³⁾

El cáncer de mama ha sido considerado como una enfermedad de países desarrollados. Sin embargo, los datos indican que la tasa de incidencia en países de recursos medios y bajos está aumentando. ⁽⁵⁾ Hoy en día, se diagnostica un caso de cáncer de mama nuevo en el mundo aproximadamente cada 25 segundos y mueren de cáncer casi 7 millones de mujeres anualmente. ^(1, 7,8)

El cáncer cervico uterino es uno de los principales problemas de salud pública en el mundo, pues se estima que produce alrededor de 250,000 muertes por año, 80% de las cuales ocurre en países en vías de desarrollo, presentándose como la primera o segunda causa de mortalidad por cáncer en mujeres. ⁽⁹⁾

En algunas poblaciones, las mujeres están experimentando tasas extraordinariamente altas de cáncer de tiroides, 30 por cada 100 000 mujeres en algunas partes de Italia y 70 por 100 000 mujeres en la República de Corea. Esto contrasta con la tasa muy baja de menos del 3 por 100 000 en los países Bajos, China e India. ⁽³⁾

Como lo hemos mencionado en un principio la incidencia de los diferentes tipos de cáncer es diferente en países del primer mundo y países pobres, estas diferencias están asociadas al acceso y la calidad de los servicios de salud, a la educación de la población para la detección temprana y al cambio de hábitos para disminuir la exposición a agentes potencialmente carcinógenos. ⁽⁶⁾

En nuestro país no existen tasas de incidencia reales en cuanto a cáncer, debido a la ausencia de registros poblacionales. ⁽¹⁰⁾ Sin embargo las estadísticas reportan que los ocho tumores malignos más comunes son el cáncer de pulmón, mama, colon, recto, hígado estómago, próstata, cáncer cervico-uterino, y el esófago. ⁽⁵⁾

En el año 2002, los tumores malignos fueron la segunda causa de muerte en México; 58 599 personas fallecieron debido a esta patología, que en conjunto representó el 12,7 % de las defunciones en ese año. ⁽¹¹⁾ En el 2009, se registraron 12 millones de casos nuevos de cáncer y cerca de 8 millones de muertes por ésta causa. ⁽⁷⁾

De acuerdo con el volumen de la población, cuatro entidades representan 36 de cada 100 fallecimientos por tumores de tipo maligno: el Distrito Federal (10.7%), Estado de México (10.6%), Veracruz (7.8%) y Jalisco (7.3%). Los estados de Veracruz, Colima, Querétaro, Guerrero, Campeche, Puebla, Oaxaca, Chiapas, Tabasco, Yucatán y Quintana Roo presentan un mayor número de casos de cáncer cérvico uterino; a nivel nacional, cada año mueren 4,600 mujeres por este padecimiento, 380 cada mes, 12 cada día y una cada hora. ⁽⁸⁾

En Xalapa, el total de casos por cáncer cervico uterino y displasias reportadas en el 2008 fue de 3,389; registrando 39 casos por cáncer cervico uterino invasor. Resultando con una tasa de mortalidad de 20.5, ocupando el 5º lugar a nivel nacional. ⁽¹²⁾

En México, las muertes por cáncer de mama están sobrepasando a las muertes por cáncer cervico uterino. La mayoría de los casos de cáncer de mama se auto detecta y sólo 10% de todos los casos se identifica en etapa I. ⁽¹³⁾ La tasa de incidencia en el 2008 del cáncer de mama fue de 27,2 casos por cada 100.000 habitantes, con una tasa de mortalidad de 10,1 por 100.000 habitantes. En el 2009 se produjeron en nuestro país 4,451 decesos por cáncer de mama, uno cada dos horas. ^(14, 15) Se estima un incremento en el cáncer de mama cercano a 16,500 nuevos casos anuales para 2020. Y para el año 2030, 12 millones de personas morirán por año si no actuamos inmediatamente, y mejoramos la prevención, detección y control del cáncer de manera oportuna. ^(1, 3, 7, 8, 13)

Estas estadísticas nacionales son un llamado a la acción. Es necesaria la colaboración internacional y nacional en todos los sectores para mejorar el control del cáncer y de invertir la tendencia. ^(1,7,8)

En cuanto al género mayormente afectado se han visto cambios notorios a través del tiempo. De 1997 a 2005 se registró un ascenso en el porcentaje global de defunciones por tumores malignos, de un 11.6 a un 12.7 %, esta elevación porcentual fue más evidente en varones (9.9 a 11.3%) que en mujeres (13.9 a 14.5 %).



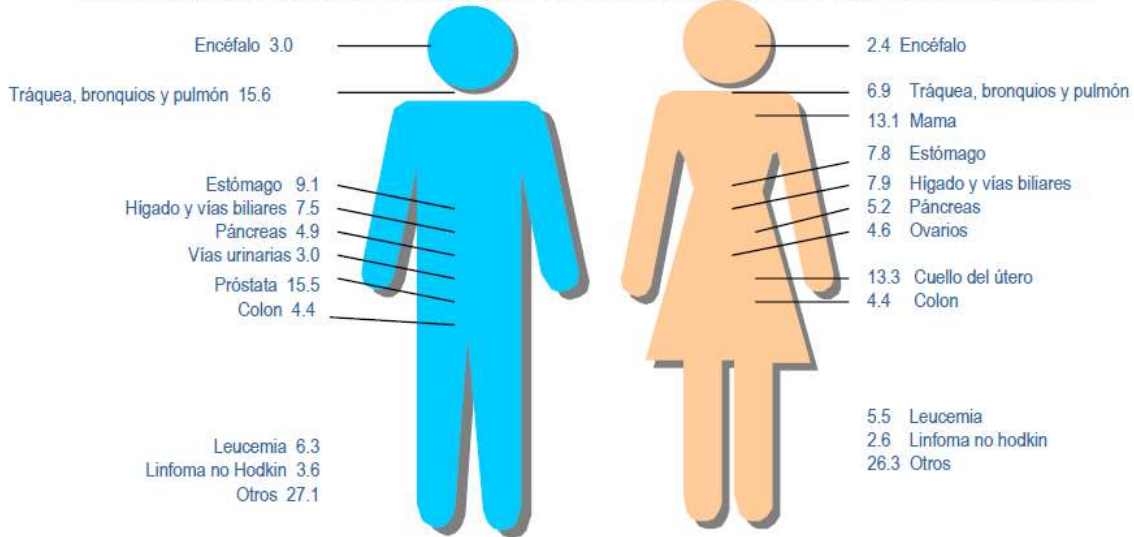
Nota: El porcentaje está en relación con el total de defunciones registradas en cada año, en general y por sexo.
Fuente: INEGI. Estadísticas Vitales, 1997-2005.

Los varones representaron el 11,3 % y las mujeres el 14,5 % de las defunciones por tumores malignos. Las causas de muerte por cáncer más comunes en las mujeres fueron cáncer cervico uterino con el 13,3 % y de mama con el 13,1 %. Entre los hombres, las etiologías fueron principalmente tráquea, bronquios y pulmón con el 15,6 % y próstata con el 14,8 %. ⁽¹¹⁾

En nuestro país existe relación hombre / mujer de 2:1 para el cáncer de pulmón, en quienes el 41,2 % de los hombres y el 18,2 % de las mujeres son fumadores. Los hombres tienen una tasa de incidencia de cáncer de pulmón 4 a 6 veces mayor que las mujeres. ⁽¹⁶⁾.

En la imagen siguiente se muestra la distribución porcentual, según el tipo de tumor maligno por sexo. En los varones, las tres principales causas de muerte por tumores malignos en el año 2005 correspondieron a los de: tráquea, bronquios y pulmón (15.6%), próstata (15.5%) y estómago (9.1 %). En la mujer cáncer cervico uterino (13.3%), mama (13.1%) hígado y vías biliares (7.9%). ⁽¹⁷⁾

Distribución porcentual de las principales causas de defunción por tumores malignos según sexo, 2005



La distribución es para cada sexo
Fuente: INEGI. Estadísticas Vitales, Base de datos 2005

Lo anterior indica desgraciadamente que las causas malignas de muerte en la población mexicana son en su mayoría prevenibles (CaCu y pulmón), y detectables (mama y próstata), lo que implica un fuerte compromiso de salud pública que debe ser considerada una verdadera urgencia, sobre todo si se toma en cuenta la pérdida de años por individuo fallecido y más aún en las mujeres donde la pérdida de años/vida es superior a los 20 años. ⁽¹⁶⁾

Cuatro millones de personas mueren de forma prematura cada año a causa del cáncer en todo el mundo (con edades comprendidas entre 30 y 69 años). Si analizamos por grupos de edad, en los lactantes y preescolares el cáncer ocupa el quinto lugar en defunciones, con el 6,1 %. ^(3,16) Cada año se diagnostican más de 160,000 casos de cáncer en niños y se estima que cerca de 90,000 de éstos morirán. Aunque esas cifras representan un porcentaje reducido del total de muertes por cáncer, cerca del 80 por ciento de esos niños en los países en desarrollo no tiene acceso a un tratamiento eficaz y uno de cada dos muere por esa causa. ⁽¹⁷⁾ En el año 2002 en los escolares las neoplasias fueron la segunda causa con el 15,1 % y en adolescentes y adultos jóvenes la tercera con el 7,8 %. ^(11, 16, 27) No se conoce su frecuencia por la falta de un registro con base poblacional. Las principales neoplasias

para el grupo de 15 a 19 años de edad son los tumores del sistema nervioso central, las leucemias, los linfomas, los tumores óseos, los de células germinales y carcinomas. ^(18, 29,30)

En el caso de las mujeres la mortalidad por cáncer de mama se duplicó en los últimos 20 años y en 2006 esta enfermedad se convirtió en la segunda causa de muerte en mujeres de 30 a 54 años de edad y en la primera causa de defunción por cáncer en mujeres en general. ⁽¹³⁾

En los hombres el cáncer de próstata se detecta mayormente de los 64 a 74 años. El cáncer de piel afecta más a hombres (proporción 2:1), sobre todo entre 55 y 75 años de edad, ya que en menos de 5% aparece antes de los 30 años de edad. ⁽¹⁹⁾

En pacientes ancianos se ha observado que hay neoplasias con un comportamiento más agresivo y maligno ⁽²⁰⁾ como puede ocurrir en el caso de la leucemia mieloide aguda, el linfoma no Hodgking de célula grande, el glioblastoma y el sarcoma osteogénico. ^(4, 31)

Aproximadamente un 30% de las muertes por cáncer son debidas a cinco factores de riesgo conductuales y dietéticos entre los que podemos mencionar el índice de masa corporal elevado, ingesta reducida de frutas y verduras, falta de actividad física, consumo de tabaco y consumo de alcohol. ⁽³⁾

Las desigualdades entre prevalencia e incidencia entre los diferentes tipos de cáncer probablemente son debido a las complejas interacciones de los factores de riesgo modificables y no modificables. ⁽¹³⁾ De hecho, cuando estos factores se combinan con los diferentes comportamientos individuales, las creencias, prácticas culturales, las condiciones socioeconómicas y los sistemas de salud, las diferencias de prevalencia e incidencia globales de cáncer son inevitables. ⁽¹⁵⁾

Los cánceres causados por infecciones víricas, tales como las infecciones por virus de las hepatitis B (VHB) y C (VHC) o por virus del papiloma humano (VPH), son responsables de hasta un 20% de las muertes por cáncer en los países de ingresos

bajos y medios. ⁽³⁾ Mientras que más del 40% de todos los cánceres en el mundo occidental se deben al consumo de tabaco y la mala alimentación. ⁽⁴⁾

Muchos de los factores de riesgo para el cáncer de mama no son modificables: edad, factores reproductivos, historia familiar (5% al 10% son hereditarios) y alteraciones genéticas que asociados a los tratamientos hormonales prolongados aumentan el riesgo. ^(21,22) Se asegura que existe una estrecha relación entre la ingestión de alcohol y el cáncer de mama. El efecto del alcohol en la génesis de esta afección no está definido; según los resultados de algunas investigaciones, este puede estar provocado por la acción directa de los productos del etanol sobre las membranas celulares del epitelio mamario, o por la lesión del tejido hepático cuya insuficiencia permite que se incrementen los estrógenos y estos, a su vez, ejercen una acción favorecedora del cáncer en las mamas. La diabetes mellitus se relaciona con un considerable aumento de peso y se asocia a trastornos hepáticos por cirrosis grasa, pues la grasa corporal es productora de estrógenos, lo cual también puede provocar la aparición de lesiones mamarias pre-malignas, teniendo como antecedente una displasia mamaria. ⁽²³⁾

El consumo de tabaco es el factor de riesgo más importante, por ser la causa responsable del 22% de las muertes a nivel mundial por cáncer en general, y del 71% de las muertes mundiales por cáncer de pulmón. ⁽³⁾ Sin embargo, se prevé que una frecuencia mayor en el consumo de tabaco, incrementará las muertes por cáncer de pulmón. ⁽²⁴⁾

Alrededor de 500 millones de personas que actualmente fuman, eventualmente morirán de causas asociadas con el tabaquismo. Las tasas de mortalidad son 10 a 15 veces más elevadas para fumadores crónicos. ⁽²⁴⁾ La exposición al humo de leña es el principal factor de riesgo de cáncer pulmonar en población no fumadora. La exposición pasada o actual al humo de leña se asocia con pacientes con cáncer pulmonar RM = 2.0 [IC95% 1.6-2.6] p < 0.0001. ⁽²⁵⁾ Estadísticas sobre el cáncer pulmonar en América del Norte y en algunos países europeos muestran una disminución significativa en la tasa de cáncer de pulmón que apunta a la efectividad de las políticas de control y regulación del tabaco. El tabaco es un factor de riesgo para la salud que requiere

mayor decisión política del Estado Mexicano para eliminarlo. A pesar de que el cáncer se puede prevenir si se eliminan factores de riesgo como tabaco y alcohol, las intervenciones de mayor costo-beneficio social son la educación y la promoción de la salud. ^(4, 24)

La probabilidad de padecer cáncer de piel aumenta con el envejecimiento y la exposición a rayos ultravioleta; sin embargo, durante las dos últimas décadas se ha incrementado en adultos jóvenes. ⁽¹⁹⁾

Desde hace varios años, la Organización Mundial de la Salud ha recomendado que cada país desarrolle un plan nacional de lucha contra el cáncer. ⁽⁶⁾ El plan de control del cáncer deben abordar los registros de cáncer, la prevención del cáncer, especialmente el control del tabaco, infecciones, dieta, el consumo de alcohol y actividad física. También debe incluir un conjunto completo de salud pública y el cribado de la población basados en programas de detección precoz. El enfoque de atención de salud debe incluir intervenciones de alta calidad en la atención de salud con un equipo multidisciplinario y multiprofesional. La educación, capacitación y transferencia de conocimientos son esenciales en la prestación de la atención de calidad, la investigación activa y la innovación que impulsa el progreso. ⁽⁵⁾

Existen numerosos obstáculos para el control del cáncer. El control del cáncer está íntimamente ligado a la situación económica; La falta de recursos, ya sean materiales o humanos, la falta de una infraestructura eficaz del cuidado de la salud se encuentra entre los principales obstáculos económicos para el control del cáncer. El registro de pacientes con cáncer es esencial para planificar adecuadamente la base de recursos y planes de control del cáncer que son necesarios para proporcionar una atención integral. El diagnóstico de cáncer todavía se asocia a la vergüenza y la percepción negativa. En países en desarrollo se cree ampliamente que el diagnóstico de cáncer es igual a muerte esto sirve como una gran barrera para la promoción de la prevención, detección temprana. ⁽¹⁾

La lucha contra el cáncer puede ser muy exitosa si se toman medidas preventivas como hacer ejercicio físico, control del peso y la reducción del consumo

de alcohol y tabaco. ⁽²¹⁾ Se estima que hasta un 30% de las muertes por cáncer se pueden prevenir. Desde el año 2006, sólo 22% de las mujeres de 40 a 69 años se sometieron a una mamografía. ⁽²⁶⁾

El registro de cáncer es un sistema de información diseñado para recolectar, almacenar, analizar y disponer de los datos de los cánceres que se presentan en una determinada población. Aunque puede haber registros hospitalarios que pueden servir para la evaluación de la supervivencia de los pacientes o la efectividad de los tratamientos, los registros más útiles son los de base poblacional, que permiten estimar la frecuencia de las enfermedades crónicas en una comunidad. La recolección de información sobre cáncer debe estar encaminada a cumplir los propósitos generales de establecer y mantener un sistema de datos que permita conocer el impacto de la enfermedad en la población de estudio; servir como una fuente de información para la educación e investigación del cáncer y proveer ese conocimiento a las autoridades de salud para la planeación y evaluación de programas de prevención y control. Se deben incluir todas las fuentes detectadas para obtener toda la información posible a fin de incluir un caso nuevo como completo. ⁽⁴⁾

Es natural que el diagnóstico definitivo se obtenga de los informes de patología, pero quizá ellos carezcan de información demográfica indispensable. ⁽¹⁸⁾ Además, para que la información sea útil, el registro debe tener y cumplir estándares que garanticen su confiabilidad, por tanto debe ser:

1. Exhaustivo, esto es, que se tomen medidas para que no haya sub-registro.
2. Perdurable, o sea, que permanezca en el tiempo para una mejor monitorización de la enfermedad.
3. Comparable con otros registros.

Estas estadísticas son un llamado a la acción. La colaboración internacional en todos los sectores es necesaria para prevenir, detectar oportunamente y mejorar el control del cáncer y de revertir la tendencia descrita. ^(11, 27,28)

JUSTIFICACIÓN.

El cáncer es un problema de salud a nivel mundial y constituye la segunda causa de muerte en la población general después de las enfermedades cardiovasculares la OMS ha recomendado que cada país desarrolle un plan nacional de lucha contra el cáncer, sin embargo esto no se ha podido lograr debido a que uno de sus principales problemas en el estudio del cáncer es la dificultad en el registro de los casos y la poca información sobre las características epidemiológicas (tiempo, lugar y persona) de estos pacientes.

Considerando el incremento de casos de cáncer y que en la UMF 66 hasta el momento se desconocen las características clínicas y epidemiológicas que presentan estos pacientes es de interés iniciar una línea de investigación al respecto.

OBJETIVO GENERAL.

Determinar las características clínicas y epidemiológicas de los pacientes con cáncer adscritos a la UMF 66 en el periodo de marzo del 2012 a septiembre 2013

OBJETIVOS ESPECÍFICOS.

1. Determinar las características clínicas
 - 1.1. Tipo de cáncer.
 - 1.2. Año de diagnóstico.
 - 1.3. Resultado de estudio histopatológico.
 - 1.4. Tiempo de evolución.
 - 1.5. Sintomatología inicial.
 - 1.6. Sintomatología actual.
 - 1.7. Tipo de tratamiento otorgado. (médico, quirúrgico o radioterapia).
 - 1.8. Comorbilidades.
 - 1.9. Condición actual (vivo o muerto).
2. Determinar las características epidemiológicas.
 - 1.1. Edad.
 - 1.2. Sexo.
 - 1.3. Escolaridad.
 - 1.4. Lugar de residencia.
 - 1.5. Tabaquismo.
 - 1.6. Alcoholismo.
 - 1.7. Infecciones relacionadas.
 - 1.8. Actividad física.
 - 1.9. Antecedentes heredo familiares de cáncer.
3. Determinar las características familiares.
 - 3.1. Tipología familiar.
 - 3.2. Pobreza familiar (ISPF).

MATERIAL Y MÉTODO.

DISEÑO:

Encuesta descriptiva retro prospectiva.

LUGAR:

Unidad de Medicina Familiar No. 66 IMSS Xalapa, Ver.

TIEMPO:

Mayo 2011- Diciembre2013

POBLACIÓN:

Pacientes con diagnóstico de cáncer adscritos a la UMF 66

SELECCIÓN DE LA POBLACIÓN.

Criterios de inclusión:

1. Masculinos y femeninos.
2. De 20 a 90 años de edad.
3. Diagnóstico de cáncer confirmado por estudio histopatológico en el periodo 2002 a 2012.
4. Que contaran con expediente electrónico.
5. Consentimiento informado.

Criterios de eliminación:

1. Pacientes que no se puedan localizar o expedientes incompletos.

VARIABLES (ANEXO 4)

Variable dependiente.

Cáncer: Pacientes con diagnóstico histopatológico de cáncer.

ANÁLISIS ESTADÍSTICO.

Se obtuvo la frecuencia absoluta y relativa de cada una de las variables de estudio, medidas de tendencia central y de dispersión. Se elaboraron tablas y gráficas. Se utilizó el programa de Excel versión 2007

NÚMERO DE REGISTRO.

El proyecto fue aprobado por el comité local de investigación con el registro: R-2013-3004-3 ; folio: F-2012-304-27.

PROGRAMA DE TRABAJO.

Se solicitó en el archivo clínico de la UMF 66 un listado de los pacientes con diagnóstico de cáncer de primera vez o subsecuente. Se aplicaron los siguientes criterios de inclusión: Masculinos y femeninos de 20 a 90 años de edad, diagnóstico de cáncer confirmado por estudio histopatológico dentro del periodo 2002 a 2012, que contaran con expediente electrónico completo y consentimiento informado. En cuanto a criterios de eliminación: Pacientes que no se pudieran localizar o expedientes incompletos.

Mediante el expediente electrónico se buscaba a cada paciente con el fin de obtener el día de su próxima cita y número de consultorio para poder llevar a cabo la investigación. Se reunió una muestra de 259 pacientes.

Se elaboró una base de datos con los nombres, diagnóstico y consultorio. Se les dio seguimiento en la consulta externa de oncología en el Hospital General de Zona 11 y en la consulta de Medicina Familiar en la UMF 66.

Se elaboró un cuestionario que incluía preguntas para obtener las características socio-demográficas y clínicas de cada paciente, el cuestionario contaba de 20 ítems y se aplicaba en promedio de 20 min.

Posteriormente se obtuvo del expediente electrónico la fecha de diagnóstico, diagnóstico histopatológico, tratamiento inicial y actual, durando en promedio 30 minutos por cada revisión.

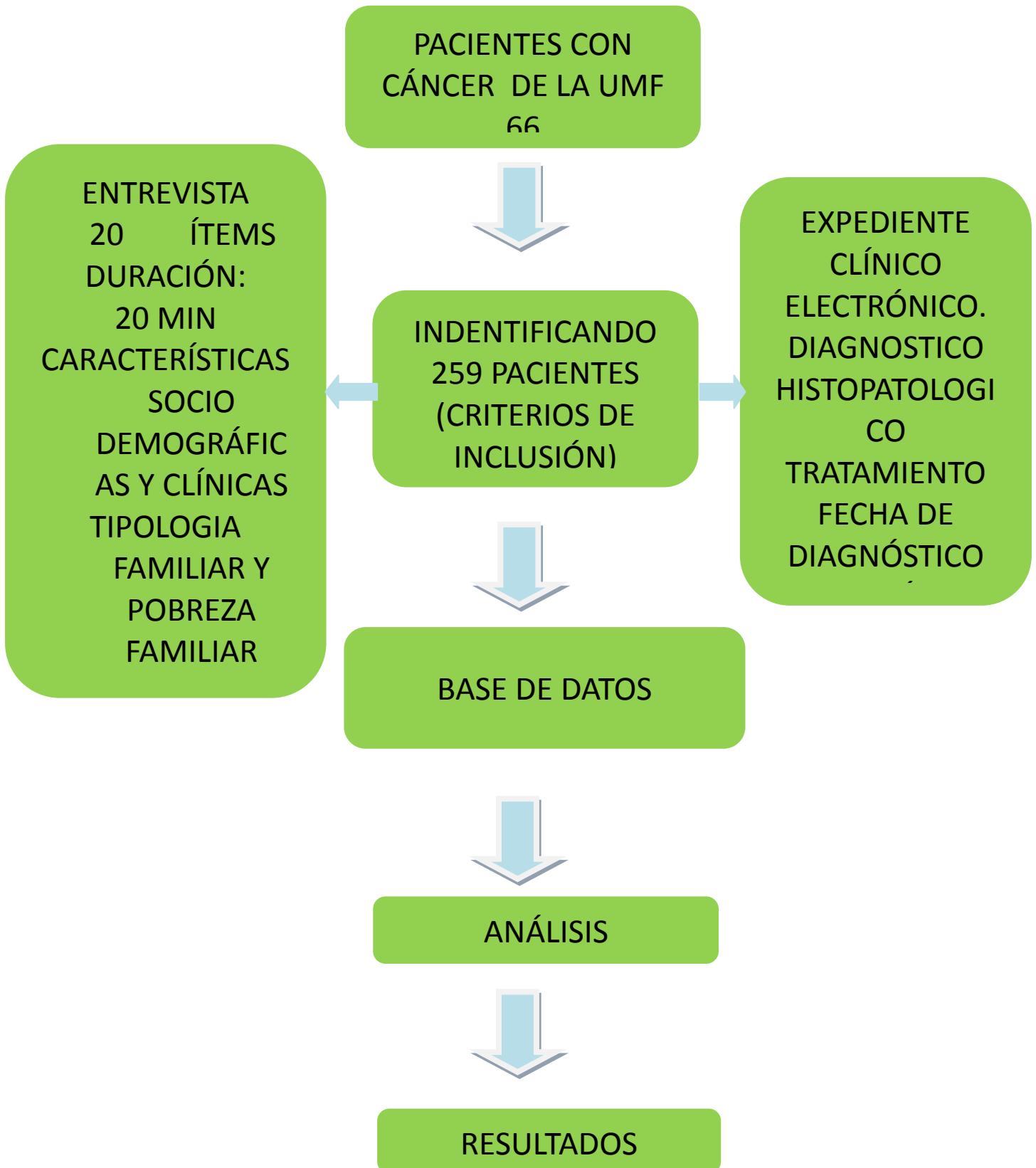
En los casos en que el diagnóstico histopatológico no estuviera reportado en el expediente electrónico fue necesario acudir al laboratorio de patología para obtener dicho diagnóstico.

Para la tipología y el índice de pobreza familiar se realizó una entrevista directa a los pacientes, aplicada también en la consulta externa de Oncología y Medicina Familiar de aproximadamente 20 min de duración.

Cuando se obtuvo toda la información conformada en las hojas de recolección de datos se capturó en una base de datos previamente diseñada para este estudio.

El análisis estadístico constó de obtener frecuencias absolutas y relativas de cada una de las variables de estudio y medidas de tendencia central. Se utilizó el programa de Excel versión 2007.

PROGRAMA DE TRABAJO



RESULTADOS.

De un total de 259 pacientes con diagnóstico de cáncer, 69% fueron del sexo femenino y 31% del masculino, con respecto a la edad el 11 % fue de 20 a 40 años, 41%, de 41 a 60 años, 48% de 61 años y más. El promedio de edad fue de 59.5 años (rango de edad de 20 años a 92 años). En relación a la escolaridad el 11% analfabeta, 31% estudió primaria, 25 % secundaria, 14% preparatoria, y 20% universidad. En ocupación, el 42% refirió dedicarse a las labores del hogar, 21% empleado, 18% pensionado, 13% profesionista, 4% campesino, 1% obrero y 1% otros. En lo que respecta al estado civil 63% fueron casados, 14% viudos, 11% solteros, 8% unión libre, 4% divorciados. El 89% vivía en un medio urbano y 11% rural. El 87% negó realizar actividad física y el 13% si lo realizaba; de estos el 76% realizaba caminata, 6% corría, 18% otro como bicicleta, aerobics, zumba, natación. (Tabla 1)

En relación a la comorbilidad el 19% tenía hipertensión arterial, 10% diabetes e hipertensión, 6% diabetes mellitus, 2% enfermedad autoinmune, 2% insuficiencia renal, 2% cardiopatía, 2% hipotiroidismo, 2% enfermedades respiratorias, 7% otras (glaucoma, Parkinson, condromalacia y depresión) y el 49% negó antecedentes de enfermedades crónicas. En cuanto a antecedente de infecciones el 7% presentó VPH, 2% VIH, 1% Helicobacter pilory y el 90% negó algún tipo de infección. Dentro de los pacientes con cáncer el 29% refirió el antecedente familiar de cáncer: distribuidos según el parentesco de la siguiente manera: 11 % abuelos, 28% padres, 24 % hermanos, 22% otro pariente como hija, tíos o primos, el 13% refirió tener dos familiares con cáncer, 3 % tres familiares o más. En cuanto al tipo de cáncer de los familiares: 16 % fue el cáncer cervico uterino, 27 % cáncer de mama, 13% cáncer de próstata, 7 % cáncer pulmonar, 19% cáncer de tubo digestivo, 5% cáncer de hígado y 13 % otros como cáncer gástrico, leucemia y cáncer de vejiga (Tabla 2)

En las toxicomanías, el 47% refirió fumar, 43 % inició en el rango de 12 a 18 años, 36% de 19 a 25 años, 21 % a los 26 y más años de edad; en cuanto a la edad de término del tabaquismo el 13 % de 17 a 30 años, 36 % de 31 a 45 años. 34% de 46 a 60 años. 17 % abandonó el tabaquismo a los 61 años y más; en cuanto al tiempo de

tabaquismo 19 % fumó de 1 a 10 años, 17 % de 11 a 20 años, 28 % de 21 a 30 años, 19 % de 31 a 40 años y el 17 % refirió fumar durante 41 años y más, obteniendo con estos datos el Índice tabáquico: 77 % sin riesgo, 9 % riesgo moderado, 9 % riesgo intenso y 6 % alto riesgo. En relación al alcoholismo: se presentó en un 12 %. El 43% inició de 13 a 18 años, 43 % de los 19 a 25 años, 13 % de 26 años y más. La edad en la que suspendieron el alcoholismo fue en un 40 % de 20 a 40 años, 40 % de 41 a 60 años, 20 % lo suspendió a los 61 años y más de edad. En cuanto el tiempo de evolución el 20% ingirió bebidas alcohólicas entre 9 y 19 años. 33 % de 20 a 30 años y el 47 % por más de 31 años. (Tabla 3)

El Tipo de cáncer reportado en nuestra muestra fue en primer lugar con un 37 % el cáncer de mama (44 % seno derecho y 46 % seno izquierdo), 14 % cáncer cervico uterino, 11% cáncer de próstata, 8 % cáncer de piel y tejidos blandos, 5 % cáncer de colon, 4 % linfoma y leucemia, 3 % cáncer renal, 3 % cáncer de ovario, 2 % cáncer testicular, 2 % cáncer de endometrio, 2 % cáncer de tiroides, 1 % cáncer pulmonar, 1 % cáncer de hígado, 1 % cáncer de vejiga y 4 % otros como swanoma, glioblastoma, páncreas y faringe. (Tabla 4)

Los síntomas iniciales en el cáncer de mama fueron en un 80% un nódulo en glándula mamaria, 11% refirió mastalgia, 2% adenopatía, 2 % secreción por el pezón, 1% retracción del pezón, y 4% tuvo más de 3 síntomas de los previamente descritos. Dentro de los síntomas actuales el 3% refirió mastalgia, 7% síndrome de desgaste (astenia, adinamia y anorexia), 7% habían sido recientemente operadas, 5% presentaba metástasis, y 71% refirió estar asintomática. (Tabla 5)

Los síntomas iniciales en el caso de cáncer cervico uterino fueron en un 51% sangrado transvaginal, 11% cervicitis crónica, 3% dolor abdominal, 3% síndrome de desgaste y 11% asintomáticas (detectadas en DOC). Actualmente los síntomas referidos fueron en un 23% síndrome de desgaste, 8% metástasis, 23 % otros síntomas como anemia, hematuria, depresión etc. El 46% se encontró asintomático. (Tabla 5)

En el caso del cáncer de próstata los síntomas iniciales fueron en un 4% tenesmo vesical, 7% hematuria, 18% retención aguda de orina, 21% nicturia, 7% síndrome de desgaste, 4% metástasis, 36 % refirió más de 3 síntomas prostáticos, 4% otros. En la sintomatología actual el 7% refirió tenesmo vesical, 4 % retención aguda de orina, 11% nicturia, 14 % síndrome de desgaste, 7 % metástasis, 7 % otros síntomas y 50% se encontraba asintomáticos. (Tabla 5)

Los síntomas iniciales en el cáncer de piel y tejidos blandos fueron en un 30 % una neoformación, 30% un nevo, 25% ulcera sangrante, 15% tumoración. Actualmente refirieron en 15% ulcera sangrante, 5% metástasis y 80% asintomático. (Tabla 5)

Los síntomas iniciales en el caso del cáncer de colon el 14% refirió síndrome de desgaste, 21% diarrea crónica, 21% dolor abdominal, 14% hematoquecia, 14% estreñimiento y 14 % disquecia. Actualmente el 43% refirió síndrome de desgaste, 7% diarrea crónica, 7% dolor abdominal, 7% estreñimiento, 7% disquecia, 7% metástasis, el 21% refirió estar asintomático. (Tabla 5)

El tratamiento inicial otorgado a nuestros pacientes fue: 33% quirúrgico, 7% quimioterapia, 2 % radioterapia, 6 % conservador, 9 % radioterapia y cirugía, 24 % recibió la combinación de quimioterapia - cirugía - radioterapia, 12% quimioterapia-quirúrgico, 5% quimioterapia- radioterapia, 1% ninguno. El tratamiento actual fue en un 53% conservador, 53% ninguno, 8% quimioterapia, 3% quirúrgico, 1% radioterapia. (Tabla 6)

La distribución por año de la detección fue la siguiente: el 5% de los pacientes fueron diagnosticado en el 2002, el 5% en el 2003, 4% fue diagnosticado en el 2004, 8 % en el 2005, 4 % en el 2006, 6 % en el 2007, 8 % en el 2008, 7 % en el 2009, 14 % en el 2010, 20% en el 2011 y 18% en el 2012. Solo en el 2004 se presentó mayormente detección de cáncer cervico uterino con 7 casos, en el 2007 el mayor porcentaje de cáncer registrado fue de próstata, el resto de los año el cáncer de mama fue el principal. (Grafico 1)

En cuanto a tipología familiar se distribuyeron de la siguiente manera: según parentesco el 32% fue nuclear simple, 23% extensa, 11% nuclear, 10% nuclear

numerosa, 9% mono parental, 7% extensa compuesta, 5% mono parental extendida, 2% no parental, 1% reconstruida. Presencia física: 50% núcleo integrado, 25% núcleo no integrado, 13% extensa descendente, 9% extensa ascendente, 2% extensa colateral, 10% nuclear numerosa. Por su demografía: 88% urbana, 9% rural, 2% suburbana. Por su desarrollo: 65% tradicional y 35% moderna. Con base a su ocupación: 53% empleada, 20% profesional, 9% campesina, 9% obrera y 9% comerciante. (Tabla 7)

Finalmente el Índice de pobreza familiar: 70% sin evidencia de pobreza familiar, 28% pobreza baja, 2% pobreza alta. (Tabla 8)

TABLA 1
CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DE PACIENTES CON CÁNCER
ADSCRITOS A LA UMF 66, 2012-2013.

| CARACTERÍSTICAS | | n= 259 | % |
|------------------|-------------------|--------|----|
| GÉNERO | Mujer | 178 | 69 |
| | Hombre | 81 | 31 |
| EDAD | 20 a 40 años | 28 | 11 |
| | 41 a 60 años | 107 | 41 |
| | 61 y más años | 124 | 48 |
| ESCOLARIDAD | Analfabeta | 29 | 11 |
| | Primaria | 79 | 31 |
| | Secundaria | 64 | 25 |
| | Preparatoria | 36 | 14 |
| | Universidad | 51 | 20 |
| OCUPACIÓN | Labores del hogar | 108 | 42 |
| | Empleado | 54 | 21 |
| | Pensionado | 46 | 18 |
| | Profesionista | 34 | 13 |
| | Campesino | 11 | 4 |
| | Obrero | 3 | 1 |
| | Otro | 3 | 1 |
| ESTADO CIVIL | Casado | 164 | 63 |
| | Viudo | 35 | 14 |
| | Soltero | 28 | 11 |
| | Unión libre | 21 | 8 |
| | Divorciado | 11 | 4 |
| RESIDENCIA | Urbano | 231 | 89 |
| | Rural | 28 | 11 |
| ACTIVIDAD FÍSICA | No | 226 | 87 |
| | Si | 33 | 13 |
| | Caminata | 25 | 76 |
| | Correr | 2 | 6 |
| | Otro | 6 | 18 |

Fuente: Entrevista, expediente clínico y electrónico.

n=número; %= porcentaje

TABLA 2
CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS DE PACIENTES CON CÁNCER
ADSCRITOS A LA UMF 66, 2012-2013.

| CARACTERÍSTICAS | | n=259 | % | |
|------------------------------------|-----------------------------------|----------------|----|----|
| COMORBILIDADES | Hipertensión arterial (HAS) | 49 | 19 | |
| | DM/HAS | 25 | 10 | |
| | Diabetes mellitus (DM) | 16 | 6 | |
| | Enfermedad autoinmune. | 6 | 2 | |
| | Insuficiencia renal | 5 | 2 | |
| | Enfermedad respiratoria. | 5 | 2 | |
| | Hipotiroidismo | 5 | 2 | |
| | Cardiopatía | 4 | 2 | |
| | Otras | 18 | 7 | |
| | Ninguno | 126 | 49 | |
| ANTECEDENTE DE INFECCIONES PREVIAS | Virus del papiloma humano | 18 | 7 | |
| | Virus de inmunodeficiencia humana | 4 | 2 | |
| | Helicobacter pilory | 3 | 1 | |
| | Ninguna | 234 | 90 | |
| ANTECEDENTE DE FAMILIAR CON CÁNCER | No | 183 | 71 | |
| | Si | 76 | 29 | |
| | | Padres | 21 | 28 |
| | | Hermanos | 18 | 24 |
| | | Abuelos | 8 | 11 |
| | | Otro pariente | 17 | 22 |
| | | Dos familiares | 10 | 13 |
| | Tres familiares | 2 | 3 | |
| TIPO DE CÁNCER FAMILIAR | Cáncer cervico uterino | 14 | 16 | |
| | Cáncer de mama | 23 | 27 | |
| | Cáncer de próstata | 11 | 13 | |
| | Cáncer pulmonar | 6 | 7 | |
| | Cáncer de tubo digestivo | 16 | 19 | |
| | Cáncer de hígado | 4 | 5 | |
| | Otros | 11 | 13 | |

Fuente: Entrevista, expediente clínico y electrónico.
n=número; %= porcentaje

TABLA 3
TOXICOMANÍAS DE PACIENTES CON CÁNCER
ADSCRITOS A LA UMF 66, 2012-2013.

| CARACTERÍSTICAS | | n=259 | % | |
|--|-----------------------------------|--------------------------|-----|----|
| ANTECEDENTE DE TABAQUISMO | No | 212 | 82 | |
| | Si | 47 | 18 | |
| ÍNDICE TABÁQUICO Y TIPO DE CÁNCER RELACIONADO | Sin riesgo | 36 | 77 | |
| | Riesgo moderado | 4 | 9 | |
| | | Cáncer de colon | 2 | 50 |
| | | Linfoma | 2 | 50 |
| | Riesgo intenso | 4 | 9 | |
| | | Cáncer renal | 1 | 25 |
| | | Cáncer de próstata | 1 | 25 |
| | | Cáncer de mama | 2 | 50 |
| | Alto riesgo | 3 | 6 | |
| | | Cáncer de próstata | 1 | 33 |
| | | Linfoma | 1 | 33 |
| | | Cáncer pulmonar | 1 | 33 |
| | ANTECEDENTE DE ALCOHOLISMO | No | 229 | 88 |
| | Si | 30 | 12 | |
| TIEMPO DE ALCOHOLISMO Y TIPO DE CÁNCER RELACIONADO. | 9 a 19 años | 6 | 20 | |
| | | Piel y tejidos blandos | 3 | 50 |
| | | Cáncer de próstata | 2 | 33 |
| | | Cáncer de tubo digestivo | 1 | 17 |
| | 20 a 30 años | 10 | 33 | |
| | | Cáncer de próstata | 5 | 50 |
| | | Cáncer de tubo digestivo | 4 | 40 |
| | | Cáncer renal | 1 | 10 |
| | 31 años y más | 14 | 47 | |
| | | Cáncer de próstata | 3 | 21 |
| | Cáncer de tubo digestivo | 3 | 21 | |
| | Cáncer renal | 2 | 2 | |

Fuente: Entrevista, expediente clínico y electrónico.
n=número; %= porcentaje

TABLA 4
TIPO DE CÁNCER DE PACIENTES ADSCRITOS
A LA UMF 66, 2012-2013.

| TIPO DE CÁNCER | n =259 | | % | |
|----------------------------------|-----------|----|----|----|
| CÁNCER DE MAMA | | | 95 | 37 |
| | Derecho | 42 | 44 | |
| | izquierdo | 53 | 56 | |
| CÁNCER CERVICO UTERINO | | | 35 | 14 |
| CÁNCER DE PRÓSTATA | | | 28 | 11 |
| CÁNCER DE PIEL Y TEJIDOS BLANDOS | | | 20 | 8 |
| CÁNCER DE COLON | | | 14 | 5 |
| LINFOMA/ LEUCEMIA | | | 10 | 4 |
| CÁNCER RENAL | | | 9 | 3 |
| CÁNCER DE OVARIO | | | 8 | 3 |
| CÁNCER TESTICULAR | | | 6 | 2 |
| CÁNCER ESÓFAGO Y ESTÓMAGO | | | 5 | 2 |
| CÁNCER DE ENDOMETRIO | | | 5 | 2 |
| CÁNCER DE TIROIDES | | | 4 | 2 |
| CÁNCER PULMONAR | | | 3 | 1 |
| CÁNCER DE HÍGADO Y VÍAS BILIARES | | | 3 | 1 |
| CÁNCER DE VEJIGA | | | 3 | 1 |
| OTROS | | | 11 | 4 |

Fuente: Entrevista, expediente clínico y electrónico.
n=número; %= porcentaje

TABLA 5
SÍNTOMAS PRINCIPALES DE LOS CINCO TIPOS DE CÁNCER MÁS
FRECUENTES EN PACIENTES ADSCRITOS A LA UMF 66, 2012-2013

| CÁNCER DE MAMA | | n= 95 | | % | | n= 95 | | % | |
|---|--|----------------|--|---------------|--|--------------|--|----------|--|
| SÍNTOMAS | | INICIAL | | ACTUAL | | | | | |
| NÓDULO | | 76 | | 80 | | - | | - | |
| MASTALGIA | | 10 | | 11 | | 3 | | 3 | |
| ADENOPATÍAS | | 2 | | 2 | | - | | - | |
| SECRECIÓN | | 2 | | 2 | | - | | - | |
| RETRACCIÓN DEL PEZÓN | | 1 | | 1 | | - | | - | |
| METÁSTASIS | | - | | - | | 5 | | 5 | |
| ASINTOMÁTICA | | - | | - | | 67 | | 71 | |
| OTROS | | - | | - | | 6 | | 6 | |
| CÁNCER CERVICOTERINO | | n= 35 | | % | | n= 35 | | % | |
| SANGRADO UTERINO ANORMAL | | 18 | | 51 | | - | | - | |
| CERVICITIS CRÓNICA | | 4 | | 11 | | - | | - | |
| DOLOR ABDOMINAL | | 1 | | 3 | | - | | - | |
| SÍNDROME DE DESGASTE | | 1 | | 3 | | 8 | | 23 | |
| METÁSTASIS | | - | | - | | 3 | | 8 | |
| ASINTOMÁTICA | | 11 | | 31 | | 16 | | 46 | |
| OTROS | | - | | - | | 8 | | 23 | |
| CÁNCER DE PRÓSTATA | | n= 28 | | % | | n= 28 | | % | |
| TENESMO VESICAL | | 1 | | 4 | | 2 | | 7 | |
| HEMATURIA | | 2 | | 7 | | - | | - | |
| RETENCIÓN AGUDA DE ORINA | | 5 | | 18 | | 1 | | 4 | |
| NICTURIA | | 6 | | 21 | | 3 | | 11 | |
| MÁS DE 3 SÍNTOMAS PROSTÁTICOS | | 10 | | 36 | | | | | |
| SÍNDROME DE DESGASTE | | 2 | | 7 | | 4 | | 14 | |
| METÁSTASIS | | 1 | | 4 | | 2 | | 7 | |
| ASINTOMÁTICO | | - | | - | | 14 | | 50 | |
| OTROS | | 1 | | 4 | | 2 | | 7 | |
| CÁNCER DE PIEL Y TEJIDOS BLANDOS | | n= 20 | | % | | n= 20 | | % | |
| NEOFORMACIÓN | | 6 | | 30 | | - | | - | |
| NEVO | | 6 | | 30 | | - | | - | |
| ULCERA SANGRANTE | | 5 | | 25 | | 3 | | 15 | |
| TUMOR EN TEJIDOS BLANDOS | | 3 | | 15 | | - | | - | |
| METÁSTASIS | | - | | - | | 1 | | 5 | |
| ASINTOMÁTICOS | | - | | - | | 16 | | 80 | |
| CÁNCER DE COLON | | n= 14 | | % | | n= 14 | | % | |
| SÍNDROME DE DESGASTE | | 2 | | 14 | | 6 | | 43 | |
| DIARREA CRÓNICA | | 3 | | 21 | | 1 | | 7 | |
| DOLOR ABDOMINAL | | 5 | | 35 | | 2 | | 14 | |
| HEMATOQUESIA | | 2 | | 14 | | - | | - | |
| ESTREÑIMIENTO | | 2 | | 14 | | 1 | | 7 | |
| METÁSTASIS | | - | | - | | 1 | | 7 | |
| ASINTOMÁTICO | | - | | - | | 3 | | 21 | |

Fuente: Entrevista, expediente clínico y electrónico.
n=número; %= porcentaje.

TABLA 6
TRATAMIENTO INICIAL Y ACTUAL DE LOS PACIENTES CON CÁNCER
ADSCRITOS A LA UMF 66, 2012-2013.

| | n = 259 | % | n = 259 | % |
|---|---------|----|---------|----|
| TRATAMIENTO | INICIAL | | ACTUAL | |
| QUIMIOTERAPIA | 19 | 7 | 20 | 8 |
| RADIOTERAPIA | 5 | 2 | 3 | 1 |
| QUIRÚRGICO | 86 | 33 | 9 | 3 |
| RADIOTERAPIA, QUIRÚRGICO | 24 | 9 | - | - |
| QUIMIOTERAPIA, RADIOTERAPIA | 14 | 5 | - | - |
| QUIMIOTERAPIA, RADIOTERAPIA, QUIRÚRGICO | 63 | 24 | - | - |
| QUIMIOTERAPIA, QUIRÚRGICO | 31 | 12 | - | - |
| CONSERVADOR | 15 | 6 | 138 | 53 |
| NINGUNO | 2 | 1 | 89 | 34 |

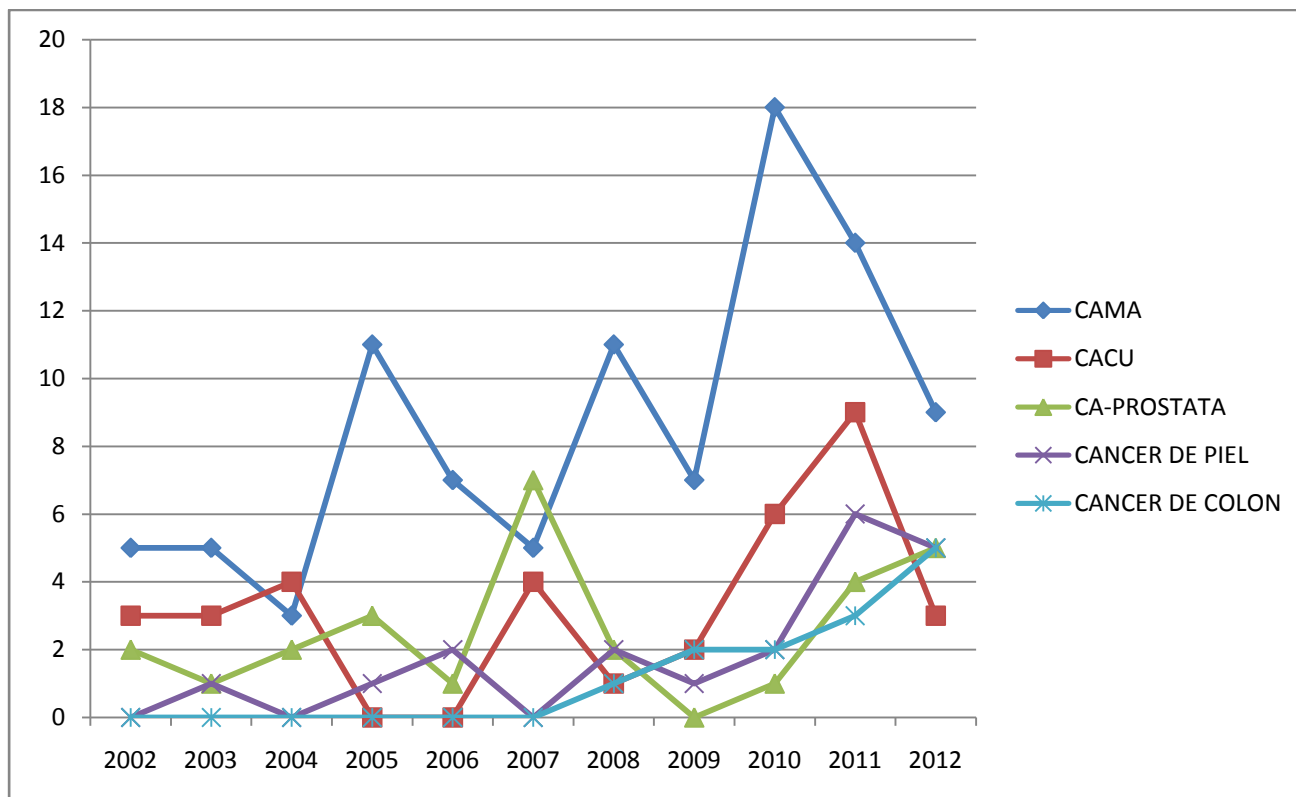
Fuente: Entrevista, expediente clínico y electrónico.
n=número; %= porcentaje

TABLA 7
TENDENCIA POR AÑO DE LOS PACIENTES CON CÁNCER
ADSCRITOS A LA UMF 66, 2012-2013.

| TIPO DE CÁNCER | 2002 | 2003 | 2004 | 2005 | 2006 | 2007 | 2008 | 2009 | 2010 | 2011 | 2012 |
|----------------------------------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|
| CÁNCER DE MAMA | 5 | 5 | 3 | 11 | 7 | 5 | 11 | 7 | 18 | 14 | 9 |
| CÁNCER CERVICO UTERINO | 3 | 3 | 4 | 0 | 0 | 4 | 1 | 2 | 6 | 9 | 3 |
| CÁNCER DE PRÓSTATA | 2 | 1 | 2 | 3 | 1 | 7 | 2 | 0 | 1 | 4 | 5 |
| CÁNCER DE PIEL Y TEJIDOS BLANDOS | | 1 | | 1 | 2 | | 2 | 1 | 2 | 6 | 5 |
| CÁNCER DE COLON | | | | | | 1 | 1 | 2 | 2 | 3 | 5 |
| LINFOMA/ LEUCEMIA | | 1 | | | | | | 1 | | 3 | 5 |
| CÁNCER RENAL | | | | | | | 2 | | 3 | | 4 |
| CÁNCER DE OVARIO | 2 | | | 2 | | | 1 | | 1 | 2 | 0 |
| CÁNCER TESTICULAR | | | | | | | | 2 | | 2 | 2 |
| CÁNCER ESÓFAGO Y ESTOMAGO | | | | | | | | | 1 | 3 | 1 |
| CÁNCER DE ENDOMETRIO | | | | | 1 | | | 1 | 1 | 1 | 1 |
| CÁNCER DE TIROIDES | | | 1 | 1 | | | | 1 | | | 1 |
| CÁNCER PULMONAR | | | | 1 | | | | | | 1 | 1 |
| CÁNCER DE HÍGADO Y VÍAS BILIARES | | | | | | | | | | 1 | 2 |
| CÁNCER DE VEJIGA | | 1 | | 1 | | | | | | 1 | 0 |
| OTROS | 1 | 1 | 1 | | | | 0 | 1 | 2 | 3 | 2 |
| % | 5 | 5 | 4 | 8 | 4 | 6 | 8 | 7 | 14 | 20 | 18 |

Fuente: Entrevista, expediente clínico y electrónico.
n=número; %= porcentaje

**GRAFICO 1.
TENDENCIA POR AÑO DE LOS PACIENTES CON CÁNCER
ADSCRITOS A LA UMF 66, 2012-2013**



Fuente: Entrevista, expediente clínico y electrónico.

TABLA 13.
TIPOLOGÍA FAMILIAR DE LOS PACIENTES CON CÁNCER ADSCRITOS A LA
UMF 66, 2012-2013.

| TIPOLOGÍA FAMILIAR | | n =259 | % |
|--------------------|-------------------------|--------|----|
| PARENTESCO | Nuclear simple | 83 | 32 |
| | Extensa | 60 | 23 |
| | Nuclear | 28 | 11 |
| | Nuclear numerosa | 26 | 10 |
| | Mono parental | 24 | 9 |
| | Extensa compuesta | 17 | 7 |
| | Mono parental extendida | 13 | 5 |
| | No parental | 5 | 2 |
| | Reconstruida | 3 | 1 |
| PRESENCIA FÍSICA | Núcleo integrado | 129 | 50 |
| | Núcleo no integrado | 64 | 25 |
| | Extensa descendente | 34 | 13 |
| | Extensa ascendente | 24 | 9 |
| | Extensa colateral | 6 | 2 |
| | Nuclear numerosa | 2 | 1 |
| DEMOGRAFÍA | Urbana | 229 | 88 |
| | Rural | 24 | 9 |
| | Suburbana | 6 | 2 |
| DESARROLLO | Tradicional | 168 | 65 |
| | Moderna | 91 | 35 |
| OCUPACIÓN | Empleada | 136 | 53 |
| | Profesional | 53 | 20 |
| | Comerciante | 24 | 9 |
| | Campesina | 23 | 9 |
| | Obrera | 23 | 9 |

Fuente: Entrevista, expediente clínico y electrónico.
n=número; %= porcentaje

TABLA 14
ÍNDICE DE POBREZA FAMILIAR DE LOS PACIENTES CON CÁNCER
ADSCRITOS A LA UMF 66, 2012-2013

| ÍNDICE DE POBREZA FAMILIAR | n = 259 | % |
|----------------------------|---------|----|
| Sin evidencia | 182 | 70 |
| Pobreza baja | 73 | 28 |
| Pobreza alta | 4 | 2 |

Fuente: Entrevista, expediente clínico y electrónico.
n=número; %= porcentaje

DISCUSIÓN.

El estudio realizado por Lares Asseff y cols. ⁽¹⁶⁾ en el 2010 mostró un predominio de cáncer en los adultos entre los 55 y 64 años de edad contrario a nuestro resultado donde el cáncer predominó en el rango de 61 años y más.

Ferlay J et. al. reportaron que la incidencia del cáncer en el 2010 fue del 53% en hombres y 47% en mujeres, contrario a nuestros resultados donde el cáncer se presentó predominantemente en el sexo femenino.

Domínguez Trejo y cols.⁽¹²⁾ reportaron que las características epidemiológicas de pacientes con cáncer cervico uterino en Xalapa Ver. fueron la escolaridad: primaria, ocupación: ama de casa, estado: civil casado y vivía en un medio urbano, situación que también corresponde a lo reportado en nuestro estudio.

Aguilar Cordero MJ y cols. ⁽¹⁴⁾ observaron que la actividad física moderada fue un factor protector del cáncer y tuvo un claro beneficio cardiovascular e influyó disminuyendo el riesgo de padecer cáncer, opuesto a nuestro estudio donde la mayoría de los pacientes negó realizar actividad física careciendo de este factor protector.

Ricardo Ramírez JM y cols. ⁽²³⁾ en el 2012 reportaron que la hipertensión arterial y diabetes mellitus fueron las comorbilidades que mayormente se presentaron en un grupo de mujeres con cáncer de mama, similar a nuestro estudio donde estas dos enfermedades crónico-degenerativas se presentaron en nuestros pacientes.

Un análisis reciente realizado por la OMS ⁽³⁾ estimó que el 17% de los casos de cáncer en América Latina (150.000 casos por año) fueron atribuibles a infecciones. Las infecciones por hepatitis viral fueron la principal causa de cáncer de hígado y representaron alrededor del 82% de todos los cánceres de hígado en América Latina, a diferencia de nuestro estudio en donde el antecedente de infecciones por hepatitis viral no se registró como antecedente relacionado.

Domínguez Trejo E. ⁽¹²⁾ y cols. estimaron que de las mujeres sexualmente activas, 50% han padecido la infección por virus del papiloma humano de forma

transitoria y de este último porcentaje, entre 5 y 10% se infectó con algún serotipo de alto riesgo por su potencial de malignidad similar a nuestro estudio en donde el antecedente de infección de virus del papiloma humano está presente en el 7%, dichas pacientes en su mayoría se encontraban asintomáticas y fueron detectadas en su estudio de citología cervical de rutina.

Aguilar Cordero MJ y cols. ⁽¹⁴⁾ calcularon que el riesgo relativo de las mujeres con uno, dos, tres o más familiares con cáncer de mama es de 1,8, 2,9 y 3,9, respectivamente, en comparación con las mujeres sin este factor, lo cual se correlaciona con nuestros resultados ya que aproximadamente una tercera parte de nuestra población presentó el antecedente familiar de cáncer: principalmente padres y hermanos, siendo el cáncer de mama, el más heredado.

Tovar Guzmán VJ y cols. ⁽⁹⁾ reportaron la mortalidad estudiada durante un periodo de 17 años en pacientes con antecedente de tabaquismo, se relacionó con cáncer de pulmón, laringe, esófago y cavidad oral/faringe contrario a nuestra población con esta toxicomanía, ya que el tercio de pacientes que refirió fumar según su índice tabáquico se relacionó de la siguiente manera: riesgo moderado con cáncer de colon y linfoma; riesgo intenso con cáncer de mama, próstata y renal; riesgo alto con cáncer de próstata, linfoma y pulmonar.

Schütze M et al. (33) relacionó el consumo del alcohol y el desarrollo de neoplasias encontrando una causalidad relevante, presentando una incidencia de cáncer en los hombres del 10% y en mujeres del 3% lo cual se relacionó con los resultados de nuestro estudio donde se reportó una frecuencia del 12%. En relación al alcoholismo y el tiempo de evolución, de 9 y 19 años presentaron cáncer de próstata, piel y estómago. De 20 a 30 años: próstata, tubo digestivo y renal, y el 47% refirió alcoholismo por más de 31 años: desarrollando cáncer de próstata, tubo digestivo y renal.

Lares-Asseff I. y cols ⁽¹⁶⁾ reportaron la morbilidad de cáncer del Centro Estatal de Cancerología del Estado de Durango, en donde el cáncer cervico uterino y el cáncer de mama ocuparon el primer lugar en las mujeres, y los tumores del SNC y el

cáncer de pulmón en los hombre opuesto a nuestros resultados donde el tipo de cáncer en primer lugar fueron el cáncer de mama predominantemente en seno izquierdo seguido de cáncer cervico uterino, cáncer de próstata, cáncer de piel y tejidos blandos, cáncer de colon (los 5 más frecuentes).

Piñeros M y col ⁽³⁴⁾ en el 2011 reportaron en un estudio realizado en 1,106 mujeres en tratamiento por cáncer de mama que en un 68.8% presentaron una masa tumoral en el seno como síntoma inicial y que esto fue lo que originó la consulta a diferencia de nuestro estudio en donde el porcentaje de pacientes con esta sintomatología fue más elevado (80%).

Coleman MP et. al (4) en el 2008 hace mención de los síntomas de obstrucción urinaria y cáncer de próstata, siendo este un síntoma tardío, contrario a esto, los pacientes con cáncer de próstata de nuestro estudio refirieron presentar inicialmente retención aguda de orina, nicturia, y hematuria.

Cardona Hernández MA y cols.⁽¹⁹⁾ en su estudio mencionaron que los síntomas principalmente relacionados con cáncer de colon son cambios en el hábito intestinal, eliminación de moco y/o sangre en las heces, dolor abdominal o pélvico similar a los síntomas de los pacientes con cáncer de colon de este estudio.

Según lo reportado por el departamento de Estadísticas Instituto Nacional en el de Estadística de 1997 a 2005 se registró un ascenso en el porcentaje global de tumores malignos, de un 11.6 a un 12.7 %, esta elevación porcentual fue más evidente en varones (9.9 a 11.3%) que en mujeres (13.9 a 14.5 %). En el hombre la tendencia se elevó en cáncer de próstata, tráquea, bronquios y pulmones en mujeres el cáncer de mama y cervico uterino contrario a nuestro estudio en donde la tendencia del año 2002 al 2012 principalmente se elevaron el cáncer cervico uterino, cáncer de mama, cáncer de piel y cáncer de colon, no así el cáncer de próstata.

BIBLIOGRAFIA.

1. Cavalli F. Cáncer en el mundo en desarrollo: ¿Se puede evitar el desastre? Nat Oncol Clin Pract 2006; 3:582-583.
2. Bray F, Moller B. Predecir la carga futura de cáncer. Nat Rev Cáncer 2006; 6:63-74.
3. Organización Mundial de la Salud, Globocan 2008, IARC, 2010. [www. gicr.iarc.fr](http://www.gicr.iarc.fr)
4. Coleman MP, Quaresma M, Berrino F, et al. De supervivencia al cáncer en los cinco continentes: un estudio en todo el mundo basado en la población (CONCORD). Lancet Oncol 2008; 9:730-756.
5. Mohar A, Frías Mendivil M, Suchil Bernal L, Mora Macias TG, De la Garza J. Descriptive epidemiology of cáncer at the Instituto Nacional de Cancerología de México. Salud Pública Méx 1997; 39: 253-258.
6. OMS. Programas Nacionales de Control del Cáncer: las políticas y directrices de gestión. Ginebra, Suiza: Organización Mundial de la Salud, 2002.
7. Gospodarowicz MK, Cazapa E, Jaddad AR. Cancer in the world. Salud Pública Méx 2009; 51(2): 305-308.
8. Estadísticas Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática Estadísticas Vitales. Estadísticas Continuas Demográficas y Sociales 2002 [monografía en la Internet] México, DF: INEGI, 2003. Disponible en: <http://www.inegi.org.mx/inegi/contenidos/espanol/prensa/Contenidos/estadisticas/2007/cancer07.pdf>
9. Tovar Guzmán VJ, Ortiz Contreras F, Jiménez Gauna FR, Valencia Vázquez G. Panorama epidemiológico de la mortalidad por cáncer cervico-uterino en México (1980-2004). Rev Fac Med UNAM 2008; 51 (2): 47-52.
10. Colditz GA, Sellers TA, Trapido E. Epidemiología - identificar las causas y el carácter evitable de cáncer. Nat Rev Cáncer 2006; 6:75-83.
11. Parkin DM, Bray F, Ferlay J, et al. Las estadísticas globales del cáncer 2002. Cancer J Clin 2005; 55:74-108.
12. Domínguez Trejo E, Peralta Zaragoza O, Zenteno Cuevas R. Factores de riesgo para Cáncer Cérvico Uterino en pacientes atendidas en el Centro Estatal de Cancerología "Dr. Miguel Dorantes Mesa". Rev Med UV 2012; 1(1): 1-4

13. Knaul FM, Nigenda G, Lozano R, Arreola Ornelas H, Langer A, Frenk J. Cáncer de mama en México: una prioridad apremiante. *Salud Pública Méx* 2009; 51(12):135-137.
14. Aguilar Cordero MJ y cols. Factores de riesgo como pronóstico de padecer cáncer de mama en un estado de México. *Nutr Hosp* 2012; 27(5):1631-1636.
15. Frenk J. Sensibilización, detección temprana y combate a los prejuicios: claves en la lucha contra el cáncer de mama. *Salud Pública Méx* 2009; 51 (2): s135-s137.
16. Lares Asseff I, García Hernández F, Sosa-Macías M, Castañeda VL, Galaviz Hernández C, Carrete Ramírez A. Morbilidad y mortalidad por cáncer: experiencia del Centro Estatal de Cancerología de la SSA del Estado de Durango, México. *Rev Cubana de Higiene y Epidemiología* 2010; 48(3): 229-241
17. Organización Mundial de la Salud, Unión Internacional Contra el Cáncer. *Acción mundial contra el cáncer*. Ginebra, Suiza. 2ª edición, 2005: 35-57.
18. Cuevas Urióstegui ML, Villasís Keever MA, Fajardo Gutiérrez A. The epidemiology of cáncer in adolescents. *Salud Pública Méx* 2003; 45 (1):s115-s123.
19. Cardona Hernández MA, Peniche Castellanos A, Fierro-Arias L, García Guerrero VA, Mercadillo P. Prevalencia de patrones histológicos agresivos de carcinoma basocelular en pacientes menores de 40 años. Experiencia de cinco años en el Hospital General de México. *Dermatol Rev Mex* 2013; 57:149-154.
20. Belliccini L. Geriatric Oncology. *Clin Rev Oncol Hematol* 2003; 46(3):211-220
21. Suzuki R, Rylander Rudqvist T, Ye W, Saji S, Wolk A. Body weight and postmenopausal breast cancer risk defined by estrogen and progesterone receptor status among Swedish women: A prospective cohort study. *Int J Cancer* 2006;119: 1683–1689.
22. Orozco Quiyono M y col. Características epidemiológicas del cáncer de mama y ovario hereditario y del cáncer de mama esporádico en una muestra de la población del ISSSTE. *Rev Esp Méd Quir* 2012; 17(4): 291-299.
23. Ricardo Ramírez JM, Rodríguez Rodríguez RD. Factores asociados a la aparición del cáncer de mama en un área de salud rural. *MEDISAN* 2012; 16(7): 936
24. Tovar Guzmán VJ, Barquera S, López Antuñano FJ. Tendencias de mortalidad por cánceres atribuibles al tabaco en México. *Salud Pública Méx* 2002; 44(1): s20-s28.
25. García-Sancho Figueroa C. et al. Humo de leña y cáncer pulmonar en no fumadores. *Neumol Cir Torax* 2012; 71 (4): 325-332.

26. Marzo Castillejo M, et al. Recomendaciones para el cribado del cáncer de mama con mamografía en población de riesgo medio. Actualización PAPPS 2012. *Aten Primaria* 2012; 3(5): 10-16.
27. González Rivera A, Lucas Reséndiz MA, Domínguez-Viveros W. y cols. Vigilancia epidemiológica del cáncer en el Instituto Nacional de Pediatría. *Acta Pediatr Méx* 2007; 28(5):203-7.
28. Cavalli F. The World Cancer Declaration: a roadmap for change. *Lancet Oncol* 2008; 9: 810- 813.
29. Rivera LR. Cáncer en Niños. Las seis neoplasias malignas más frecuentes en pediatría. En: Programa de Actualización Continua (PAC) en Pediatría. Parte C libro 1. Asociación Mexicana de Pediatría AC. 2ª Ed. México 2004.
30. Fajardo GA, Mendoza SH, Valdéz ME, Mejía AM, Yamamoto KL, Mejía DAM, Ayón CA, Bolea MV, Frías VG, Rivera LR, y cols. Frecuencias de neoplasias malignas en niños atendidos en hospitales del Distrito Federal. Estudio multicéntrico. *Bol Hosp Infan Mex* 1996; 53:57-66
31. Patterns of cancer incidence, mortality, and prevalence across five continents: Defining priorities to reduce cancer disparities in different geographic regions of the World. *JCO* 2006 ; 2(4): 2137-2150.
32. Ferlay J, Parkin DM, Sterliarova-Foucher E. Estimates of cancer incidence and mortality in Europe in 2008. *Eur J Cancer* 2010; 46(4): 765-778.
33. Schütze M ,Boeing H ,Pischon T ,Rehm J ,Kehoe T ,et al. Alcohol attributable burden of incidence of cancer in eight European countries based on results from prospective cohort study. *BMJ* 2011; 342:d158-d167.
34. 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 Méx* 2011; 53(6): 478-485.

ANEXO 1. HOJA DE RECOLECCIÓN DE DATOS.

“CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS Y EPIDEMIOLÓGICAS DE LOS PACIENTES CON CÁNCER ADSCRITOS A LA UMF 66”

Nombre: _____ Afiliación: _____ Folio: _____
Consultorio: _____ Turno: 1 Matutino 2 Vespertino Lugar de residencia 1 Rural 2 Urbano
Edad: _____ Genero 1 Mujer 2 Hombre Condición actual 1 Vivo 2 Muerto

1.-Ocupación: 1 Campesino 2 Labores del hogar 3 Empleado 4 Obrero 5 Profesionista
 6 Pensionado 7 Otro: _____

2.- Escolaridad: 1 Sin Estudios 2 Primaria 3 Secundaria 4 Preparatoria 5 Universidad 6 Otra: _____

3.- Estado civil: 1 Soltero 2 Casado 3 Unión libre 4 Divorciado 5 Viudo

TIPOLOGÍA FAMILIAR

4.-Parentesco 1 Nuclear 2 Nuclear Simple 3 Nuclear Numerosa 4 Reconstruida 5 Monoparental
 6 Monoparental Extendida 7 Monoparental Extendida Completa 8 Extensa 9 Extensa compuesta 10 No parental

5.-Presencia Física en el Hogar 1 Núcleo Integrado 2 Núcleo no integrado 3 Nuclear numerosa
 4 Extensa Ascendente 5 Extensa Descendente 6 Extensa Colateral

6.-En base a su Demografía 1 Urbana 2 Rural 3 Suburbana

7.-En base a su Desarrollo 1 Primitiva 2 Tradicional 3 Moderna

8.-En base a su Ocupación 1 Campesina 2 Obrera 3 Empleada 4 Comerciante 5 Profesional

ÍNDICE DE POBREZA FAMILIAR

9.-Ingreso económico familiar 4 Menos de un salario mínimo 3 1 a 2 salarios mínimos
 2 3 a 4 salarios mínimos 1 5 a 6 salarios mínimos 0 7 o más salarios mínimos

10.- Número de hijos dependientes 2.5 3 ó más hijos 2 2 hijos 1 1 hijos 0 Ningún hijo

11.- Escolaridad materna 2.5 Sin instrucción 2 Primaria incompleta 1 Primaria completa 0 Post-primaria

12.- Hacimiento (número de personas por dormitorio) 1 3 o más personas 0 1-2 personas

ANTECEDENTES

13.- Antecedentes de enfermedades crónico-degenerativas 1 DM 2 HAS
 3 Enfermedades Inmunológicas 4 Ninguna 5 Otro: _____

14.- Antecedentes de infecciones relacionadas 1 VPH 2 VIH 3 VHB 4 VHC
 5 Helicobacter Pilory 6 Epstein Barr 7 Ninguna 8 Otra: _____

15.-Antecedentes de Tabaquismo 1 Si 2 No Edad de inicio _____
Edad de termino _____ Tiempo de Evolución _____ Número de cigarrillos diarios _____

16.- Antecedentes de Alcoholismo 1 Si 2 No Edad de inicio _____
Edad de termino _____ Tiempo de Evolución _____ Número de Copas _____

17.- Realiza actividad física 1 Si 2 No ¿Cuál? _____

18.-Antecedentes de familiares con cáncer 1 Si 2 No Parentesco _____ Tipo de cáncer _____

19.- Síntomas

Iniciales _____

20.- Síntomas Actuales

21.- Tipo de cáncer 1 Cáncer cervicouterino 2 Cáncer de mama 3 Cáncer de próstata
 4 Cáncer pulmonar 5 Cáncer de estómago y esófago 6 Cáncer de colon 7 Cáncer de hígado
 8 Otro: _____

22.- Fecha de diagnóstico de cáncer _____

23.- Reporte histopatológico:

24.- Tratamiento Inicial 1 Quimioterapia 2 Radioterapia 3 Quirúrgico 4 Conservador 5 Ninguno

25.- Tratamiento Actual 1 Quimioterapia 2 Radioterapia 3 Quirúrgico 4 Conservador 5 Ninguno

Observaciones:

ANEXO 2. ÍNDICE SIMPLIFICADO DE POBREZA FAMILIAR.

“CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS Y EPIDEMIOLÓGICAS DE LOS PACIENTES CON CÁNCER ADSCRITOS A LA UMF 66”

Folio _____

1.- NOMBRE: _____

| INDICADORES | CATEGORÍA | PUNTUACIÓN |
|--|--------------------------|-------------------|
| INGRESO ECONÓMICO FAMILIAR | <de 1 salario mínimo | 14 |
| | 1-2 salarios mínimos | 3 |
| | 3-4 salarios mínimos | 2 |
| | 5-6 salarios mínimos | 1 |
| | 7 o más salarios mínimos | 0 |
| NÚMERO DE HIJOS DEPENDIENTES | 3 o más hijos | 2.5 |
| | 2 hijos | 2 |
| | 1 hijo | 1 |
| | Ningún hijo | 0 |
| ESCOLARIDAD MATERNA | Sin instrucción | 2.5 |
| | Primaria incompleta | 2 |
| | Primaria completa | 1 |
| | Post-primaria | 0 |
| HACINAMIENTO (Número de personas por dormitorio) | 3 o más personas | 1 |
| | 1-2 personas | 0 |

TOTAL DE PUNTOS: _____

_____ 0- 3 SIN EVIDENCIA DE POBREZA FAMILIAR

_____ 4- 6 POBREZA FAMILIAR BAJA

_____ 7- 10 POBREZA FAMILIAR ALTA.

ANEXO 3. HOJA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

CONSENTIMIENTO INFORMADO

PROYECTO:

“CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS Y EPIDEMIOLÓGICAS DE LOS PACIENTES CON CÁNCER ADSCRITOS A LA UMF 66”

Yo _____ consiento voluntariamente participar en el estudio y doy permiso al investigador responsable de la UMF 66 para que realice el estudio para investigar las características clínicas y epidemiológicas de los pacientes con cáncer adscritos a dicha unidad.

Y en pleno uso de mis facultades mentales declaro haber sido ampliamente informado y comprendo los siguientes puntos:

- 1.- Se me ha explicado el proyecto de investigación en los puntos más importantes y he tenido la oportunidad de hacer preguntas
- 2.- Que esta investigación no ocasionara ningún tipo de molestias o riesgos durante mi participación.

Firma : _____

Fecha: _____

Investigador Principal: R3MF Anabel Sevillano Tóbon.

ANEXO 4. DEFINICIÓN DE VARIABLES.

| VARIABLES | DEFINICIÓN CONCEPTUAL | DEFINICIÓN OPERACIONAL | CATEGORÍAS | ESCALA DE MEDICIÓN |
|--------------------------------|--|--|--|--------------------|
| Tipo de cáncer. | Clasificación de tumor maligno que se caracteriza por una multiplicación anormal y desordenada de células | En base al reporte histopatológico. | Cáncer de mama. CaCu. Cáncer de próstata. Cáncer de pulmón. Cáncer colono rectal. Linfoma. Cáncer de estómago. Otros | Nominal. |
| Año de diagnóstico. | Momento en el que se le diagnostico la enfermedad. | Año en el que fue diagnosticado. | | Razón |
| Tiempo de evolución de cáncer. | Lapso de tiempo desde su diagnóstico al momento de la encuesta. | Años transcurridos desde su diagnóstico hasta el momento actual. | | Razón. |
| Síntomas iniciales. | Fenómeno que revela una enfermedad. El síntoma es referido de manera subjetiva por el enfermo cuando percibe algo anómalo en su organismo | Manifestaciones clínicas que refiere de inicio | | Nominal. |
| Sintomatología actual. | Fenómeno que revela una enfermedad. El síntoma es referido de manera subjetiva por el enfermo cuando percibe algo anómalo en su organismo. | Manifestaciones clínicas que en el momento del estudio manifiesta. | | Nominal. |

| VARIABLES | DEFINICIÓN CONCEPTUAL | DEFINICIÓN OPERACIONAL | CATEGORÍAS | ESCALA DE MEDICIÓN |
|---------------------|---|---|---|---------------------------|
| Tratamiento inicial | Conjunto de medios de cualquier clase cuya finalidad es la curación o el alivio de las enfermedades o síntomas | Terapéutica empleada al inicio de la enfermedad. | Médico, quirúrgico, quimioterapia y radioterapia. | Nominal. |
| Tratamiento actual | Conjunto de medios de cualquier clase cuya finalidad es la curación o el alivio de las enfermedades o síntomas actualmente. | Terapéutica empleada actualmente. | Médico, quirúrgico, quimioterapia y radioterapia. | Nominal. |
| Comorbilidad. | La presencia de uno o más enfermedades además de la enfermedad o trastorno primario. | Antecedentes patológicos de enfermedades crónico-degenerativas. | DM HAS Enfermedades autoinmunes Otras. | Nominal. |
| Condición actual. | Condición en la que se encuentra actualmente el paciente en estudio. | Estado actual. | Vivo. Muerto | Nominal. |
| Edad. | Años de vida de cada paciente. | Tiempo transcurrido a partir del nacimiento de un individuo hasta el momento actual | | Razón. |
| Sexo. | Características externas físicas del paciente Condición orgánica, masculina o femenina. | Habitus exterior de paciente. | Femenino. Masculino. | Nominal. |

| VARIABLES | DEFINICIÓN CONCEPTUAL | DEFINICIÓN OPERACIONAL | CATEGORÍAS | ESCALA DE MEDICIÓN |
|---|--|---|--|---------------------------|
| Escolaridad. | Tiempo durante el que un alumno asiste a la escuela o a cualquier centro de enseñanza. | Nivel máximo de estudio en años cursados y aprobados al momento de la entrevista. | Analfabeta. Primaria. Secundaria. Preparatoria. Técnico. Profesional. | Ordinal. |
| Ocupación. | Acción o función que se desempeña para ganar el sustento. | Actividad laboral en el momento de la entrevista. | Empleado. Comerciante. Ama de casa. Profesionista. | Nominal. |
| Lugar de residencia | Lugar geográfico donde residir en forma permanente, desarrolla generalmente sus actividades familiares sociales y económicas. | Ciudad donde radica actualmente el paciente. | | Nominal. |
| Tabaquismo. | Adicción al tabaco, provocada principalmente por uno de sus componentes activos, la nicotina; la acción de dicha sustancia acaba condicionando el abuso de su consumo. | Un fumador de más de 20 cigarrillos al día podría llamarse fumador severo, entre 10 y 20 moderado y menos de 10 leve. | | Razón. |
| Alcoholismo. | Conjunto de fenómenos conductuales, cognitivos y fisiológicos que pueden aparecer después del consumo repetido del alcohol. | Síndrome de dependencia del alcohol. | Si No | Nominal. |
| Antecedente de Infecciones pre-cancerosas | Agentes infecciosos aumentan el riesgo de cáncer en localizaciones específicas. | Antecedente de infecciones relacionadas a neoplasias. | VPH VHC VHB Epstein Barr. Helicobacter Pilory | Nominal. |

| VARIABLES | DEFINICIÓN CONCEPTUAL | DEFINICIÓN OPERACIONAL | CATEGORÍAS | ESCALA DE MEDICIÓN |
|---|---|--|--|---------------------------|
| Antecedentes heredo - familiares de cáncer. | Historia de familiares de 1er orden de enfermedades heredables. | Familiares con antecedente de neoplasias | Sí. No. | Nominal. |
| Tipo de familia. | Grupo social, organizado como un sistema abierto, constituido por un número variable de miembros, que en la mayoría de los casos conviven en un mismo lugar, vinculados Por lazos ya sean consanguíneos, legales y/o de afinidad. | Tipo de familia según su estructura, desarrollo, integración, demografía y ocupación. Clasificación del consejo mexicano de medicina familiar. | Nuclear. Nuclear numerosa. Monoparental. Monoparental extendida. Monoparentale xtendida compuesta. Extensa. Extensa compuesta no parental. Primitiva. Tradicional. Moderna. Urbana. Rural. Sub-urbana. Campesina. Obrera. Profesional. Comerciante | Nominal |
| ISPF* | Es una información clave para caracterizar estructuralmente los mercados de productos y servicios y las audiencias de Comunicaciones y medios. | Nivel socioeconómico actual de la familia del paciente. | Sin evidencia de pobreza familiar. Pobreza familiar baja y pobreza familiar alta. | Ordinal. |

*índice simplificado de pobreza familiar.