



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
COORDINACION DE EDUCACION E INVESTIGACION MÉDICA  
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 27  
TIJUANA, BAJA CALIFORNIA



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE BAJA CALIFORNIA  
FACULTAD DE MEDICINA Y PSICOLOGÍA  
TIJUANA BAJA CALIFORNIA

DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO E INVESTIGACION  
POSGRADO EN MEDICINA FAMILIAR

### **TITULO DEL PROYECTO:**

## **FACTORES CONDICIONANTES Y TIEMPO TRANSCURRIDO PARA EL DIAGNOSTICO NO OPORTUNO DE CÁNCER DE MAMA EN DERECHOHABIENTES DEL IMSS TIJUANA, MÉXICO**

NOMBRE Y GRADO DEL INVESTIGADOR:

LORENA MORA GALVAN

RESIDENTE DEL TERCER AÑO EN MEDICINA FAMILIAR

TELEFONO Y CORREO ELECTRONICO DEL INVESTIGADOR:

664 674 39 32

[LORENAMORAGAL@HOTMAIL.COM](mailto:LORENAMORAGAL@HOTMAIL.COM)

LUGAR DE REALIZACION DEL PROYECTO:

TIJUANA BAJA CALIFORNIA, OCTUBRE DE 2015

NOMBRE DEL ASESOR:

DRA. MARIA EUGENIA DUARTE MELGOZA

## **AGRADECIMIENTOS**

Dr. Muñoz gracias por aguantarme muchas mañanas, ayudarme a capturar pacientes y enseñarme un mucho de oncología en los ratitos libres, al departamento de radioterapia por su colaboración y amabilidad; Dra. María Eugenia Duarte por su gran ayuda y su disponibilidad aunque haya tenido supervisión, sin usted créame esto hubiera sido difícil; Dr. Sánchez por impulsarme para ser siempre mejor, ayudarme a tomar decisiones difíciles, aguantar y entender mis enojos; por su apoyo, y sobre todo por ser un gran amigo además de maestro, mil gracias...

A mis padres y hermanos por aguantar mis desvelos, mi ausencia, y los buenos y malos momentos durante la especialidad; por escuchar una y mil veces mi redacción ¡gracias!; a Andrés y a Dante por enseñarme que la vida no solo se trata de trabajar y estudiar, a toda la familia por su comprensión y apoyo. A Matteo por ser mi Luz, te amo.

Dedico mi trabajo a los seres queridos que ya no están.

## ÍNDICE

Marco Teórico .....	1
Planteamiento del Problema.....	6
Justificación.....	7
Objetivos.....	8
Material y Métodos.....	9
Definición conceptual de variables.....	11
Resultados.....	12
Discusión.....	21
Conclusiones.....	23
Anexos.....	25
Bibliografía.....	33

## MARCO TEÓRICO

El Cáncer de Mama representa uno de los principales problemas de salud Pública mundial, tanto por su incidencia como por su mortalidad. Según la OMS en el 2005 de las 58 millones de muertes que se registraron en el mundo 7.6 millones (13%) se debieron al cáncer; de las cuales 502 000 muertes anuales fueron por a cáncer de mama, ocupando el primer lugar en mortalidad en mujeres<sup>1</sup>.

El cáncer de mama es la forma más común de cáncer entre las mujeres de países occidentales, la cual constituye del 20 a 25% de todos los casos de cáncer de la mujer contribuyendo con un 15 a 20% de la mortalidad por cáncer. La incidencia durante la vida de una mujer es aproximadamente de 1 en 9 mujeres. El riesgo de padecer cáncer se eleva con la edad y se ha triplicado para mujeres que han nacido después de 1950 en comparación con las nacidas a principio del siglo XX. Existen grandes diferencias en las tasas de incidencia y mortalidad por cáncer de mama en el mundo, existiendo una variación en cuanto mortalidad desde el 19.9 por 100 mil mujeres en la india, hasta 89.2 por 100 mil mujeres blancas en EUA, observándose las tasas más altas de mortalidad en países más desarrolladas como son Europa, Norteamérica y Oceanía<sup>2</sup>.

En México; en el 2002 se reportaron 11.064 nuevos casos de cáncer de mama entre las mujeres mexicanas, cifra que representa 18% del total de nuevos casos relacionados con otros tumores malignos. Presentando una prevalencia del 26% ocupando el primer lugar en relación con otros tipos de cáncer<sup>1</sup>.

En cuanto a la prevalencia por entidad federativa en México, Jalisco es el estado con mayor cobertura con el 20%, seguido de Aguascalientes, Colima, el DF, Guanajuato, Hidalgo, Nayarit, Puebla, Querétaro y San Luis Potosí que registran coberturas por arriba del 15%; en entidades como Baja California, Coahuila,

Chihuahua, Sonora y Tabasco se presentan índices alrededor del 10%, en Chiapas y en Tamaulipas la detección se realiza solo en una de cada 10 mujeres<sup>7</sup>.

A pesar de que la tasa de mortalidad esta disminuyendo en algunos países, el cáncer de mama permanece como la primera causa de muerte en mujeres entre los 35 y 55 años de edad; raramente afecta a mujeres jóvenes. El riesgo de ocurrencia es mas frecuente a medida que avanza la edad; la mayoría de los casos se dan en mujeres a partir de los 50 años en adelante. Afecta principalmente a mujeres de raza blanca. Aproximadamente un 70% de los casos ocurren en mujeres que ya han llegado a la menopausia<sup>8</sup>.

Debido a la gran incidencia y prevalencia de este padecimiento es considerado un problema prioritario de salud, existiendo programas para su detección oportuna en todas las instituciones de salud.

La Asociación Americana del Cáncer recomienda que todas las mujeres deben ser capacitadas y deben de realizar cada mes el autoexamen mamario, un examen medico anual y la realización de la mamografía inicial entre los 35 y 40 años de edad, la cual deberá repetirse cada año o cada dos años dependiendo de la edad de la paciente y de la presencia de factores de riesgo<sup>3,4</sup>. Por su parte la Norma Oficial Mexicana (NOM) recomienda la autoexploración de mamas a partir de la menarca entre el séptimo y décimo día del ciclo menstrual y en un día fijo en la postmenopausia, una exploración física anual por personal de salud a partir de los 25 años y la realización de mastografía a partir de los 40 años<sup>8</sup>.

La exploración clínica de la mama es capaz de identificar el 10% al 25% de los cánceres de mama que escapan a la mastografía<sup>5,6</sup>.

Estudios realizados en pacientes mexicanas de Veracruz y Nuevo León han documentado que más del 90% de tumores mamarios son detectados por la propia

paciente mediante la autoexploración, y solo una mínima parte de la población es diagnosticada inicialmente por el médico o personal de salud, lo que demuestra que la prevalencia de autoexploración de mama es alta, pero no siempre se realiza de la manera correcta, y que existe una falta de instrucción en la técnica lo que es la causa principal para no realizar esta actividad<sup>5</sup>.

El panorama de las condiciones en que se encuentra el programa de Detección Oportuna de Cáncer de Mama es muy claro, este presenta una baja cobertura por no llegar a su población blanco, poca eficacia pues las mujeres se detectan en estadios avanzados y de muy bajo impacto por incidir escasamente en la mortalidad<sup>9</sup>.

En cuanto a la identificación de lesiones mamarias malignas en México existe un estudio el cual reporta que de un total de 256 mujeres estudiadas, solo el 10% fue diagnosticado en estadio I, el resto de las pacientes presentaba tumores en con metástasis regionales, estadios IIB en adelante<sup>5</sup>, lo cual nos hace darnos cuenta de que el diagnóstico del cáncer de mama en México se está llevando a cabo de manera no oportuna.

Se han realizado diversos estudios que tratan sobre la demora o tardanza en el diagnóstico de enfermedades malignas, en los cuales se menciona que el retraso se debe tanto a factores dependientes de la biología del tumor y su capacidad para generar síntomas, como a factores socioculturales, sociológicos, del sistema sanitario y económicos<sup>9</sup>. Por lo que en el retraso del diagnóstico de cáncer de mama se puede responsabilizar tanto al paciente por su desconocimiento sobre la enfermedad, miedo o costumbres o bien al sistema de salud por su ineficacia en el funcionamiento o bien a ambos<sup>10</sup>.

La cantidad de tiempo contabilizado como retraso en el diagnóstico de cáncer de mama es muy variable, según las distintas publicaciones, se ha manejado como

tiempo promedio de 1 a 3 meses en Estados Unidos, en China de 1 semana a más de 6 meses<sup>11</sup>. En Perú de 1 semana a 8 años con una media de 8-9 meses<sup>13</sup>. En Egipto se realizó un estudio que estableció que el 48.2% de los pacientes con cáncer de mama se demoraron más de 33 meses para acudir a su primer consulta, de las cuales el 98.4% no lo hicieron por tener miedo al diagnóstico de cáncer<sup>14</sup>.

Según la Guía Técnica 2004 IMSS para la detección y atención Integral del cáncer de mama se establece como atención oportuna a un período de 7 días o menos entre la detección anormal por médico familiar y la primer consulta para diagnóstico por el servicio de Oncología, 30 días o menos transcurridos desde la fecha de detección y la fecha del diagnóstico histopatológico. Y 21 días o menos para el tiempo transcurrido entre la fecha de diagnóstico histopatológico y el inicio del tratamiento ya sea farmacológico o quirúrgico<sup>2</sup>.

En cuanto a modificación de los factores de riesgo para desarrollar cáncer de mama el panorama es poco alentador ya que los factores que han sido identificados como menarca temprana, nuliparidad, menopausia tardía, periodo estrogénico prolongado, y antecedentes familiares, no son susceptibles de modificación, de hecho parecen estar relacionados con el desarrollo económico y el cambio en el comportamiento reproductivo de las mujeres mexicanas hacia uno similar a las mujeres de países desarrollados<sup>14</sup>.

El tratamiento y pronóstico de las pacientes con cáncer de mama dependerá del estadio en el que se encuentre la enfermedad en el momento del diagnóstico, presentando una mejor respuesta cuando este se realiza en etapa temprana; por lo que es necesario que el equipo de salud ponga atención especial en la educación de la población con factores de riesgo para cáncer de mama y en llevar a cabo de forma adecuada los métodos de pesquisa para incrementar la obtención de un diagnóstico

oportuno. Es necesario que las pacientes sean informadas sobre la enfermedad, principalmente sobre el conocimiento de los factores de riesgo, en particular los relacionados con el comportamiento reproductivo, se promocioe y enseñe la técnica de autoexploración ya que esta sigue siendo la manera mas frecuente de diagnóstico, y se promueva la exploración por parte de personal de salud capacitado además del seguimiento adecuado de las pacientes por parte del personal de salud <sup>7</sup>.

Antes de emitir un diagnóstico definitivo de cáncer de mama en las pacientes se deben considerar los datos de la evaluación con la triple prueba diagnóstica, elaborándose en primer lugar el diagnóstico clínico, en segundo lugar el diagnóstico mamográfico y en tercero el diagnóstico histopatológico, por lo que es necesario que el equipo de salud vea a las pacientes mediante una actividad multidisciplinaria, por lo que cada institución debe contar con un equipo médico el cual debe estar conformado por un médico familiar, médico radiólogo, técnico radiólogo, anatomopatólogo, oncólogo o ginecólogo capacitado en patología mamaria, y una enfermera capacitada en consejería. <sup>16</sup>

## **PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

¿Cuál es el tiempo total transcurrido para el diagnóstico del cáncer de mama en mujeres derechohabientes del IMSS Tijuana, y cuáles son los factores determinantes para la tardanza del diagnóstico tanto por parte de las pacientes como de la institución?

## **JUSTIFICACIÓN**

La mortalidad por cáncer de mama en nuestro país mantiene su tendencia al incremento, a menos que se logre aumentar la proporción de mujeres diagnosticadas en la etapa de los tumores in situ. Desafortunadamente en México, la mayoría de las mujeres con cáncer mamario son diagnosticadas en estadios avanzados, esto a pesar de que el sector salud cuenta con personal, instalaciones y equipo adecuados para llevar a cabo un programa de detección oportuna eficaz.

Existen múltiples factores que influyen en el tiempo transcurrido para la detección del cáncer de mama, pudiendo estos estar relacionados con la paciente o directamente con los servicios de salud pública, es necesario identificar cuales se hacen presentes en nuestra población así como conocer el tiempo promedio transcurrido en establecer el diagnóstico desde el inicio de los síntomas, y determinar cuales son los principales factores desencadenantes de la tardanza. Logrando así detectar las debilidades en el proceso de detección - diagnóstico - tratamiento para que estas puedan ser corregidas.

## **OBJETIVOS**

### **OBJETIVO GENERAL:**

Analizar el tiempo transcurrido y los factores condicionantes para un diagnóstico no oportuno de cáncer de mama en derechohabientes del IMSS Tijuana, México.

### **OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

1. Identificar las causas, atribuibles a la mujer que influyen en la demora del diagnóstico de cáncer de mama.
2. Determinar el tiempo transcurrido desde el inicio de la sintomatología mamaria a la primera consulta, efectuar e interpretar una mamografía, así como para el envío con oncología, elaboración de biopsia, establecimiento del diagnóstico e inicio del tratamiento y si la atención que se brinda se hace oportunamente.
3. Describir los factores que influyen por parte de la institución para la demora en el diagnóstico.

## MATERIAL Y MÉTODOS

Se realizó un estudio transversal, descriptivo, retrospectivo en mujeres derechohabientes del IMSS de la ciudad de Tijuana, México, con diagnóstico de cáncer de mama. Las entrevistas se llevaron a cabo por el investigador a pacientes que acudieron a la consulta externa de Oncología y al servicio de radioterapia en el HGR no. 20 del IMSS, durante un período comprendido de Octubre a Diciembre del 2007, con un horario 8:00 a.m. a las 10:00 a.m. Y de 14:00 a 16:00hrs. Los criterios de inclusión para la selección de pacientes fueron que se contara con el diagnóstico establecido de cáncer de mama, ser derechohabientes del IMSS Tijuana, con expediente clínico, quienes aceptaron participar en el estudio y que firmaron consentimiento informado conforme a las normas éticas de la Declaración de Helsinki de 1975. Los criterios de exclusión fueron quienes no desearon participar en el estudio, las mujeres diagnosticadas en IMSS que no contaban con reporte histopatológico en expediente clínico o las diagnosticadas en otras instituciones que no contaran con nota de envío de otro servicio de segundo nivel. Se realizó un muestreo conveniente; para el cálculo de la muestra se tomó en cuenta el censo nominal de pacientes con cáncer de mama del servicio de oncología y del departamento de epidemiología del HGR 20 IMSS Tijuana, B. C. Se aplicó un cuestionario estructurado elaborado por el investigador, basado en el cuestionario de autopsia verbal del IMSS en el cual se manejaron las siguientes variables: Sociodemográficas (Ocupación, escolaridad, edad, nivel socioeconómico, estado civil), antecedentes heredo familiares de cáncer de mama, conocimiento sobre la enfermedad, método de detección, exploración por parte del personal de salud, así como la duración en tiempo para el envío a segundo nivel de atención medica, y para establecer el diagnóstico histopatológico e inicio del tratamiento. Para establecer nivel

socioeconómico fue valorada la tenencia de casa, ingresos mensuales familiares, y ocupación de la paciente.

Se consideró la atención médica como oportuna o no dependiendo de la tardanza para establecer diagnóstico y tratamiento, clasificándose de la siguiente manera:

*Oportunidad 0:* Tiempo transcurrido desde el inicio de los síntomas a la fecha de la primera consulta médica; siendo oportuno 30 días o menos.

*Oportunidad 1:* Días transcurridos entre la detección por médico familiar y la primera consulta diagnóstica por oncología, estableciéndose como oportuno 7 días o menos y no oportuno 8 o más días.

*Oportunidad 2:* Días entre la detección por médico familiar y la fecha de diagnóstico histopatológico, estableciéndose como oportuno 30 días o menos y no oportuno 31 días o más.

*Oportunidad 3:* Días transcurridos entre la fecha del diagnóstico histológico y la fecha de inicio del tratamiento. Considerándose como oportuno 21 días o menos, no oportuno 22 días o más.

*Oportunidad 4:* Tiempo transcurrido para la revisión de mamografía. Oportuno 15 días o menos, no oportuno 16 días o más.

Se determinó el estadio de la enfermedad al momento del diagnóstico mediante la búsqueda de datos en el expediente clínico, siguiendo los criterios TNM propuestos por el comité americano del cáncer (Anexo 5).

## **DEFINICIÓN CONCEPTUAL DE VARIABLES**

Estado Socioeconómico: Nivel de ingresos económicos y tenencia de vivienda.

Historia familiar: Contar con familiares directos que han padecido cáncer de mama.

Diagnóstico de Cáncer de mama: Detección de patología mamaria maligna, corroborado por diagnóstico histopatológico.

Autoexploración de mama: Técnica de exploración de mama realizada por la paciente como método de pesquisa para cáncer de mama.

Factores relacionados con la paciente para el retraso en la detección: Motivo, personal, sociocultural, económico que limitó a la paciente para acudir oportunamente a consulta.

Accesibilidad a métodos diagnósticos auxiliares: Evaluación de tiempo transcurrido en días para la elaboración e interpretación de Mamografía y biopsia de tumoración de mama.

Factores de la institución para el retraso en el diagnóstico de cáncer de mama: causas para que el personal de salud no elabore el diagnóstico oportunamente.

Oportunidad: conveniencia de tiempo y de lugar.

Oportunidad 0: Tiempo transcurrido para acudir a la primera consulta a partir del inicio de sintomatología.

Oportunidad 1: Tiempo transcurrido entre la detección por médico familiar y la primera consulta diagnóstica por oncología.

Oportunidad 2: Tiempo transcurrido entre fecha de detección por médico familiar y la fecha de diagnóstico definitivo.

Oportunidad 3: Tiempo transcurrido entre el diagnóstico histológico y el inicio de tratamiento, ya sea quirúrgico o farmacológico.

## RESULTADOS

Se realizó entrevista a 150 pacientes con diagnóstico de cáncer de mama, del HGR 20 IMSS, Tijuana, cuyo promedio de edad fue de  $51.99 \pm 12.5$  años con un rango de 28 a 84 años. En su mayoría con escolaridad primaria 55.3% (83), dedicadas al hogar el 48% (72), casadas 64.7% (97), con nivel socioeconómico medio 50.7% (76) Tabla 1.

**Tabla 1. Características sociodemográficas de pacientes con CA de mama**

	n=150	
<i>Edad</i> , X $\pm$ DE, años	51.99 $\pm$ 12.5	
<i>Estado Civil</i>		
Solteras, n (%)	29	(19.3)
Casadas, unión libre, n (%)	97	(64.7)
Divorciadas, separadas, Viudas, n (%)	24	(16)
<i>Escolaridad</i>		
Primaria, n (%)	83	(55.3)
Secundaria, n (%)	43	(28.7)
Bachillerato o profesionista, n (%)	24	(16)
<i>Estado Socioeconómico</i>		
Bajo, n (%)	54	(36)
Medio, n (%)	76	(50.7)
Alto, n (%)	8	(5.3)
Desconoce o no contesto, n (%)	12	(8)

Solo el 25.3% (38) de las pacientes presentaba antecedentes de cáncer de mama en familiares directos. El 51.3% de las entrevistadas admitió que no tenía conocimientos previos al diagnóstico sobre el cáncer de mama en cuanto a síntomas, signos y factores de riesgo; de las pacientes que refirieron conocimientos previos, el 32% (48) fue a través de medios de comunicación. Tabla 2.

**Tabla 2. Antecedentes heredo familiares y conocimientos de Cáncer de mama.**

No antecedentes familiares, n (%)	112	(74.7)
Antecedente familiar, n (%)	38	(23.5)
Si conocían sobre la enfermedad, n (%)	73	(48.7)
No conocían sobre enfermedad, n (%)	77	(51.3)

*Obtención de información sobre  
La enfermedad*

Ningún tipo de información, n (%)	77	(51.3)
Medios de comunicación, n (%)	48	(32)
Institución o personal de salud, n (%)	25	(16.7)

En cuanto a métodos de pesquisa, solo el 28.7% (43) refirieron haber sido enviadas de rutina o en una ocasión por su médico familiar al servicio de medicina preventiva para DOCMA (detección oportuna de cáncer de mama). El 64.7% (97) de las pacientes se realizaba autoexploración de rutina; del total de la muestra, solo el 50.7% (76) recibió en algún momento capacitación para la autoexploración, de éstas el 26% (39) por personal de enfermería de medicina preventiva. El 92% (138) acudieron a consulta por sintomatología de mama, siendo la presencia de una tumoración el síntoma mas común en el 88% (132) de los casos. El tiempo promedio de espera para la primera consulta a partir del inicio de los síntomas fue de  $171 \pm 477.63$  días con un rango de 1 a 3647 días, siendo la ignorancia sobre la enfermedad en el 26% (39) de los casos el principal motivo de espera. El número promedio de consultas con el médico familiar por sintomatología mamaria fue de  $1.39 \pm .881$  días con un rango de 1 a 5 días; se realizó mastografía en el 96% (144) de los casos de las cuales el 50% fueron realizadas en el IMSS; el 67.4% (97) fueron revisadas antes de 15 días de efectuadas. Al 100% de las pacientes se les realizo biopsia, el 54.7% (82) fueron procesadas en medio privado. El rango de tiempo desde la detección al diagnóstico fue de 4 a 742 días con una media de 61.98 días. De las pacientes entrevistadas, solo en el 73% (110) de los casos se realizó el diagnóstico en el IMSS; de las pacientes diagnosticadas en esta institución, el 38.2% (42) procesaron la biopsia

en medio privado. Al momento del diagnóstico, el 5.3% de los casos fueron clasificados en estadio I, 20% IIA, 34.7% IIB, 24.7% IIIA, 7.3% IIIB, 5.3% en estadios IV y 2.7% no tenía estadio al momento del diagnóstico en expediente clínico.

Tabla 3.

**Tabla 3. Detección**

Autoexploración, n (%)	138	(92)	
DOCMA por personal de salud o pesquisa por radiología, n (%)	12	(8)	
<i>Capacitación para autoexploración</i>			
Si, n (%)	76	(50.7)	
No, n (%)	74	(49.3)	
<i>Capacitador</i>			
Enfermería, n (%)	39	(26)	
Médico familiar, n (%)	24	(16)	
Médico 2do nivel, n (%)	8	(5.3)	
Familiar/amigo, n (%)	2	(1.3)	
Medios de comunicación, n (%)	3	(2)	
Envío a Medicina preventiva por médico familiar, n (%)	43	(28.7)	
No envío por MF a MP, n (%)	107	(71.3)	
Tiempo desde inicio de síntomas a primera consulta (días)	1 a 3647 media 171.51 ± 477.63		
<i>Motivo de espera a primer consulta</i>			
Miedo, n (%)	34	(22.7)	
Ignorancia, n (%)	39	(26)	
Desidia, n (%)	32	(21.3)	
Falta de tiempo o dinero, n (%)	7	(4.7)	
Administrativo, n (%)	13	(8.7)	
Número de consultas a MF	1.39 ± .881		n=150
Exploración por MF, n (%)	147	(98)	
Realización de mastografía, n (%)	144	(96)	
Mastografía IMSS, n (%)	75	(50)	
Mastografía privada, n (%)	69	(46)	
<i>Revisión de mastografía</i>			
Menos de 15 días, n (%)	97	(67.4)	
Más de 15 días, n (%)	47	(32.6)	

Realización de biopsia, n (%)	150	(100)
<i>Procesamiento de muestra</i>		
IMSS, n (%)	68	(45.3)
Privado, n (%)	82	(54.7)
Tiempo desde la detección hasta el diagnóstico (días)	4 a 742 días media de 61.98 ± 94.03	

El tiempo transcurrido de envío de medicina familiar a oncología fue de 46.11 ± 92.54 días con un rango de 1 a 730 días. El 75.3% (113) de las pacientes tardaron más de 7 días desde la detección anormal por médico familiar a la primer consulta diagnóstica por oncología (oportunidad 1), El 65.3% (98) tardaron más de 30 días desde la detección anormal hasta el diagnóstico definitivo (oportunidad 2). El 56.7% (85) iniciaron tratamiento en menos de 21 días posteriores al diagnóstico histopatológico (oportunidad 3). Tabla 4.

#### **Tabla 4. Atención Oportuna**

##### Oportunidad 1

*Tiempo transcurrido entre consulta*

*Con MF y consulta con oncología*

Menor de 7 días, n (%) 37 (24.7)

Mayor de 7 días, n (%) 113 (75)

##### Oportunidad 2

*Tiempo transcurrido entre detección*

*y diagnóstico definitivo*

Menor de 30 días, n (%) 52 (34)

Mayor de 30 días, n (%) 98 (65.3)

##### Oportunidad 3

*Días entre el diagnóstico histológico*

*e inicio de tratamiento*

Menor de 21 días, n (%) 85 (56.7)

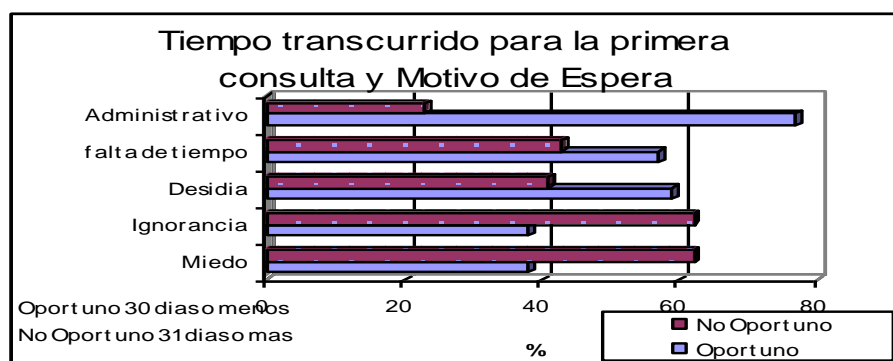
Mayor de 21 días, n (%) 65 (43.3)

En cuanto a las características sociodemográficas, no hubo significancia en cuanto la edad, escolaridad, ocupación o estado civil para acudir de manera temprana o tardía a la primer consulta. Un dato relevante es que las pacientes que refirieron miedo de tener cáncer o ignorancia sobre la enfermedad fueron las que acudieron en su mayoría de manera tardía a la primera consulta. Tabla 5, grafica 1.

**Tabla 5. Variables asociadas a atención oportuna o tardía para detección de cáncer de mama, por parte de las pacientes.**

	<b>Oportuno</b>		<b>No Oportuno</b>		<b>P</b>
Edad, X ± DE, años	50.60 ± 12.56		53.86 ± 12.46		.118
<i>Estado civil</i>					
Solteras, n (%)	12	(14)	17	(26.6)	.114
Casadas, unión libre, n (%)	61	(70.9)	36	(56.3)	.116
Divorciadas, separadas					
Viudas, n (%)	13	(15.1)	11	(17.2)	.284
<i>Escolaridad</i>					
Primaria, n (%)	44	(51.2)	39	(60.9)	.436
Secundaria, n (%)	26	(30.2)	17	(26.6)	.432
Bachillerato o mayor, n (%)	16	(18.6)	8	(12.5)	.200
<i>Ocupación</i>					
Empleadas, obreras n (%)	42	(48.8)	30	(46.9)	.109
Hogar, n (%)	30	(34.9)	30	(46.9)	.098
Otras (profesionistas, comerciantes)	14	(16.3)	4	(6.3)	.478
<i>Estado Socioeconómico</i>					
Bajo, n (%)	27	(31.4)	27	(42.2)	.376
Medio	47	(54.7)	29	(45.3)	.368
Alto, n (%)	6	(7)	2	(3.1)	.481
Desconoce o - no contesto, n (%)	6	(7)	6	(9.4)	
<i>Antecedentes HF</i>					
Si, n (%)	24	(27.9)	14	(21.90)	.401
No, n (%)	62	(72.1)	50	(78.1)	.515
<i>Conocimiento sobre Cáncer de mama</i>					
Si	47	(54.7)	26	(40.6)	.089
No	39	(45.3)	38	(59.4)	.125

Gráfica 1.

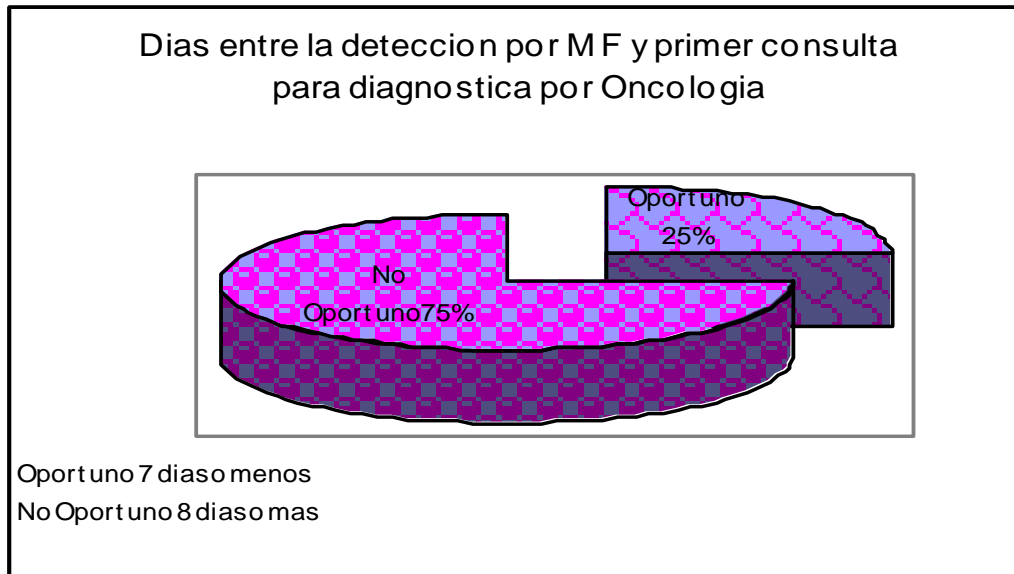


De las pacientes que fueron diagnosticadas en IMSS el 82% (91) tardaron 8 días o más desde la detección anormal por MF a la primera consulta con oncología (oportunidad 1) gráfica 2 y El 76.4% (84) más de 30 días desde la detección anormal por MF hasta el diagnóstico definitivo (oportunidad 2) gráfica 3. El 52.7% (58) tardaron menos de 21 días desde el resultado histopatológico al inicio de tratamiento (oportunidad 3) Tabla 6.

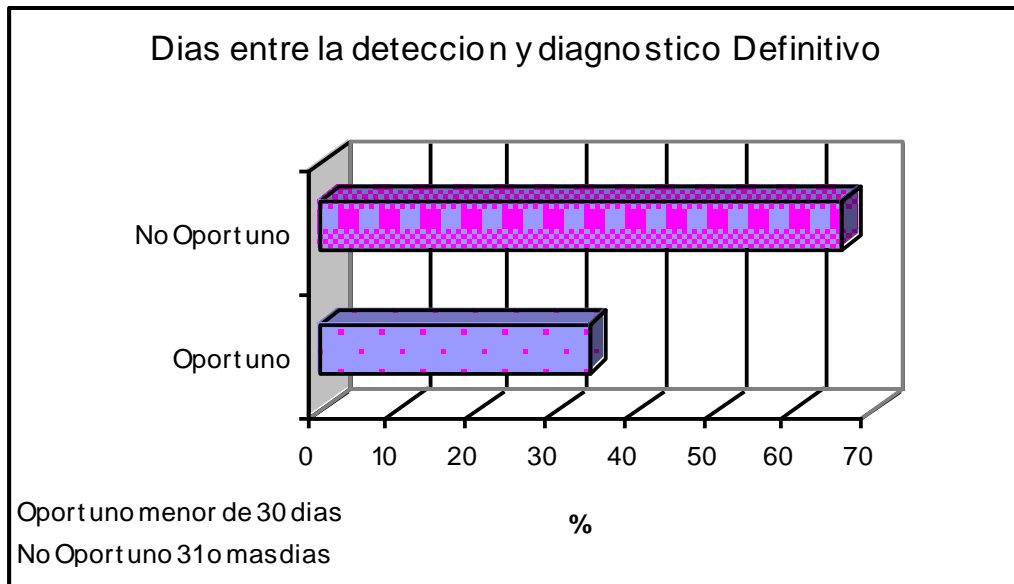
**Tabla 6. Oportunidad en el diagnóstico asociada a Institución de diagnóstico.**

<i>Días entre Detección por MF y consulta Oncológica.</i>	<i>Privado</i>	<i>IMSS</i>	<i>SSA</i>	<i>P</i>	<i>CHI</i>
(Oportunidad 1)					
7 o menos n (%), si	16 (45.7)	19 (17.3)	2 (40)	.002	12.21
Mas de 7 n (%), si	19 (54.3)	91 (82.7)	3 (60)	.003	11.35
<i>Días entre detección anormal y diagnóstico definitivo (oportunidad 2)</i>					
Menos de 30 n (%), si	22 (62.9)	26 (23.6)	4 (80)	.000	22.72
Más de 30 n (%), si	13 (37.1)	84 (76.4)	1 (20)	.000	22.11
<i>Días entre resultado de biopsia e inicio de tratamiento (oportunidad 3)</i>					
21 o menos n (%), si	27 (77.1)	58 (52.7)	0	.001	13.26
Más de 21 n (5), si	8 (22.9)	52 (47.3)	5 (100)	.000	15.47

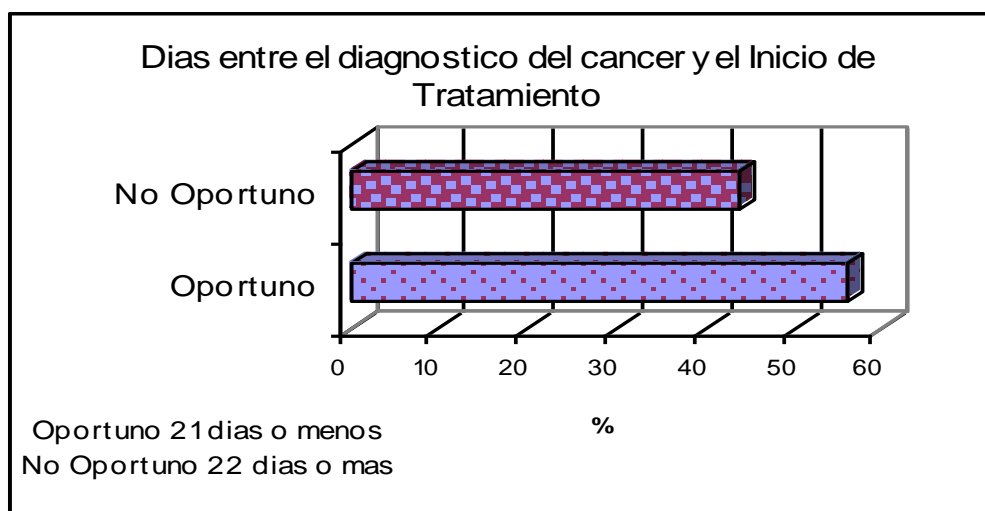
Gráfica 2.



Gráfica 3.



Gráfica 4.

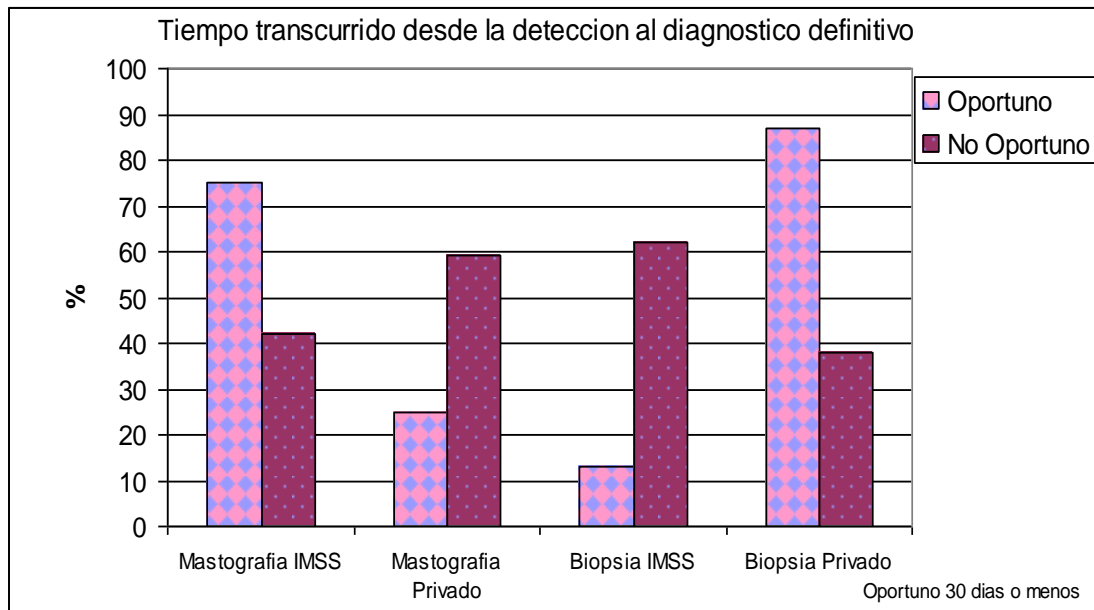


De las pacientes que fueron diagnosticadas Inoportunamente (oportunidad 2 mayor de 30 días) el 62.2% (61) procesó la biopsia en el IMSS y el 37.8% en privado. Las pacientes que tardaron menos de 30 días desde la detección al diagnóstico (Oportunidad 2), el 74.5% se realizaron la mamografía en el IMSS y 86.5% realizaron biopsia en privado. Tablas 7 y 8, gráfica 5.

**Tabla 7. Tiempo transcurrido entre detección anormal y diagnóstico definitivo asociado a estudio auxiliar de diagnóstico e Institución en que se realizó.**

	Menos de 30 días		Más de 30 días		P
Mastografía IMSS, n %	35	(74.5)	40	(41.2)	.000
Mastografía Privado, n %	12	(25.5)	57	(58.8)	
Biopsia IMSS, n %	7	(13.5)	61	(62.2)	.000
Biopsia Privado, n %	45	(86.5)	37	(37.8)	

Gráfica 5



## DISCUSIÓN

La detección oportuna del Cáncer de mama se puede ver afectada por diversos factores, entre los que se encuentran los relacionados con la mujer; estudios previos demuestran que la detección no oportuna se relaciona principalmente con una mayor edad, menor nivel socioeconómico y escolaridad de las pacientes<sup>16</sup>, sin embargo en el presente estudio no se observó diferencia significativa entre estas variables y el tiempo transcurrido para acudir a la primer consulta y el diagnóstico oportuno.

Al igual que estudios realizados en otros países<sup>10</sup> se observó que las pacientes con miedo a padecer cáncer presentaron una demora mayor en solicitar atención médica, demostrando además en el presente trabajo que la ignorancia o la falta de conocimiento adecuado sobre la enfermedad es otro factor que prolonga el tiempo transcurrido para el diagnóstico.

El tiempo promedio para el diagnóstico fue de 4 a 742 días (24 meses) con una media de 61.98 días siendo mayor que en Estados Unidos y China en donde fue de 1 semana a 3 y 6 meses respectivamente<sup>11</sup> y menor que en Perú en donde fue de 1 semana a 8 años<sup>13</sup>.

La autoexploración juega un papel importante ya que en este estudio más del 90% de los casos la detección de la enfermedad se llevó a cabo por la paciente y solo una mínima parte de la población fue diagnosticada inicialmente por el médico o personal de salud; cifras similares han sido demostradas por López, et al<sup>5</sup> en estudios realizados en otros estados de la República Mexicana, en donde también se demostró que existe falta de capacitación para la autoexploración en la mayoría de las pacientes<sup>5</sup> lo que influye negativamente para la detección oportuna.

La disponibilidad de los servicios auxiliares de diagnóstico en instituciones es limitada ya que en el caso del IMSS solo se realizan mastografías de pesquisa a

mayores de 50 años y menores de 60 años, observándose en el presente estudio que el rango de edad de las pacientes entrevistadas es de 28 a 85 años, lo que deja a un gran número de pacientes descubiertas, situación que también fue observada por Stephen, et al<sup>16</sup> en población Estadounidense en donde el grupo de edad blanco para pesquisa dejaba descubierta a mujeres mayores de 75 años, siendo este grupo en donde se observó un mayor porcentaje de detección tardía.

Se atribuye el retraso en el diagnóstico a factores relacionados con el sistema sanitario, principalmente al tiempo transcurrido para la atención por segundo nivel debido a una deficiente coordinación entre niveles de atención<sup>16</sup> de igual manera en este estudio se observó que la oportunidad en el diagnóstico se ve afectada principalmente por el tiempo transcurrido entre la detección por médico familiar y el envío a oncología, ya que en el 75% de los casos se hace no oportunamente, además existe una gran tardanza en la obtención del resultado histopatológico en el IMSS en comparación con el medio privado, lo que demuestra que no se da la prioridad que requiere esta enfermedad por parte del departamento de patología, ocasionando esto un retraso en el diagnóstico, ocasionando que el tiempo transcurrido entre la detección y el diagnóstico definitivo sea inoportuno en el 65% de los casos. La demora en la entrega de estudios histopatológicos es un factor fundamental para prolongar el tiempo del diagnóstico, debido a que un porcentaje de derechohabientes optan por realizar el estudio histopatológico de manera privada, el tiempo transcurrido desde el diagnóstico histopatológico al inicio de tratamiento se ve afectado de manera positiva logrando inicio de tratamiento oportuno en el 85% de los casos.

## CONCLUSIONES

Mediante el presente estudio se establecieron las principales causas que producen una demora en el proceso de detección- diagnóstico- tratamiento del cáncer de mama en el HGR 20 IMSS, Tijuana. Encontrándose que la tardanza en la detección se debe por parte de las mujeres a la deficiente capacitación para la autoexploración y al retraso en la solicitud de atención médica por miedo de padecer cáncer o por no contar con información adecuada sobre la enfermedad; dentro de los factores institucionales es a la falta de compromiso por parte del personal de salud tanto enfermería como médicos de primer nivel de atención hacia el programa de DOCMA (detección oportuna de cáncer de mama) para la detección y exploración de pacientes con factores de riesgo como en la educación de éstas.

En cuanto al proceso de diagnóstico las deficiencias son por parte de la institución, encontrándose que la principal causa de retraso para el diagnóstico a partir de la detección es el tiempo transcurrido para la consulta de segundo nivel de atención valoración por el servicio de oncología lo que depende principalmente del trámite de citas por personal administrativo, y por el grado de saturación del servicio de oncología. Una larga espera para la entrega de resultados de histopatología es otra de las causas esto probablemente por la sobresaturación del servicio y por falta de capacitación del personal del departamento para detectar patologías con carácter de prioritario.

El conocimiento de las debilidades en el proceso diagnóstico terapéutico nos hace darnos cuenta que es posible actuar en distintos campos para disminuir la tardanza en el diagnóstico; Siendo posible establecer las siguientes sugerencias:

1. La educación poblacional mediante programas educativos, utilizando una metodología adecuada a la realidad y necesidades existentes, brindando información

científica que permita a las pacientes elevar su conocimiento en cuanto a la patología, factores de riesgo, y técnica de autoexploración.

2. Se debe sensibilizar al personal de salud como educadores que proporcionen además de conocimientos sobre la enfermedad, confianza en las pacientes teniendo esto como objetivo el disminuir el sentimiento de pena o miedo en las pacientes para acudir a consulta.

3. Mejorar los programas de detección de cáncer de mama mediante la difusión de estos en medios de comunicación y mediante la sensibilización del medico de primer nivel de atención para el envío de pacientes al servicio de medicina preventiva para la detección oportuna, así como la sensibilización a las pacientes sobre la importancia de que acudan a este servicio cuando son enviadas por el medico familiar.

4. Incrementar o fomentar la educación continua al personal de medicina preventiva para la evaluación y educación de las pacientes.

5. Otra de las estrategias que deben emplearse para mejorar los tiempos de diagnóstico y de inicio de tratamiento es la capacitación al personal administrativo para la agilización de tramites de envío a segundo nivel o de programación de citas y de entrega de resultados histopatológicos ya que debido al gran número de pacientes que son atendidos en esta institución no se da la prioridad que requieren las pacientes con sospecha de este diagnóstico.

## ANEXOS

### ANEXO 1

### VARIABLES DE ESTUDIO

<b>Variable</b>	<b>Definición</b>	<b>Escala medición</b>	<b>Tipo de variable</b>
Edad	Tiempo transcurrido en años desde el nacimiento	Años cumplidos	Numérica
Ocupación	Empleo u oficio de la paciente	Descriptivo	Nominal
Escolaridad	Nivel de estudios	1. Primaria 2. Secundaria 3. Bachillerato o mas	Nominal
Estado civil	Condición social del hombre	1. soltera 2. casada o unión libre 3. viuda, divorciada, separada	Nominal
Estado Socioeconómico	Nivel de ingresos económicos y tenencia de vivienda	Ingreso mensual familiar Tenencia de casa	Nominal
Historia familiar de cáncer de mama	Familiares directos que han padecido cáncer de mama	1. si 2. no	Nominal
Diagnóstico de Cáncer de mama	Detección de patología mamaria maligna.	Revisión de expediente clínico y reporte histopatológico	Nominal
Autoexploración de mama	Técnica de exploración de mama realizada por la paciente como método de pesquisa para cáncer de mama	Indagar si la paciente llevo a cabo la autoexploración de mama, conocimiento de la sobre la técnica, capacitación por el personal medico.	Nominal
Factores relacionados con la paciente para el retraso en la detección	Motivo, personal, sociocultural, económico que limitó al paciente para acudir oportunamente a consulta	1. Temor o miedo a tener cáncer 2. Miedo a que le hicieran cirugía 3. Falta de tiempo 4. Falta de dinero para cubrir gastos de transporte 5. Falta de transporte publico 6. No contar con familiar que lo acompañe a consulta médica 7. Otros	Nominal
Accesibilidad a métodos diagnósticos auxiliares.	Evaluación de tiempo transcurrido en días para su elaboración e interpretación de Mamografía y biopsia de tumoración de	Tiempo transcurrido en días	Numérico

	mama		
Factores relacionados con la institución para el retraso en el diagnóstico de cáncer de mama	Presencia de factores de riesgo para que el personal de salud no elabore el diagnóstico de cáncer de mama en etapa clínica temprana	1. Envío a MP para DOCMA 2. Exploración física de mama por parte del personal de salud 3. Capacitación para la autoexploración. 4. tiempo transcurrido desde la primer consulta hasta que se notifica a la paciente que tiene cáncer de mama	Nominal
Oportunidad 1	tiempo desde la detección por MF a la primer consulta por oncología	1. Oportuno 7 días o menos 2. No oportuno 8 días o mas	Nominal
oportunidad 2 (tardanza para el diagnóstico)	Días desde la detección por MF a la fecha del diagnóstico histopatológico	1. Oportuno 30 días o menos 2. No oportuno 31 días o mas	Nominal
Oportunidad 3 (Inicio del tratamiento)	Tiempo transcurrido en días desde el resultado histopatológico al inicio de tratamiento	1. Oportuno 21 días o meno 2. No oportuno 22 días o mas	Nominal

## ANEXO 2 CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

No.	Actividades	Diciembre 2006	Enero 2007	Febrero 2007	Marzo 2007	Abril 2007	Septiembre 2007	Octubre 2007	Noviembre 2007	Diciembre 2007	Enero 2008
	Semanas	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4
1	Redacción de proyecto de investigación	x x	x x x x	x x x x	x x						
2	Aprobación de proyecto				x x	xx					
3	captación de pacientes						x x x x	x x			
4	Análisis de datos								x x x x		
5	redacción de resultados y discusión									x x x x	x x x x

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL.

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN  
CLÍNICA

Lugar y Fecha: Tijuana, Baja California 3 de septiembre 2007

Por medio de la presente acepto participar en el protocolo de investigación titulado: CANCER DE MAMA EN DERECHOHABIENTES DEL IMSS TIJUANA, MEXICO; TIEMPO TRANSCURRIDO PARA EL DIAGNOSTICO Y FACTORES DETERMINANTES.

Registro ante el Comité Local de Investigación o la CNIC con el número: \_\_\_\_\_

El objetivo de estudio es: DETERMINAR EL TIEMPO TRANSCURRIDO PARA EL DIAGNOSTICO E IDENTIFICAR LOS FACTORES QUE INFLUYEN EN LA DEMORA TANTO DE LAS PACIENTES COMO DE LA INSTITUCION.

Se me ha explicado que mi participación consiste en: Contestación de cuestionario

Declaro que se me ha informado ampliamente sobre los posibles riesgos, inconvenientes, molestias y beneficios derivados de mi participación en el estudio, que son los siguientes.

El investigador Responsable se ha comprometido a darme información oportuna sobre cualquier procedimiento alternativo adecuado que pudiera ser ventajoso para mi tratamiento ,así como a responder cualquier pregunta y aclarar cualquier duda que le plantee acerca de los procedimientos que se llevarán acabo, los riesgos, los beneficios o cualquier otro asunto relacionado con la investigación o con mi tratamiento.

Entiendo que conservo el derecho de retirarme del estudio en cualquier momento en que lo considere conveniente, sin que esto afecte la atención médica que recibo en el Instituto.

El Investigador Responsable me ha dado seguridades de que no se me identificará en las prestaciones o publicaciones que deriven de este estudio y de que los datos relacionados con mi privacidad serán manejados en forma confidencial. También se ha comprometido a proporcionarme la información actualizada que se obtenga durante el estudio, aunque esta pudiera cambiar de parecer respecto a mi permanencia en el mismo.

\_\_\_\_\_  
Nombre y firma del paciente.

\_\_\_\_\_  
Investigador: Lorena Mora Galván  
Matricula: 99023194

Números telefónicos a los cuales puede comunicarse en caso de emergencia, dudas o preguntas relacionadas con el estudio

Testigos: \_\_\_\_\_

Este formato constituye sólo un modelo que deberá complementarse de acuerdo con las características propias de cada protocolo de investigación y sin omitir información relevante del estudio.

Clave: 2810-009-013

**DATOS GENERALES:** NSS: \_\_\_\_\_ UMF \_\_\_\_\_  
 Nombre completo: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_ Ocupación: \_\_\_\_\_  
 Escolaridad: \_\_\_\_\_ Estado Civil: \_\_\_\_\_ Casa Propia \_\_\_\_\_ Propia  
 Pagándola: \_\_\_\_\_ Rentada \_\_\_\_\_ Prestada \_\_\_\_\_ Ingresos mensuales familiares: \_\_\_\_\_

**HISTORIA FAMILIAR:**

En su familia ¿hay alguien que haya padecido cáncer de mama? Si\_ No \_ ¿Quién? \_\_

**CONOCIMIENTO SOBRE LA ENFERMEDAD**

1. ¿Antes del diagnóstico conocía los síntomas del cáncer de mama? Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_
2. ¿Cómo se entero sobre los síntomas del cáncer de mama?  
 Leyó información en institución de salud: Folletos \_\_\_\_\_ póster \_\_\_\_\_ Plática \_\_\_\_  
 Televisión  
 Radio  
 Revistas  
 Su médico familiar le explicó  
 La enfermera le explicó  
 Ud. Preguntó al médico los síntomas

**DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO DE LA ENFERMEDAD:**

3 ¿Cómo supo usted que tenía un problema en los senos?

- (1) El médico se lo encontró al revisarla
- (2) La enfermera se lo encontró al revisarla
- (3) Tenía molestias en el pecho
- (4) Usted se lo tocó al revisarse
- (5) Por detección con mastografía o ultrasonido
- (6) al leer información en institución de salud
- (7) otro: \_\_\_\_\_
- (8) No sabe

4 ¿Que molestias tenía antes de que supiera que tenía cáncer de los senos?

- |                                                           |                                                |
|-----------------------------------------------------------|------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Cambio en el color de los senos  | <input type="checkbox"/> Úlceras en los senos  |
| <input type="checkbox"/> Senos de diferente tamaño        | <input type="checkbox"/> Bolitas en las axilas |
| <input type="checkbox"/> Piel gruesa de los senos         | <input type="checkbox"/> Dolor                 |
| <input type="checkbox"/> Se podía tocar un tumor o bolita | <input type="checkbox"/> Otra: _____           |
| <input type="checkbox"/> Salida de secreción por pezones  | <input type="checkbox"/> No sabe               |

5 ¿Cuántos días pasaron desde que inició con los síntomas de la mama hasta que acudió a consulta por primera vez? \_\_\_\_\_ días \_\_\_\_\_ meses \_\_\_\_\_ años

6. En caso de no haber acudido inmediatamente a consulta, ¿Cuál fue el motivo?

- Temor, miedo a tener cáncer
- Miedo a que le hicieran cirugía
- Falta de tiempo
- Falta de dinero para cubrir gastos de transporte
- Falta de transporte público
- No contar con familiar que lo acompañe a consulta
- Otros ¿Cuáles? \_\_\_\_\_

7. ¿Usted se realizaba la autoexploración de mama? Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_
8. ¿Con que frecuencia? \_\_\_\_\_ meses
9. ¿Le enseñaron alguna vez a realizarse la autoexploración de mama?  
Si \_\_\_\_\_ no \_\_\_\_\_ ¿quien? \_\_\_\_\_
10. En algún momento ¿la mando su médico familiar antes del diagnóstico a medicina preventiva a realizarse DOCMA (exploración de mama)? Si \_\_\_ No \_\_\_\_\_
11. ¿Cuanto tiempo antes del diagnostico? \_\_\_\_\_ meses \_\_\_\_\_ días \_\_\_\_\_ años
12. ¿Su médico familiar la mandaba regularmente a realizarse DOCMA (detección oportuna de cáncer de mama) a medicina preventiva? si \_\_\_\_\_ no \_\_\_\_\_  
¿con que frecuencia? \_\_\_\_\_
13. ¿Número de veces que acudió a consulta por síntomas o molestias en mama? \_\_\_\_\_
14. ¿Fue examinada por su médico familiar? Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_
15. ¿En que número de consulta? \_\_\_\_\_
16. ¿Que le dijeron cuando le revisaron el problema de los senos?  
(1) Que no tenía problemas graves  
(2) Que le iban a practicar un estudio  
(3) Que tenía un tumor  
(4) Que regresara después para volverla a revisar  
(5) otro \_\_\_\_\_  
(6) No sabe
17. ¿Recibió algún tratamiento para las molestias de su sus senos? Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_  
¿Cuál? \_\_\_\_\_
18. ¿Le realizaron una Mastografía antes del diagnóstico? Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_
19. ¿Cuánto tiempo antes? \_\_\_\_\_ días
20. ¿En que institución se realizo la Mastografía?  
( ) IMSS ( ) SEDENA  
( ) ISSSTE ( ) SEDEMAR  
( ) Particular
21. ¿Cuánto tiempo tardo su medico familiar en revisar el resultado de la mamografía a partir del día en que se la hicieron? \_\_\_\_\_ Días
22. ¿Cuánto tiempo tardo para ser atendida por oncología a partir de la primer consulta por médico familiar? \_\_\_\_\_ Días
23. ¿Cuánto tiempo tardo el oncólogo en decir diagnóstico de cáncer de mama? Días

24. ¿Oncología le realizó una biopsia? Si \_\_\_\_\_ no \_\_\_\_\_
25. ¿Cuánto tiempo a partir de la primera consulta con el oncólogo tardaron en darle el resultado de la biopsia (histopatológico)? \_\_\_\_\_ días
26. ¿Le informaron el resultado? si \_\_\_\_\_ no \_\_\_\_\_ ¿Cuál fue? \_\_\_\_\_
27. ¿Cuánto tiempo tardaron a partir de su primera visita con el oncólogo en iniciar el tratamiento? \_\_\_\_\_ semanas
28. ¿Que tratamiento le dieron?
- |                                                       |                                               |
|-------------------------------------------------------|-----------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Cirugía (operación)          | <input type="checkbox"/> No acudió            |
| <input type="checkbox"/> Radioterapia                 | <input type="checkbox"/> No la trataron       |
| <input type="checkbox"/> Medicamentos (quimioterapia) | <input type="checkbox"/> Medicina alternativa |
| <input type="checkbox"/> Hormonoterapia               | <input type="checkbox"/> No sabe              |
29. ¿En que institución le hicieron el diagnóstico de cáncer de mama?
- |                                     |                                     |
|-------------------------------------|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> IMSS       | <input type="checkbox"/> SSA        |
| <input type="checkbox"/> ISSSTE     | <input type="checkbox"/> SEDEMAR    |
| <input type="checkbox"/> Particular | <input type="checkbox"/> ISSSTECali |
30. Estadio del Cáncer de mama al momento del diagnóstico: \_\_\_\_\_

## ANEXO 5 ETAPIFICACIÓN TNM DEL CÁNCER DE MAMA

### Tumor Primario (T)

- TX Tumor primario no puede evaluarse
- T0 No hay evidencia de tumor mamario
- Tis Carcinoma in situ: carcinoma intraductal, carcinoma lobulillar in situ o enfermedad de pager sin tumor asociado
- T1 Tumor de 2cm o menor en su dimensión mayor
- T2 tumor mayor de 2cm pero no mayor de 5.0cm
- T3 tumor mayor de 5 cm. en su diámetro
- T4 tumor de cualquier tamaño con extensión directa a la parrilla costal (a), a la piel (b), solo como fue descrito anteriormente

### Ganglios linfáticos regionales (N)

- N0 No Hay metástasis en ganglios linfáticos regionales
- N1 Metástasis a ganglios axilares ipsilaterales y móviles
- N2 Metástasis a ganglios linfáticos axilares, fijos o que forman un conglomerado, o ganglios linfáticos de la cadena mamaria interna ipsilateral
- N3 Metástasis a ganglios linfáticos infraclaviculares con o sin ganglios axilares involucrados, o en ganglios linfáticos de la cadena mamaria interna clínicamente evidentes y con ganglios linfáticos axilares metastáticos con o sin ganglios axilares o de cadena mamaria interna involucrados

### Metástasis a distancia

- M0 No Hay metástasis a distancia
- M1 Metástasis a distancia

## Agrupación por Estadios

Estadios	Tis	N0	M0
Estadio I	T1	N0	M0
Estadio IIA	T0	N1	M0
	T1	N1	M0
	T2	N0	M0
Estadio IIB	T2	N1	M0
	T3	N0	M0
Estadio IIIA	T0	N0	M0
	T1	N2	M0
	T2	N2	M0
	T3	N1	M0
	T3	N2	M0
Estadio IIIB	T4	N0	M0
	T4	N1	M0
	T4	N2	M0
Estadio IIIC	cualquier T	N3	M0
Estadio IV	cualquier T	cualquier N	M1

## BIBLIOGRAFÍA

1. Organización Mundial de la salud. Mortality report-UK: CancerResearch febrero 2007. [www.who.int/mediacentre](http://www.who.int/mediacentre).
2. Instituto Mexicano del Seguro Social. Guía Técnica 2004 para la detección y atención integral del cáncer de mama. [www.edumedimss.gob.mx](http://www.edumedimss.gob.mx)
3. Otis K. Cancer Screening in Theory and in practice. Journal of clinical Oncology.2005;23(2):293-300
4. Feig S. Screening mammography: A successful public health initiative. Rev Panam Salud Publica. 2006;20(2/3):125–133
5. López L. et al. Identificación de Lesiones Mamarias Malignas en México. Salud Pública de México. 2001; 43(3): 199-202
6. García C. et al. Prevalencia del Autoexamen Mamario en Trabajadoras de la Salud. Factores Asociados a su Correcta Realización. Ginecol Obstet Méx.2001;69 (4):155-160
7. Gómez H. et al. Detección de cáncer de mama en las mujeres derechohabientes del IMSS, Resultados de la encuesta Nacional de Salud, 2000.[www.imss.gov.mx](http://www.imss.gov.mx)
8. Kroman N. et al. Factors Influencing the effect of age on prognosis in breast cancer: population based study.BMJ.2000;320:474-479
9. Caballero Alcántara. Et al. Análisis en la Demora del Tratamiento Quirúrgico del Adenocarcinoma de Próstata. Actas Urol Esp. 2003; 27 (4):286-291
10. Wang H.; et al. Demora en el Diagnostico y Factores Asociados en Mujeres con Diagnostico de Cáncer de Mama. Journal. China, 1993; 9 (2)103
11. Bernal M. et al. Tiempos de Demora en el Diagnostico del Cáncer. Atención Primaria. 2001;27(2): 79-85

12. Ares A. et al.: Retraso en el diagnóstico de tumores malignos (mama, laringe y vejiga). *Revista Clínica Española* 1995; 195 (12):825-829
13. Picoaga J. Observaciones epidemiológicas de cáncer de mama. Estudio en 660 casos. *Acta cancerológica*. Lima-Perú 1993;2 :31-32
14. Elzawawy A. Delay in seeking medical advice by breast cancer patients presenting with breast lump. *Cancer strategy*. Egipto 1999; 17-18
15. López O. et al. La epidemia de Cáncer de Mama en México. ¿Consecuencia de la transición demográfica?. *Salud Pública de México*. 1997; 39(4): 259-265
16. Stephen H. et al. Reason for Late-Stage Breast Cancer: Absence of Screening or Detection, or Breakdown in Follow-up?. *Journal of the National Cancer Institute*, 2004; 96 (20): 1518-1527