



Universidad Veracruzana

**UNIVERSIDAD VERACRUZANA
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL**

**Delegación Veracruz Sur.
Unidad de Medicina Familiar No.61
Córdoba, Ver.**

TÍTULO

**DETECCIÓN OPORTUNA DE CANCER DE MAMA
ACCIONES REALIZADAS EN MUJERES MAYORES DE 40 AÑOS**

SUBTÍTULO

En una Unidad de Medicina Familiar

TESIS DE POSGRADO

Grado a obtener: ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA

Dra. Francisca María Chave Bontempo

ASESOR:

Dra. María Aurea Mendoza Olvera



Universidad Veracruzana

**UNIVERSIDAD VERACRUZANA
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
Delegación Veracruz Sur.
Unidad de Medicina Familiar No.61
Córdoba, Ver.**

TÍTULO

**DETECCIÓN OPORTUNA DE CANCER DE MAMA
ACCIONES REALIZADAS EN MUJERES MAYORES DE 40 AÑOS**

SUBTÍTULO

En una Unidad de Medicina familiar

TESIS DE POSGRADO

Grado a obtener: ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA

Dra. Francisca María Chave Bontempo

ASESOR:

Dra. María Aurea Mendoza Olvera

Córdoba, Ver

2014

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

**Jefatura Delegacional de Prestaciones Médicas
Coordinación Delegacional de Educación en Salud**

Autorización para informe final de trabajo de tesis recepcional titulado

TÍTULO:

**DETECCIÓN OPORTUNA DE CANCER DE MAMA
ACCIONES REALIZADAS EN MUJERES MAYORES DE 40 AÑOS**

SUBTÍTULO

En una unidad de Medicina familiar

**Nombre del Autor: Francisca María Chave Bontempo
No. De Registro: R-2012-3102-9
Especialidad que acredita Medicina Familiar
Promoción 1 de Marzo del 2011 al 28 de Febrero del 2014
Unidad Sede: UMF 61, Córdoba, Ver.
Institución que otorga el aval: Universidad Veracruzana**

**DR ANDRÉS DANIEL ZA VALETA PÉREZ
COORDINADOR CLÍNICO DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN
EN SALUD DEL H.G.Z NO.8**

**DRA. YOLANDA FUENTES FLORES
PROFESOR TITULAR DE RESIDENCIA EN MEDICINA FAMILIAR
SEDE UMF 61 CÓRDOBA. VER.**

ASESOR:

DRA. MARÍA AUREA MENDOZA OLVERA.

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

**Jefatura Delegacional de Prestaciones Médicas
Coordinación Delegacional de Educación en Salud**

Autorización para informe final de trabajo de tesis recepcional titulado

TÍTULO:

**DETECCIÓN OPORTUNA DE CANCER DE MAMA
ACCIONES REALIZADAS EN MUJERES MAYORES DE 40 AÑOS**

SUBTÍTULO

En una unidad de Medicina familiar

AUTORIZACIONES

M. EN C. ENRIQUE LEOBARDO UREÑA BOGARIN
COORDINADOR DE PLANEACION Y ENLACE INSTITUCIONAL
DELEGACION VERACRUZ SUR

DR. JOSÉ ARTURO CORDOVA FERNÁNDEZ
COORDINADOR AUXILIAR MEDICO DE EDUCACIÓN EN SALUD
DELEGACION VERACRUZ SUR

DR. CARLOS FRANCISCO VAZQUEZ RODRÍGUEZ
COORDINADOR AUXILIAR MÉDICOCLÍNICO DE INVESTIGACIÓN EN SALUD
DELEGACION VERACRUZ SUR

DR ANDRÉS DANIEL ZA VALETA PÉREZ
COORDINADOR CLÍNICO DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN
EN SALUD DEL H.G.Z NO.8

DRA. YOLANDA FUENTES FLORES
PROFESOR TITULAR DE RESIDENCIA EN MEDICINA FAMILIAR
SEDE UMF 61 CÓRDOBA. VER.

III. DEDICATORIAS

A Dios por darme la vida, la fortaleza y la inteligencia para terminar esta etapa

A mi familia:

Por su apoyo; por su confianza en mí; Charo y Fernando gracias por todos los consejos y palabras de ánimo cuando me sentía decaer, A mi tía Judith por ser como una madre y sobre todo por confiar en que lo lograría

A mis amigos:

Por su apoyo, paciencia y comprensión
Por escucharme cuando más lo necesitaba
Y por animarme a levantarme cuando caía

A mis compañeros de residencia:

Gracias a aquellos que me enseñaron el verdadero valor de la amistad; a trabajar en equipo; a sonreír aún en los peores momentos; y sobre todo; a disfrutar de estos 3 años, aún a pesar de las piedras que hubo en el camino, y de alguna manera por formar una segunda familia.

A todas las personas que me han acompañado en las diferentes etapas de mi vida

Algunos ya no están en mi diario caminar; pero los llevo en la memoria y agradezco a cada uno infinitamente todo lo que han aportado a mi vida y por el apoyo que en su momento me dieron; a los que aún están a mi lado; gracias por seguir alentándome día a día.

IV. AGRADECIMIENTOS

A mi asesor Dra. Aurea Mendoza Olvera

Por haberme acompañado a lo largo de estos 3 años
Por la asesoría brindada,
Por el tiempo y paciencia en este proyecto.
Por compartirme sus conocimientos,
Por darme ánimos en los momentos
en que me sentía caer
por toda la confianza depositada en mí.
Y sobre todo por mostrarme que cuando
se quiere se puede.

V. TÍTULO

DETECCIÓN OPORTUNA DE CANCER DE MAMA
ACCIONES REALIZADAS EN MUJERES MAYORES DE 40 AÑOS

SUBTÍTULO

En una unidad de Medicina familiar

VI. INDICE

I. PORTADA	1
II. AUTORIZACIÓN DEL AUTOR	4
III. DEDICATORIAS	6
IV. AGRADECIMIENTOS	7
V. TÍTULO	8
VI. INDICE	9
VII. RESUMEN	10
CAPÍTULO I	
ANTECEDENTES	12
1.1 INTRODUCCIÓN	12
1.2 MARCO TEÓRICO	13
1.3 MARCO EMPÍRICO	14
1.4 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	19
1.5 PREGUNTA DEL PROBLEMA	21
1.6 JUSTIFICACIÓN	22
1.7 HIPÓTESIS	23
1.8 OBJETIVOS	23
CAPÍTULO II	
2. MATERIAL Y MÉTODOS	26
2.1 DISEÑO DE ESTUDIO	26
2.2 UNIVERSO DE TRABAJO	26
2.3 DESCRIPCIÓN DE LAS VARIABLES	26
2.4. TAMAÑO DE LA MUESTRA	27
2.5 CRITERIOS DE SELECCIÓN	27
2.6 PROCEDIMIENTOS	28
2.7 ANÁLISIS ESTADÍSTICO	29
2.8 CONSIDERACIONES ETICAS	30
CAPÍTULO III	
RESULTADOS	32
CAPITULO IV	
DISCUSIÓN	37
CAPÍTULO V	
Conclusiones	40
IX BIBLIOGRAFÍA	41
X ANEXOS	
10.1 CRONOGRAMA	46
10.2 INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN	47
10.3 AUTORIZACIÓN	48

VII RESUMEN

Título: Detección Oportuna De Cáncer De Mama (CaMa). **Acciones realizadas en Mujeres mayores de 40 Años. Subtítulo** En una unidad de Medicina familiar (UMF)

Objetivo: Identificar la proporción de acciones sobre detección oportuna de Ca de mama realizadas en el año 2011 en una UMF en mujeres mayores de 40 años.

Material y método: estudio transversal, comparativo. En expedientes de mujeres de 40 a 69 años de edad identificando acciones de prevención realizadas: exploración de mama por médico (EMM), capacitación de autoexploración por médico (CAM), envío a Medicina Preventiva (EMP) y envío a mastografía (M). Se realizó un análisis estadístico de los datos con el programa SPSS 20.

Resultado: En 235 expedientes de mujeres de 54.4 ± 7.69 años edad; se encontró que se realizó EMM al 21% (50); CAM 31% (72); EMP el 51% (119); M el 31%(72). Del total de la población estudiada a 6.8% se les realizo el 100% de acciones. De 167 mujeres de entre 50 a 69 años de edad el 43% (72) fueron enviadas a mastografía. La exploración de mama se realiza en 66% en turno matutino; el envío a Medicina Preventiva es en 44% en el turno vespertino.

Conclusiones: En la población estudiada la proporción de acciones realizadas al 100%, para la detección oportuna de CaMa en la UMF 61 es de 6.8%, con una razón de 1 a 14, se identifica que hay falta de apego a la NOM 041 para la prevención, diagnóstico, tratamiento, control y vigilancia epidemiológica del cáncer de mama y la Guía de Práctica Clínica para la prevención, tamizaje y detección de casos sospechosos de cáncer de mama en el primer nivel.

Palabras clave: Detección oportuna, cáncer de mama, exploración clínica, autoexploración, capacitación, mastografía.

ABSTRACT

Title: Early Detection Of Breast Cancer (BC). Actions performed on women older than 40 years. Subtitle In a Family Medicine Unit (FMU)

Objective: To identify the proportion of preventive actions on early detection of breast cancer performed in 2011 in a UMF in women over 40 years.

Material and Methods: transversal, comparative study. in clinical files of women aged 40 to 69 years old identifying prevention actions performed: breast screening by physician (EMM), training by medical for self-examination (CAM), sending to Preventive Medicine (EMP) sending to mammography (M). Statistical Data Analysis with SPSS 20 program was conducted.

Results: In 235 cases of women age $54.4 + 7.69$ years, it was found that EMM was performed at 21% (50); CAM 31 % (72) EMP 51% (119), M 31% (72). Of the total population 6.8 % were performed on 100% of preventive actions. Of 167 women aged 50-69 years 43% (72) were sent to mammography. Breast examination is performed in 66% in the morning shift; sending to Preventive Medicine (44%) in the afternoon shift.

Conclusions: In the studied population the proportion of preventive actions held at 100 % for the early detection of BC in the UMF 61 is 6.8% with a ratio of 1 to 14 it is observed that there is a lack of attachment to the NOM 041 and Clinical Practice Guideline for the prevention, screening and detection of breast cancer in the first level.

Keywords: Early detection, breast cancer, clinical exploration, self-examination, mammography, training.

ANTECEDENTES

1.1 Introducción

El Cáncer de mama (CaMa) se conoce desde la antigüedad. La descripción más antigua del cáncer (aunque sin utilizar ese término) proviene de Egipto, del 1600 a.c., aproximadamente. El papiro *Edwin Smith* describe 8 casos de tumores o úlceras del cáncer que fueron tratados con cauterización, con una herramienta llamada "la Orquilla de fuego". El escrito dice sobre la enfermedad: *No existe tratamiento*. Hipócrates 400 años A.C. habla de Karquinos o Karquinoma que lo relaciona con el cese de la menstruación y dice que no debe de tratarse porque acelera la muerte y no sólo son de buen pronóstico los que curan con medicinas. Galeno describió el CaMa como una hinchazón con dilatación venosa parecida a la forma de las patas de cangrejo. 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. En este siglo se pudo determinar la relación entre el CaMa y los nódulos linfáticos axilares. El cirujano francés Jean Louis Petit (1674-1750) y posteriormente el cirujano Benjamín Bell (1749-1806) fueron los primeros en remover 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, lo que ha sido popular hasta los últimos años de la década del 70 del pasado siglo XX.

1.2 Marco Teórico

El CaMa es la proliferación acelerada, desordenada y no controlada de células con genes mutados; los cuales actúan normalmente suprimiendo o estimulando la continuidad del ciclo celular pertenecientes a distintos tejidos de una glándula mamaria. La palabra *cáncer* es griega y significa *cangrejo*. Se dice que las formas corrientes de cáncer avanzado adoptan una forma abigarrada y con ramificaciones similares a las de un cangrejo marino, y de ahí se deriva su nombre. Los cánceres o carcinomas de mama suponen más del 90 % de los tumores malignos de esta localización.

Es una neoplasia maligna que tiene su origen en la proliferación acelerada e incontrolada de células que tapizan, en 90 % de los casos, el interior de los conductos que durante la lactancia llevan la leche desde los acinos glandulares, donde se produce, hasta los conductos galactóforos, situados detrás de la areola y el pezón, donde se acumula en espera de salir al exterior. El tipo de cáncer más frecuente es epitelial y se origina en la unidad ductolobulillar terminal. El carcinoma ductal infiltrante representa 85% de las neoplasias invasoras, seguido del carcinoma lobulillar infiltrante, con 5 a 10% de los casos. Las variedades más frecuentes son el carcinoma común, sólido, alveolar, tubulolobular y pleomórfico. Los tipos histopatológicos menos comunes son el micropapilar y metaplásico, los cuales implican peor pronóstico. ^(1,2)

Se han identificado en los últimos años después de muchos estudios que existen acciones de prevención clasificada como primaria y secundaria; que son muy importantes para identificar tempranamente signo y síntomas de CaMa estas son:

Capacitación para la autoexploración mamario: extendiéndose que es la preparación que recibe la paciente en la consulta médica o en el consultorio de medicina preventiva para desarrollar o adquirir conocimientos y habilidades de cómo llevar a cabo por ella

misma una revisión de la glándula mamaria orientada a identificar cualquier anomalía presente como sospecha de patología. La exploración clínica específica: es un examen minucioso y detallado de las glándulas mamarias realizado por médico tratante o enfermera de medicina preventiva, con la finalidad de detectar cambios anatómicos anormales en las glándulas mamarias. El envío a mastografía: consiste en elaborar requisición por escrito de estudio paraclínico al servicio de imagenología, específicamente orientado a visualización del tejido mamario por imágenes radiológicas.

1.3 Marco Empírico

A nivel internacional, en el año 2007, el CaMa se ubicó en el primer lugar con 1.3 Millones de casos, 27% de ellos en países desarrollados y 19% en países en desarrollo pero se debe de hacer mención que las tasas de incidencia y de mortalidad tienden a ser más elevadas en los países de altos recursos y más bajas en los países de bajos recursos, siendo que las tasas más altas de incidencia se observaron en Norteamérica, Australia, Países Nórdicos y Europa Occidental.^(3,4,5,6) Con estos datos se podría decir entonces que uno de cada 10 casos de cáncer detectados, por primera vez, en el mundo corresponde a CaMa, siendo que para el 2010 se esperaba cerca de 1.4 millones de nuevos casos por este cáncer.^(7,8) El cambio en los patrones reproductivos, la introducción de la terapia hormonal sustitutiva, el incremento de la obesidad, el mayor consumo de alcohol y una vida más sedentaria son los principales responsables de las tendencias observadas.^(5,8,9,10)

Según la OMS en su reporte del Globalcan 2008, el CaMa es ahora el más común de los cánceres tanto en países desarrollados como subdesarrollados con alrededor de 690 000 nuevos casos estimados en cada región. El rango de incidencia varía de 19.3 por 100 000 mujeres en África del Este a 89.7 por 100 000 en mujeres de Europa del Oeste, y son aún más altos (más de 80 por 100 000) en regiones desarrolladas del mundo (excepto Japón) y bajo (menos de 40 por 100 000) en la mayoría de los países en desarrollo. ⁽¹¹⁾

Dentro de Europa la mayor incidencia corresponde a los Países Nórdicos y a los países de la Europa Occidental, mientras que es inferior en los países del Este. ⁽⁵⁾

En Latinoamérica según la regionalización de la Agencia Internacional para la Investigación del Cáncer (IARC, por sus siglas en inglés) la tasa más alta en 2002 procede de Sudamérica con 46, seguida por El Caribe con 32.9 y Centroamérica con 25.9 por 100 000 mujeres; la tasa más baja se registró en Haití con 4.4 casos por 100 000 mujeres, lo cual contrasta con los países del cono sur donde la incidencia es de 75 y 83 por 100 000 mujeres en Argentina y Uruguay respectivamente, que son similares a las observadas en Estados Unidos de América y Canadá. ^(3,12).

Aunque cifras más recientes (2005) muestran que la mortalidad por CaMa, en los países de El Caribe inglés y el Cono Sur, es la más alta en la región de Latinoamérica y El Caribe, LAC, en contraste con la que se registra en Centroamérica. El riesgo de morir en las mujeres que viven en Bahamas, Barbados, Trinidad y Tobago, Argentina, Cuba y Uruguay es cuatro a cinco veces más alto que en Salvador, Nicaragua, Guatemala y México. ^(3,13)

En México, la mortalidad por CaMa se duplicó en los últimos 20 años siendo la primera causa de muerte por un tipo de cáncer; entre las mujeres de 25 y más años. Desde el 2006 la tasa de mortalidad del CaMa ha superado a la del cáncer cervicouterino y se ha incrementado en los últimos años, desde una tasa ajustada por edad de 5.9 por 100 000 mujeres de 25 años y mayores en 1980 hasta casi 9 a mediados del decenio de 1990 (8, 9, 12,14) y en el 2008 murieron 4818 mujeres mexicanas, lo cual implica un fallecimiento cada 2 horas. (15,16)

Las mayores tasas de mortalidad se presentaron en Baja California Sur (19.5 por 100 mil mujeres), Coahuila, Chihuahua y Distrito Federal (tasa similar de 14.4 por 100 mil mujeres). (17)

En México se presentan casos de CaMa desde la segunda década de la vida y se incrementa su frecuencia rápidamente hasta alcanzar la máxima entre los 40 y 54 años, y luego mostrar un descenso paulatino después de la quinta década. (18)

Es importante mencionar que en nuestro país, la mujer desarrolla el CaMa en promedio, una década antes que las europeas o norteamericanas.(18) En cuanto a tasa de incidencia o casos reportados, el Distrito Federal y Jalisco fueron las entidades federativas que ocuparon el primer y segundo lugar, respectivamente. Otras entidades federativas que estuvieron presentes dentro de las primeras y con mayor reporte de casos fueron Nuevo León, Ciudad de México, Veracruz, Chihuahua y San Luis Potosí.(7,16,18)

En el Instituto Mexicano del Seguro Social que incluye a empleados del sector privado y sus familias, y por consiguiente a una categoría de ingresos promedio mayor, el CaMa es la segunda causa de muerte más común entre mujeres de 30 a 59 años de edad.⁽¹⁴⁾

Se ha estimado que de cada 100 egresos hospitalarios femeninos, 33 se deben a tumores malignos de mama. En 2002, sólo en el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) se registraron 13 800 egresos hospitalarios por esta causa. ⁽¹⁷⁾

Dado la alta tasa de incidencia y de mortalidad por CaMa, a nivel mundial, se ha llegado a crear un organismo internacional (BGHI, Iniciativa Mundial de Salud de la mama) para unificar criterios y dictar normas basadas en la evidencia, para promover un enfoque integrado y sistemático de educación para la salud, el cual está constituido por acciones como: la exploración clínica y mamografía para la detección temprano de CaMa. ⁽¹⁴⁾

Varios estudios epidemiológicos y revisiones sistemáticas han mostrado que el diagnóstico temprano incrementa el tiempo de supervivencia y reduce la mortalidad por CaMa. ^(17,19) Para hacer un diagnóstico temprano se ha reconocido la importancia de que el médico y el personal de enfermería del primer nivel de atención realicen las actividades de prevención primaria y secundaria, así como la detección de factores de riesgo, examen clínico de mama, mastografía e información educativa a las mujeres, incluyendo la enseñanza de la autoexploración mamaria. ^(7,12, 20)

Específicamente las acciones preventivas para detección oportuna de CaMa son:

Autoexploración mamaria

La evidencia disponible indica que la autoexploración mamaria tiene una sensibilidad de 26 a 41 % en comparación con el examen clínico y la mastografía. Los datos epidemiológicos indican que en México y en otros países en desarrollo la mayoría de los cánceres de mama son encontrados por la propia mujer. (21,22)

Examen clínico de mama

La evidencia sugiere que el examen clínico de mama puede detectar una proporción sustancial de casos de CaMa en áreas donde la mamografía no está disponible. Las guías clínicas recomiendan examen clínico de mama de manera anual en mujeres de 40 años o más. (22,23)

Mastografía

Es el único método de tamizaje que ha demostrado que reduce la mortalidad por CaMa. Con esta técnica puede detectarse un CaMa de 2 mm; no identificable al tacto, por lo que se considera el estándar de oro en el tamiz de la enfermedad, tiene una sensibilidad del 77-95% y una especificidad del 94 a 97% y es aceptable en la mayoría de las mujeres. (24,25,26)

1.4. Planteamiento del problema

El CaMa es un serio problema de salud pública el cual ha aumentado su tasa de incidencia así como mortalidad en los últimos años, tanto en países en vías de desarrollo como países subdesarrollados, esto debido a que las mujeres actuales han ido cambiando quizás su estilo de vida, muchas de ellas están teniendo hijos a una edad mayor, ya no dan lactancia materna durante tantos meses como anteriormente se venía realizando debido a que la mayoría ahora trabaja, etc.

Desde el 2006 según estadísticas el CaMa se ha convertido en la primera causa de muerte en México, sobreponiéndose al cáncer cervicouterino, por lo que se ha tenido que implementar estrategias de salud en las diversas instituciones públicas para la detección oportuna de esta enfermedad, ya que se ha demostrado con evidencia científica que las acciones preventivas disminuyen la mortalidad en un porcentaje importante.

De manera adicional, aunque no se cuenta con una explicación adecuada del fenómeno, se ha documentado que la edad promedio de las mujeres en la que se presenta el cáncer mamario en México es 10 años antes que la informada en países más desarrollados. Por ejemplo, las estimaciones existentes sugieren una edad promedio de detección en México de alrededor de 51 años en comparación con 64 años en Estados Unidos de América.

A lo anterior debe añadirse que existe un grave retraso en la detección. En consecuencia, tan sólo 5 a 10% de los casos detectados se encuentra en las etapas más tempranas de la enfermedad (0-I), cuando la probabilidad de sobrevivir a cinco

años es mucho más alta si la paciente recibe el tratamiento médico correspondiente. Según la American Cancer Society, la probabilidad de sobrevivir a cinco años en Estados Unidos de América es 98% cuando el cáncer se detecta in situ (fase 0-I), 85% en etapa II y 27% en etapas más avanzadas (III y IV). Sin duda, el reto que enfrenta el sistema de salud de México en cuanto al CaMa es algo más que el desarrollo de políticas y programas de prevención para detectar oportunamente la mayor parte de los casos en fases tempranas de CaMa impactando en el incremento de la supervivencia y reducir los costos para las mujeres, sus familias y la nación. Es necesario evaluar los procesos de implementación de los programas de prevención e identificar en qué medida se realizan las acciones de prevención para la detección oportuna de esta enfermedad, con qué frecuencia se realizan y si son suficientes para lograr el impacto deseado.

Por todo lo anterior se ha pretendido a través de este trabajo de investigación identificar en qué proporción se realizaron medidas de detección oportuna de CaMa en la UMF 61 del Instituto Mexicano del Seguro Social de Córdoba, Ver.

1.5 PREGUNTA DEL PROBLEMA

¿En qué proporción se realizaron acciones sobre detección oportuna de CaMa en la UMF 61 en mujeres mayores de 40 años?

1.6 JUSTIFICACIÓN

El CaMa es un problema de salud pública a nivel mundial; afecta tanto a países desarrollados como a países en vías de desarrollo, constituyéndose como el tipo de cáncer más común entre las mujeres, por lo que es una prioridad en salud. Cada año en el mundo, un millón de cánceres de mama son descubiertos y alrededor de 400 000 mujeres mueren. Se ha estimado que una mujer muere de CaMa, cada 53 minutos y cada 30 minutos se diagnostica; afectando cada vez con más frecuencia, a mujeres jóvenes, es decir, con edades comprendidas entre los 40 y 45 años, presentando un alto impacto en la estructura familiar.

En México, el panorama epidemiológico de los dos principales cánceres femeninos muestra dos tendencias muy claras. En 2006 la tasa de mortalidad por CaMa superó a la de cáncer cervico-uterino por primera vez en la historia; la tasa estandarizada de mortalidad por dicha causa ha ascendido, entre 1980 y 2009, en un 45,3% al pasar de 11,7 a 17 muertes por cada 100 mil mujeres de 25 años en adelante.

La Organización Mundial de Salud recomienda que la prevención primaria es fundamental en la lucha contra dicha enfermedad neoplásica, siendo la educación en salud a la población un pilar importante para tomar conciencia de la necesidad de evaluaciones médicas periódicas para un diagnóstico precoz.

El diagnóstico se basa en 3 aspectos fundamentales: el autoexamen mamario, la exploración clínica y el empleo de medios diagnósticos como la mamografía. Es importante tener en cuenta en los programas de detección oportuna de CaMa que el autoexamen de mama es especialmente importante en la mujer joven (diferencias en la

densidad del tejido mamario hacen virtualmente inefectiva a la mamografía en mujeres jóvenes), y la mamografía es el método de elección en mujeres mayores de 50 años.

1.7 HIPÓTESIS

La proporción de acciones sobre detección oportuna de CaMa realizadas en la UMF No 61 en mujeres mayores de 40 años es baja.

1.8 OBJETIVO

Identificar la proporción de acciones sobre detección oportuna de CaMa realizadas en el año 2011 en una UMF en mujeres mayores de 40 años.

Objetivo específico

1.8.1. Identificar cuál de las acciones para detección oportuna de CaMa realizadas en una UMF 61 en mujeres mayores de 40 años es la mayormente realizada.

1.8.2. Identificar cuál de las acciones sobre detección oportuna de CaMa realizadas en una UMF en mujeres mayores de 40 años es la menormente realizada.

1.8.3. Identificar las acciones realizadas sobre detección oportuna de CaMa en una UMF en mujeres mayores de 40 años de acuerdo al turno de consulta.

1.8.4. Identificar cuál de las acciones sobre detección oportuna de CaMa realizadas en el año 2011 en una UMF en mujeres mayores de 40 años es la mayormente realizada de acuerdo al turno de consulta.

CAPITULO II

2. MATERIAL Y MÉTODOS

2.1 DISEÑO DE ESTUDIO

Estudio transversal, observacional, comparativo.

2.2 UNIVERSO DE TRABAJO

Mujeres mayores de 40 años derechohabientes de la UMF 61.

2.3 DESCRIPCION DE LAS VARIABLES

VARIABLES

a).-Proporción realizada de acciones sobre detección oportuna de CaMa

Conceptualización

Para fines de este estudio denominamos Proporción realizada de acciones sobre detección oportuna de CaMa al cociente de la relación entre el conjunto de actividades enfocadas a detectar de manera oportuna datos de malignidad en las glándulas mamarias en una determinada cantidad de pacientes con relación al total de pacientes que han recibido consulta en la UMF, esas acciones serán: la exploración clínica específica para CaMa a mujeres en edad de riesgo, a la capacitación por medico tratante o envío a la capacitación de la autoexploración por personal de medicina preventiva y el envío a la Mastografía; considerándose que:

Capacitación para la autoexploración: es un proceso educativo a corto plazo que recibe la paciente en la consulta médica o en el consultorio de medicina preventiva para desarrollar o adquirir conocimientos y habilidades de cómo llevar a cabo por ella misma

una revisión de la glándula mamaria que tiene como objetivo identificar alguna anomalía anatómica en esa misma área.

Envío a mastografía: Es la acción preventiva que consiste en elaborar requisición por escrito de estudio para- clínico al servicio de imagenología, específicamente orientado a visualización por imágenes radiológicas del tejido mamario.

La exploración clínica específica CaMa: Examen minucioso y detallado de las glándulas mamarias realizado por médico tratante o enfermera de medicina preventiva, con el fin de detectar cambios anatómicos anormales en las glándulas mamarias.

Envío a Medicina Preventiva: Es la acción de remitir a la paciente al servicio de Medicina Preventiva para realización de exploración mamario por personal de enfermería; así como capacitación para realizarse la autoexploración.

Operacionalización.

Para fines de este estudio se consideró la proporción de detecciones de CaMa, a los datos que se encontró en los expedientes de mujeres que recibieron consulta y recibieron acciones de detección.

Número de mujeres con edad de 40 a 69 años que acudieron a la consulta incluidas en el tamaño de la muestra determinada estadísticamente para alcanzar los objetivos de este estudio que no se realizan acciones de prevención

Número de mujeres que recibieron acciones preventivas

Tales datos se registraron en un instrumento diseñado ex profeso en donde se señaló si hubo: Capacitación para la Autoexploración de mama, envío a mastografía y la

exploración clínica específica CaMa por médico tratante o por enfermera de medicina preventiva con respuestas dicotómicas sí o no.

Tipo de variable: cualitativa

Tipo de escala: Nominal

Indicadores:

La exploración clínica específica CaMa SI NO

Capacitación para la autoexploración SI NO

Envío a Medicina Preventiva SI NO

Envío a mastografía SI NO

b).-Mujeres mayores de 40 años

Conceptualización

Derechohabientes del sexo femenino que acude a la CE de la UMF 61 y que de acuerdo a los datos de su número de afiliación cuenta con 40 o más años de edad cronológica en el año 2011 y documentado en el expediente correspondiente.

Operacionalización

Para fines de este estudio se consideró mujer mayor de 40 años a toda aquella derechohabiente que en su expediente o número de afiliación hayan nacido del año 1943 al año 1972.

Tipo de variable: cualitativa

Tipo de escala: Nominal

Indicadores: más de 40 años

2.4 SELECCIÓN DE LA MUESTRA. Se realizó una determinación estadística para identificar un tamaño de muestra significativo, considerando el total de mujeres mayores de 40 años de la pirámide poblacional de la Unidad de medicina familiar número 61.

A) TAMAÑO DE LA MUESTRA

Total de población (N)	15029
Nivel de Confianza o seguridad	95%
Precisión	3%
Proporción	5%
Tamaño Maestral	235

El muestreo de la selección de expedientes de las mujeres de 40 a 69 años; fue realizado por estratos de acuerdo al número de consultorios de dos turnos de atención: matutino y vespertino quedando 51% matutino y 50 % vespertino hasta alcanzar el tamaño de la muestra.

2.5 CRITERIOS DE SELECCIÓN

- Expedientes de mujeres derechohabientes con edad de 40 a 69 años de edad adscritas a la UMF 61 distribuidas administrativamente en 20 consultorios en turno matutino y turno vespertino

a) CRITERIOS DE INCLUSIÓN

- Todos los expedientes de mujeres mayores de 40 años y menores de 69, que acudieron a la consulta de medicina familiar de la UMF 61 en el período comprendido de enero a diciembre del año 2011..

b) CRITERIOS DE NO INCLUSIÓN

- Expedientes de mujeres menores de 40 años y mayores de 69 años

c) CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

- Expedientes seleccionados y con datos incompletos

2.6 PROCEDIMIENTO

Previa aprobación del comité local de investigación y de las autoridades correspondientes se procedió a visitar el archivo clínico de la unidad para realizar revisión de expedientes de pacientes que asistieron a la consulta de medicina familiar en el período comprendido enero –diciembre del año 2011; el tamaño de muestra fue determinado en forma estadística y una vez que se obtuvo la muestra representativa de la población esta fue dividida en el total de consultorios de la UMF donde se llevó a cabo el estudio seleccionados en orden consecutivo de acuerdo a la fecha de consulta recibida y el período contemplado para el estudio; en forma estratificada de acuerdo a 20 consultorios, de los cuales 10 son atendidos por médicos del turno matutino y 10 atendidos por médicos del turno vespertino; correspondiendo a cada consultorio, 11 expedientes promedio; los expedientes fueron seleccionados de acuerdo a los criterios de inclusión. De cada expediente se tomaron los siguientes datos: edad, ocupación, religión, escolaridad, estado civil, antecedentes heredofamiliares relacionados con CaMa o neoplasias malignas,

antecedentes Gineco-obstetricos: menarca, gesta, lactancia, número de hijos, abortos, síntomas climatéricos.

Uno de los investigadores, mediante una cartilla de vaciado de datos que contenía en su primera parte variables socio demográficas, y en la segunda parte los datos específicos que nos lleven a lograr el objetivo del estudio de la siguiente forma: el total de la población estudio que reunió los criterios de inclusión y que recibieron consulta en el periodo considerado en este estudio, se identificó mediante el expediente mujeres derechohabientes que recibieron acciones de prevención con dos opciones presente o ausente de los tres apartados siguientes 1 exploración en consultorio y capacitación en consultorio de médico tratante; 2da opción envío a consultorio de medicina preventiva para exploración y capacitación de autoexploración; 3ra opción envío a mastografía por médico tratante y tenemos como 4ta opción el que se haga exploración por médico tratante y envío a medicina preventiva para capacitación de autoexploración. Una vez obtenido el total de casos de la muestra representativa se determinó la proporción de pacientes que recibieron las acciones y la suma total de presentes fue el dividendo del total de la población para determinar en qué proporción se realizaron dichas acciones.

2.7 ANÁLISIS ESTADÍSTICO:

Se llevó a cabo con la elaboración de una base de datos en el programa estadístico SPSS y se procedió al análisis univariado con estadística descriptiva de las variables demográficas, presentando resultados en promedios y proporciones. El análisis comparativo se llevó a cabo con estadística inferencial, confrontando los

resultados obtenidos de la proporción de acciones de detección entre el turno matutino y vespertino.

2.8 CONSIDERACIONES ÉTICAS

El presente estudio se apegó a lo dispuesto en el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la salud. Se tomó en consideración lo que establece el Título Segundo, Capítulo I, artículo 13,14 fracción I, se ajustó a los principios éticos y científicos que lo justifiquen (SSA,1987).

Fracción V, se contará con el consentimiento informado y por escrito de cada participante.

Fracción VI, se realizará por profesionales de la salud con conocimiento y experiencia para cuidar la integridad del ser humano.

Fracción VII y VIII Se contará con la autorización del Comité de Ética e Investigación del Hospital General de Zona No.8 Y se llevará a cabo con la autorización del titular de atención de la salud y de conformidad con los artículos 31, 62, 69, 71,73 y 88 de éste reglamento.

El estudio se consideró de riesgo mínimo para los participantes, debido a que se realizaron mediciones y comparaciones en el registro de datos demográficos y clínicos según el artículo 17, fracción II.

Para que el consentimiento informado fuera considerado existente, el médico tratante de las pacientes a las que se les atendió en consultorios de la UMF 61 y responsable de las evidencias analizadas en los expedientes correspondientes para fines de esta investigación, recibió una explicación clara y completa de los

objetivos que se persiguieron con esta investigación, de tal forma que pudiera comprenderla, según el artículo 21, en sus fracciones I;II;III;IV;V;VI;VII;VIII y X de la Declaración de Helsinki.^(27,28)

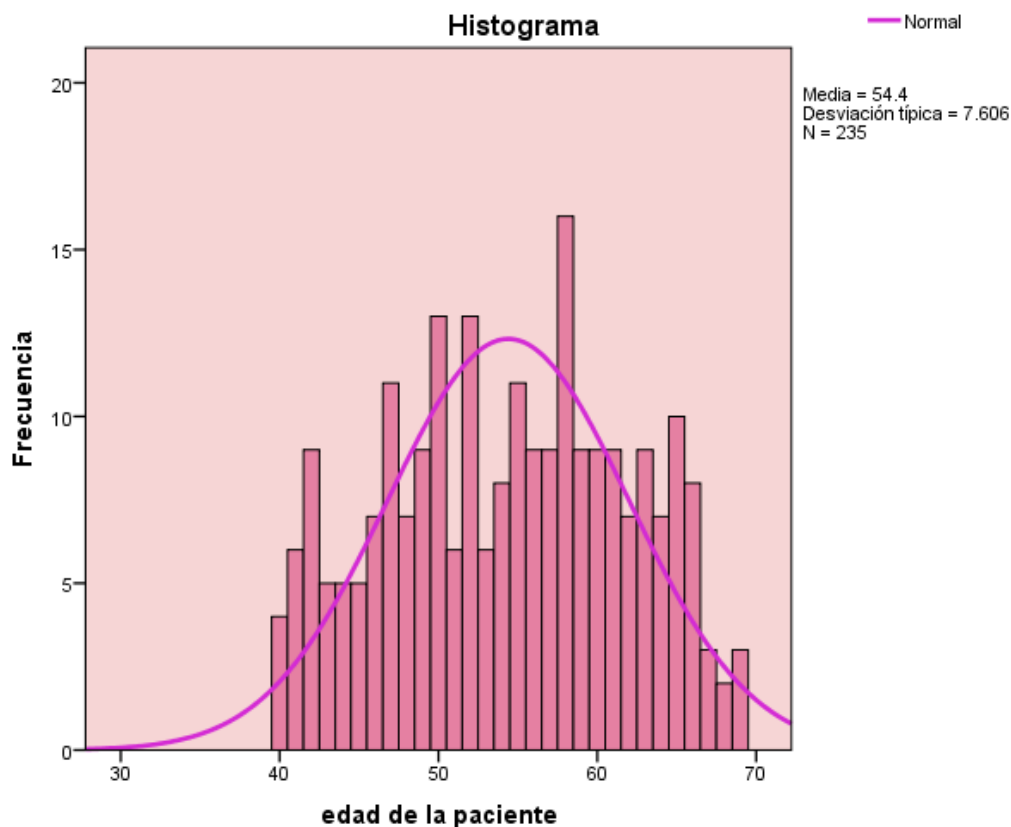
De acuerdo a las características de la presente: investigación sobre evidencia documental para alcanzar los objetivos de la misma; por lo que no se incluyó carta de consentimiento informado, se contó además de la autorización del comité local de investigación y con el permiso de las autoridades responsables del expediente clínico de la unidad médica número 61 del IMSS Córdoba, Ver.

CAPITULO III

RESULTADOS

Se realizó revisión de un total de 235 expedientes de mujeres de 40 a 69 años de edad derechohabientes a la UMF No 61 de Córdoba, Ver. Distribuidos en 20 consultorios en dos turnos: matutino con 117 y vespertino con 118 pacientes. La edad promedio 54.4 ± 7.60 años. Figura núm. 1

Figura núm. 1 Distribución por edad del total de la población estudiada



Se encontró con respecto a su ocupación lo siguiente: 20% (46) empleadas, 79% (186), amas de casa 1% (2) pensionadas y 1% (1) otro; de acuerdo a su religión 87% (205) católicas; 10% (23) cristiana; 1% (2) evangelistas y 2%(5) de otra religión. De acuerdo a la escolaridad: 5% (11) analfabetas; 50% (118) con primaria; 26% (61) secundaria; 14% (33) bachillerato y 5% (12) la licenciatura. Estado civil: 12% solteras (29); 66% (156) casadas; 26% (11) viudas; 1% (2) divorciadas y 9% (22) viven en unión libre. Tabla núm. 1

Los antecedentes oncológicos en familiares encontrados, fueron: en madre 11% (26), en hermana 2% (5), en abuela materna 2% (5) y en abuela paterna 3% (7). Tabla núm.1

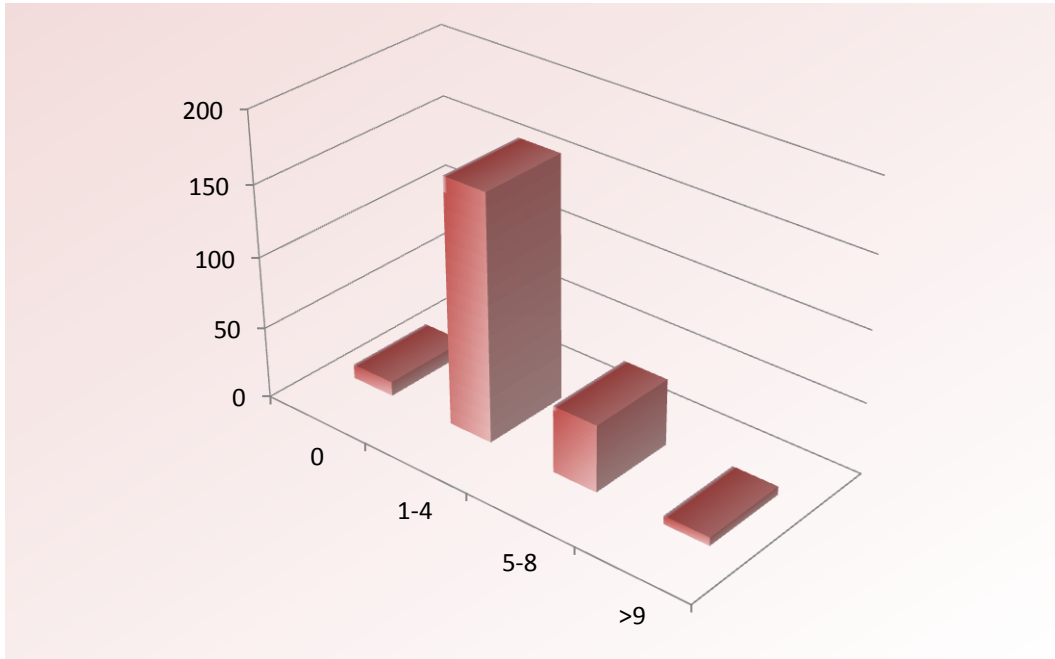
Tabla núm. 1 Frecuencias y porcentajes de las variables sociodemográficas de la población estudiada.

Variable	Frecuencia	Porcentaje
Ocupación		
Empleada	46	19.6
Ama de casa	186	79.1
Jubilada	2	0.9
Otros	1	0.4
Religión de la paciente		
Católica	205	87.2
Cristiana	23	9.8
Evangelista	2	0.9
Otros	5	2.1
Escolaridad de la paciente		
Analfabeta	11	4.7
Primaria	118	50.2
Secundaria	61	26
Bachillerato	33	14
Licenciatura	12	5.1
Estado civil		
Soltera	29	12.3
Casada	156	66.4
Viuda	26	11.1
Divorciada	2	0.9
Unión libre	22	9.4
Antecedentes oncológicos		
No se encontró	192	81.7
Madre	26	11.1
Hermana	5	2.1
Abuela materna	5	2.1
Abuela paterna	7	3

Entre los antecedentes personales no patológicos del total de la población estudiada se observó que 89% (208) dieron lactancia materna y 11% (27) no dieron. Y los

antecedentes gineco-obstétricos se encontró: número de gestas: 4% (10) sin embarazos, de 1 a 4 gestas 73% (172); 5 a 8 gestas 20% (47) y más de 9 gestas 3% (6). Figura 2

Fig. Núm. 2. Frecuencia de acuerdo al número de embarazos de la población de estudio



Con relación al número de hijos vivos se encontró: ninguno 4% (10), de 1 a 3 hijos 67% (157); de 4 a 6 hijos 23% (55); más de 7 hijos 6% (13). Se encontró que el 74% (174) presentaron 0 abortos, el 19% (44) con 1 aborto y el 7% (17) más de 2 abortos; 34% (79) presentaron síndrome climatérico y 66% (156) no; 27% (63) mujeres hicieron uso de algún método anticonceptivo y 73% (172) no; Tabla núm. 2 de acuerdo al tipo de método de anticoncepción utilizado se encontró que 32% (51) emplearon anovulatorios orales; el 11% (17) inyectables y el 1% (2) emplean transdérmicos. Figura núm.3; el tiempo de uso fue: 13% menos de 1 año (8), 62% 1-3 años (39), 17% 4 a 6 (11) y 8% (5) >6

Fig.3. Frecuencia de la población de acuerdo al uso de métodos anticonceptivos

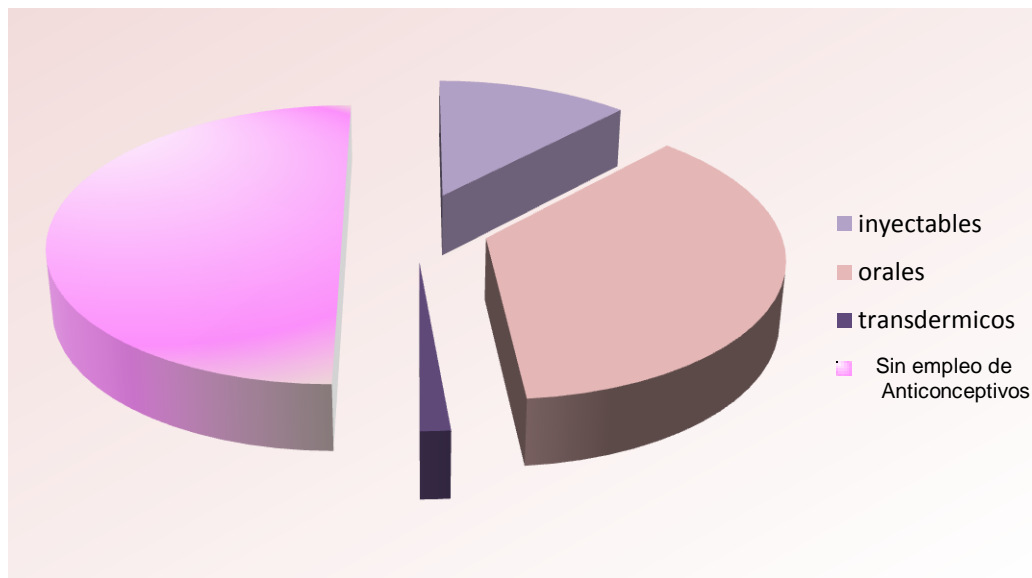


Tabla núm. 2 Antecedentes de lactancia , climaterio y número de hijos de la población estudiada

Número de hijos		
0	10	4
1 a 3	157	67
4 a 6	55	23
>6	13	6
Abortos		
Ninguno	174	74
1	44	19
>2	17	7
Lactancia		
Si	208	88
No	27	12
Síndrome climatérico		
Si	79	34
No	156	66

De acuerdo a las acciones de prevención que se hacen en el consultorio de medicina familiar, en el grupo de estudio se encontró que al 21% (50) se les realizó exploración de mama por parte del médico tratante, siendo 33 del turno matutino y 17 del turno vespertino; y 79% (185) no se les realizó la exploración; a 31% (72) el médico tratante las capacitó para realizarse la autoexploración, 46 del turno matutino y 26 del turno vespertino y a 69% (163) no se les capacitó. El 51% (119) fueron enviadas por el médico al servicio de Medicina Preventiva, 67 fueron del turno matutino y 52 del turno vespertino y a 49% (116), no se envió a servicio de apoyo de prevención. El 31% (72) fueron enviadas por su médico tratante para realización de mastografía, 46 del turno matutino y 26 del turno vespertino y el 69% (163) no fueron enviadas a dicho estudio.

Tabla núm. 3

De 167 mujeres de entre 50 a 69 años de edad sólo 43% (72) fueron enviadas a mastografía por parte del médico familiar.

Se encontró que 16 de las 235 mujeres se les había realizado las 5 acciones preventivas contra CaMa, de las cuales 13 son del turno matutino y 3 del turno vespertino, a 11 se le realizaron sólo 4 acciones preventivas 9 del turno matutino y 2 del turno vespertino; a 28 se le realizaron 3 acciones 14 del turno matutino y 14 del turno vespertino; a 29 se le realizaron 2 acciones preventivas 15 del turno matutino y 14 del turno vespertino y a 9 sólo se les realizó una acción preventiva 3 del turno matutino y 6 del turno vespertino.

La proporción de acciones para la detección oportuna de CaMa en 235 mujeres de 40 a 59 años; fue el 100%, 16 (cuatro acciones); El 75% ,13(tres acciones); 50%, 29(dos acciones); y 25%, 9 (una acción). Del total de la población estudiada la proporción del 100% de acciones fue de 6.8%. Obteniéndose una razón de 1 paciente por 14 que no que se realizan el 100% de acciones de prevención para CaMa.

Tabla Núm. 3 Relación por turno de las acciones enfocadas a la prevención de CaMa realizadas (si) o no realizadas (no) por médico familiar.

Acciones de prevención	Matutino				Vespertino				Valor de p
	Frecuencia		Porcentaje		Frecuencia		Porcentaje		
	si	no	si	no	si	no	si	no	
Exploración de mama por médico tratante.	33	84	66	45	17	101	34	55	0.010
Auto capacitación por médico tratante.	46	71	64	44	26	92	36	56	0.004
Envío a Medicina Preventiva para exploración de mama.	67	50	56	43	52	66	44	57	0.043
Envío a Medicina Preventiva para capacitación de autoexploración de mama.	67	50	56	43	52	66	44	57	0.043
Envío a Mastografía	46	71	64	44	26	92	36	56	0.004

CAPÍTULO IV

DISCUSIÓN.

De acuerdo a lo reportado en la literatura con respecto a la detección temprana para CaMa mediante acciones preventivas, se ha identificado que es la estrategia más eficaz para reducir la mortalidad por dicha enfermedad (29, 30,31)

El diagnóstico se basa en 3 aspectos fundamentales: la autoexploración mamario, el examen clínico y la realización de mastografía(32). Aunque existe evidencia muy controversial sobre la eficacia de la detección temprana por medio de la autoexploración y el examen clínico de los senos; se dice que en países con ingresos limitados para un programa de cribado por medio de mastografía; estas técnicas pueden coadyuvar en la detección de signos y síntomas desencadenantes del CaMa y se han observado beneficios significativos como es disminución del tiempo entre la detección de alguna anormalidad de la mama y el acudir a consulta con su médico familiar.(29,30,33) En este estudio se encontró que la realización de exploración de mama por el médico tratante sólo se llevó a cabo en un 21% del total de la población estudiada, a 31% se les capacitó para la autoexploración de mama, al 51% se les envió al servicio de Medicina Preventiva para la realización de exploración de mamas así como capacitación para la autoexploración mamario y sólo al 43% se le envió a realización de mastografía, de acuerdo a la edad establecido en la NOM 041. Con estos resultados encontramos que las acciones preventivas para la detección oportuna del CaMa realizadas son menor de lo que se espera de acuerdo a los lineamientos, como son la NOM -041: *Para la prevención, diagnóstico, tratamiento, control y vigilancia epidemiológica del CaMa* (34) y la Guía de práctica clínica: *Prevención, tamizaje y referencia oportuna de casos sospechosos de CaMa en el primer nivel de atención.* (35)

Con relación a los resultados anteriores se llevó a cabo un análisis comparativo entre el turno matutino y vespertino donde se observó que el turno matutino es el que lleva a cabo más acciones preventivas para la detección de CaMa, lo cual es evidente en el análisis estadístico resultando una diferencia estadísticamente significativa. La acción

mayormente realizada en el total de la población es el envío a Medicina Preventiva por parte del médico tratante y la menos realizada es la exploración clínica de mama.

Aunque hay que hacer notar que en el turno vespertino se encontró que en mayor proporción se envían más a pacientes a Medicina Preventiva con relación a las pacientes que exploran.

En la literatura revisada se comenta que se espera un 70% de acciones realizadas en el total de la población que asiste a la consulta externa de MF⁽³⁶⁾. En este estudio se encontró que se realizan el 100% de las acciones en el 6.8% de 235 estudiados; esto nos habla que el porcentaje es muy por debajo de lo esperado. Encontrándose una razón de 1:14 pacientes a las que se les realiza acciones preventivas al 100%.

Se ha reportado que el diagnóstico precoz del CaMa puede reducir el riesgo de muerte temprana del 79% al 56% a los 50 años, aunque en otros estudios se reporta una reducción del 63% en las muertes y la posibilidad de mejorar el pronóstico en mujeres que se sometieron regularmente a la mamografía entre los 42 y 49 años de edad. ⁽³¹⁾

Por lo que es importante con los resultados obtenidos confrontados con los hallazgos reportados en la literatura, que en esta unidad existe una gran área de oportunidad para planear e implementar estrategias en la sensibilización y concientización al médico familiar con relación a su desempeño buscando con ello el debido apego a la NOM 041: *Para la prevención, diagnóstico, tratamiento, control y vigilancia epidemiológica del CaMa* así como la Guía de práctica clínica: *Prevención, tamizaje y referencia oportuna de casos sospechosos de CaMa en el primer nivel de atención*; que impacte en la prevención y detección oportuna de CaMa en la población de mujeres derechohabientes que están bajo su responsabilidad.

Se estudiaron algunos datos que pueden ser considerados factores de riesgo para el desarrollo de CaMa, como son: no lactancia 12%, uso de anovulatorios 27%, nulíparas 4%, antecedentes familiares de primera línea de CaMa, dado que la NORMA Oficial Mexicana NOM-041-SSA2-2002, Para la prevención, diagnóstico, tratamiento, control y vigilancia epidemiológica del CaMa establece que la mamografía debe de ser realizada anual o bianual a todas aquellas mujeres de 40 a 49 años con dos o más factores de riesgo.⁽³⁴⁾

Las acciones de prevención para la detección oportuna de CaMa, se realizan en un porcentaje bajo en el consultorio de medicina familiar de la UMF 61; y la que más se realiza en este grupo de estudio es exploración de mamas; se observó que el envío a mastografía en el grupo de mujeres de 50 a 69 años de edad como la marca la NOM 041 se realizó solo en un 43% por lo que debe hacerse mención del poco apego por parte del médico familiar a dicha norma, así como a la Guía de práctica clínica para la prevención, tamizaje y detección de CaMa en el primer nivel. Es importante mencionar que existe una diferencia marcada entre el turno matutino y turno vespertino, se encontró que en el turno matutino se realizan más acciones de detección oportuna de CaMa que, al aplicarle en análisis estadístico resulta una diferencia estadísticamente significativa. Con estos resultados identificamos que, es de suma importancia la concientización al médico familiar para la realización de estas medidas preventivas dado el impacto que provoca la presencia del CaMa tanto a nivel familiar como social. Es necesario acotar que estos datos fueron tomados de los expedientes del grupo de pacientes estudio, por lo tanto corresponde a las evidencias que deja el médico por escrito en el mismo.

CAPÍTULO V

CONCLUSIONES

Las acciones de prevención para la detección oportuna de CaMa, se realizan en un porcentaje bajo en el consultorio de medicina familiar de la UMF 61; y la que más se realiza en este grupo de estudio es exploración de mamas; el envío a mastografía en el grupo de mujeres de 50 a 69 años se realizó solo en un 43%. Así también se encontró que el turno matutino realiza más acciones preventivas en comparación al turno vespertino.

Con los resultados de esta investigación concluimos que es necesario fortalecer los programas de prevención en la fase de implementación, ya que está determinado que las acciones de detección oportuna del CaMa tienen gran impacto en la prevalencia del mismo así como en la mortalidad en la mujer por la presencia de esta patología.

BIBLIOGRAFÍA

- 1.- Lugones, M.; Ramírez M. Aspectos históricos y culturales sobre el CaMa. Rev Cubana Med Gen Integr. 2009; 25(Supl 3):160S-166S
- 2.- López Mendoza L, Méndez Martínez M A. Detección oportuna de CaMa en la consulta externa (clínica de mama) del Hospital Regional General Ignacio Zaragoza. Revista de Especialidades Médico-Quirúrgicas 2008; 13(Supl 2):45-49
- 3.-Lozano-Ascencio R, Gómez-Danés H, Lewis S, Torres-Sánchez L, López-Carrillo L. Breast cancer trends in Latinoamérica and the Caribbean. Salud Pública Mex 2009; 51(Suppl. 2):147S-156S.
- 4.-Smith AR, Caleffi M, Ute-Susann A, Chen T, DuffyW S, Franceschi D, et.al. El CaMa en los Países de Recursos Limitados: Detección Temprana y Acceso a la Asistencia. The Breast Journal, 2007; 13(Supl 1):16S–29S
- 5.-Pollán M, García-Mendizabal MJ, Pérez-Gómez B, Aragonés N, Lope V, Pastor R, et. al. Situación epidemiológica del CaMa en España. Psicooncología. 2007; 4, (2-3 supl):231S-248S.
6. - Porter PL. Global trends in breast cancer incidence and mortality. Salud PubMex 2009; 51(supl 2):141S-146S
- 7.-Cabrera-Gaytán DA, De La Rosa-Montañó BM, Kuri-Morales PA. CaMa en México: perfil epidemiológico a partir de los sistemas de información y vigilancia epidemiológica, 1998-2006 GAMO 2008;7 (5)
- 8.-Valencia-Mendoza A, Sánchez-González G, Bautista-Arredondo S, Torres-Mejía G, Bertozzi SM. Cost-effectiveness of breast cancer screening policies in Mexico. Salud Publica Mex. 2009; 51 (suppl2):296S-304S
- 9.-Frenk,J.Sensibilización, detección temprana y combate a los prejuicios. Claves en la lucha contra el CaMa. Salud Púb de Méx 2009; 51 (supl 2) 135S-137S

- 10.- Pollán M. Epidemiology of breast cancer in young women. *Breast Cancer Res Treat* (2010) 123:3–6
- 11.- International Agency for Research on Cancer GLOBOCAN 2008 Breast Cancer Incidence, Mortality and Prevalence Worldwide in 2008 Summary, consultado el día 22 de noviembre del 2011 www.globalcan.iarc.fr
- 12.-González-Robledo LM, González-Robledo MC, Nigenda G, López-Carrillo L. Acciones gubernamentales para la detección temprana del CaMa en América Latina. Retos a futuro. *Salud Pública Mex* 2010; 52:533-543.
- 13.-American Cancer Society. Breast cáncer facts and figures 2007-2008. Consultado el día 14 de Noviembre del 2011 en www.cancer.org.
- 14.- Knaul FM, Nigenda G, Lozano R, Arreola-Ornelas H, Langer A, Frenk J. Breast cancer in Mexico: an urgent priority. *Salud Publica Mex* 2009; 51(suppl2):S335-344S.
- 15.- Knaul F, Arreola-Ornelas H, Lozano R, Gómez Dantés H. México: numeralia de CaMawww.tomateloapecho.org.mx revisado el día 13/10/2011.
- 16.-Silva Lira LM, Ríos Rodríguez N. Estudio mamario integral en el Hospital General de México: frecuencia y clasificación BI-RAD S. Experiencia de un año. *Anales de Radiología México* 2011; 2:91-97.
- 17.- Torres-Arreola Lp, Vladislavovna DoubovaS. CaMa .Detección oportuna en el primer nivel de atención. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc.* 2007; 45 (2): 157-166
- 18.- Rodríguez-Cuevas, SA, Guisa-Hohenstein F, Labastida-Almendaro S, Espejo-Fonseca R, Capurso-García M, Ruvalcaba-Limon E, et. al. Resultados del primer programa de detección oportuna de CaMa en México mediante pesquisa con mastografía. *GAMO.* 2009; 8 (3): 83-96
- 19.- Majnaric Trtica L, Strnad M, Gmajnic R, Ebling B, Ebling Z, Markovic I. Efforts in Fighting against Cancer in Croatia Have to be Focused on the Primary Health Care *Antropol.* 2008 (32) 3:709-724

- 20.- Uchida, M. Mamografía de screening y realidad chilena. Revista Chilena de Radiología. 2008; 14(3): 130-134.
- 21.- Knaul, F,M; López Carillo, L; Ponce Lazcano, E. CaMa: un reto para la sociedad y los sistemas de salud. Salud Pública de México 51(2): 2009; 138S-140S
- 22.-López Carrillo L, Suárez-López L, Torres-Sánchez L. Breast cancer examination in Mexico: Summary of the results from the National Survey of Reproductive Health 2003. Salud Publica Mex 2009; 51(2suppl):345S-349S.
- 23.-Patricia Williams K, Mabiso A, Todem D, Hammad A, Hill-Ashford Y, Hamade H. Differences in Knowledge of Breast Cancer Screening Among African American, Arab American, and Latina Women Preventing chronic Disease. January 2011 8(1): 1-11
24. - Vahit Ozmen. Breast cancer in the world and Turkey. The Journal of Breast Health 2011 7(1): VII-XII
25. - Vahit Ozmen, Breast cancer screening: current controversies. The Journal of Breast Health 2011 7(1): 1-4
- 26.- Nelson H, Tyne K, Naik A ,Bougatsos C, Chan BK, Humphrey L, Screening for Breast Cancer: An Update for the U.S. Preventive Services Task Force. Annals of Internal Medicine 151(10): 727-737
- 27.- Matellanes B D, Bagó J, Nardi J. Ética y legislación en la investigación clínica. Trauma. 2010. 1(7): 60-64
- 28.- Sierra X. Ética e investigación médica en humanos: perspectiva histórica. Actas Dermosifiliogr. 2011. 180(10) 1-7
- 29- González-Robledo María C., González-Robledo Luz M., Caballero Marta y Aguilar-Martínez Matilde E. Formación de médicos y enfermeras para la detección temprana del CaMa en México Salud Publica Mex 2011; 13 (6): 966-979.

- 30- Romaní Franco, Gutiérrez César, Ramos-Castillo José. Autoexamen de mama en mujeres peruanas: prevalencia y factores sociodemográficos asociados. Análisis de la Encuesta Demográfica de Salud Familiar (ENDES) An Fac Med. 2011; 72 (1) 23-31.
- 31- Manrique FG, Ospina JM, Vega NA, Morales AL, Herrera G. Factores asociados a la práctica correcta del autoexamen de mama en mujeres de Tunja (Colombia). Invest Educ Enferm. 2012; 3: 18-27.
- 32.- Apodaca Pérez Eva Caridad. Enfoque comunitario y preventivo de las mastopatías Revista Cubana de Medicina General Integral. 012; 28(1):78-92.
- 33.- Agudelo Botero, Marcela. Determinantes sociodemográficos del acceso a la detección del CaMa en México: una revisión de las encuestas nacionales Salud Colectiva, Buenos Aires, 2013; 9 (1):79-90.
- 34.- NORMA Oficial Mexicana NOM-041-SSA2-2002, Para la prevención, diagnóstico, tratamiento, control y vigilancia epidemiológica del CaMa
- 35.- Guía Práctica Clínica para la Prevención, Tamizaje y Detección de casos sospechosos de cáncer de mama en el primer nivel de atención.
- 36.- Quintana Vidaurri Guadalupe Adriana, Santana-Chávez Luis Alejandro, González-Villalobos Cynthia Guadalupe Mercadotecnia social para detectar el cáncer de mama Su impacto clínico Rev Med Inst Mex Seguro Soc. 2013; 51(4):432-7

VIII. CRONOGRAMA.

Las actividades que se tienen contempladas para realizar satisfactoriamente esta investigación son las siguientes; 1. Planteamiento del problema; 2. Diseño de instrumentos colectores; 3. Presentación ante el comité de investigación; 4. Autorización del comité de investigación; 5. Levantamiento de los datos; 6. Depuración y tabulación de los datos; 7. Presentación de los datos. Estas actividades se llevaran a cabo en el periodo comprendido de Agosto de 2011 y concluyendo el mes de Diciembre 2013. Teniendo como estimaciones las siguientes anotaciones.

ACTIVIDAD	JULIO 2011 enero 2012	Febrero 2012	Enero 2012 A julio 2012	Agosto 2012	septiembre 2012	Enero2013- Novio 2012	Noviembre 2012	Diciembre 2013
Planteamiento del problema	X							
Diseño de los instrumentos colectores		X						
Presentación ante el comité de investigación				X				
Autorización del comité e investigación					X			
Levantamiento de los datos						X		
Depuración y tabulación de los datos.							X	
Presentación de los resultados								X

Anexos

Cartilla colectora de datos

PROYECTO

DETECCIÓN OPORTUNA DE CA DE MAMA

ACCIONES REALIZADAS EN MUJERES MAYORES DE 40 AÑOS

Nombre del paciente:

Edad_____ocupación_____Religión_____

Escolaridad_____estado civil_____

Antecedentes heredofamiliares relacionados con CaMa o neoplasias malignas

Madre____ hermanas____ abuela Materna____ Abuela Paterna_____

Antecedentes GO: Menarca_____ Gesta_____ Lactancia_____ número de hijos_____ abortos_____ síntomas climatéricos_____

Uso de Anovulatorio SI____ NO____

Tiempo _____ Tipo: Orales ____Inyectables____ De depósito (transdérmicos) _____

1.-Exploración en consultorio por médico tratante	Sí	No
2.-capacitación sobre autoexploración en consultorio por médico tratante	Sí	No
3.- Envío a consultorio de medicina preventiva por médico tratante para exploración	Sí	No
4.-Envío a consultorio de medicina preventiva por médico tratante para capacitación de autoexploración	Sí	No
5.- Envío a mastografía por médico tratante	Sí	No



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

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

Dictamen de Autorizado

Comité Local de Investigación y Ética en Investigación en Salud 3102
H GRAL ZONA NUM 8, VERACRUZ SUR

FECHA 10/09/2012

MTRA. MARIA AUREA MENDOZA OLVERA

P R E S E N T E

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

DETECCIÓN OPORTUNA DE CA DE MAMA ACCIONES REALIZADAS EN MUJERES MAYORES DE 40 AÑOS En Una Unidad de Medicina Familiar

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

Núm. de Registro
R-2012-3102-9

ATENTAMENTE

DR.(A). JOSÉ RAMÓN DELGADO MARTÍNEZ
Presidente del Comité Local de Investigación y Ética en Investigación en Salud No. 3102

IMSS

SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL