

UNIVERSIDAD JUÁREZ AUTÓNOMA DE TABASCO

División Académica de Ciencias de la Salud



“Intervalo entre la primera consulta de pacientes con sospecha de cáncer de mama en la UMF 39 IMSS Tabasco y su referencia a un hospital de segundo o tercer nivel de atención”

**Tesis para obtener el Diploma de
Especialidad en Medicina Familiar**

**Presenta:
MARIBEL SÁNCHEZ GARCÍA**

**Directores:
M. ESP. EN MF. DR. JESUS ANTONIO CRUZ MALDONADO
DRA. EN C. EUNICE LÓPEZ MUÑOZ**

Villahermosa, Tabasco.

Enero 2024.



**UNIVERSIDAD JUÁREZ
AUTÓNOMA DE TABASCO**

"ESTUDIO EN LA DUDA. ACCIÓN EN LA FE"



División
Académica
de Ciencias de
la Salud

Jefatura del
Área de Estudios
de Posgrado



ACTA DE REVISIÓN DE TESIS

En la ciudad de Villahermosa Tabasco, siendo las **14:43** horas del día **21** del mes de **noviembre de 2023** se reunieron los miembros del Comité Sinodal (Art. 71 Núm. III Reglamento General de Estudios de Posgrado vigente) de la División Académica de Ciencias de la Salud para examinar la tesis de grado titulada:

"INTERVALO ENTRE LA PRIMERA CONSULTA DE PACIENTES CON SOSPECHA DE CANCER DE MAMA EN LA UMF 39 IMSS TABASCO Y SU REFERENCIA A UN HOSPITAL DE SEGUNDO O TERCER NIVEL DE ATENCION"

Presentada por el alumno (a):

Sánchez García Maribel
Apellido Paterno Materno Nombre (s)

Con Matricula

| | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 2 | 1 | 1 | E | 7 | 0 | 0 | 3 | 7 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|

Aspirante al Grado de:

Especialista en Medicina Familiar

Después de intercambiar opiniones los miembros de la Comisión manifestaron **SU APROBACIÓN DE LA TESIS** en virtud de que satisface los requisitos señalados por las disposiciones reglamentarias vigentes.

COMITÉ SINODAL

EMF. Jesús Antonio Cruz Maldonado
Dra. en C. Eunice López Muñoz
Directores de tesis

Dr. José Hipólito Garciliano Sánchez

Dr. Ricardo González Anoya

Dra. Guadalupe Montserrat Dominguez Vega

Dra. Jorda Alejria Albarran Melzer

Dra. Yazmín Isolda Álvarez García



**UNIVERSIDAD JUÁREZ
AUTÓNOMA DE TABASCO**

"ESTUDIO EN LA DUDA. ACCIÓN EN LA FE"



División
Académica
de Ciencias de
la Salud

Dirección



Villahermosa, Tabasco, 23 de noviembre de 2023

Of. No.0708/DIRECCIÓN/DACS

ASUNTO: Autorización de impresión de tesis

C. Maribel Sánchez García

Especialidad en Medicina Familiar

Presente

Comunico a Usted, que autorizo la impresión de la tesis titulada **"Intervalo entre la primera consulta de pacientes con sospecha de cáncer de mama en la UMF 39 IMSS Tabasco y su referencia a un hospital de segundo o tercer nivel de atención"** con índice de similitud **3%** y registro del proyecto **No. JI-PG-252**; previamente revisada y aprobada por el Comité Sinodal, integrado por los profesores investigadores Dr. José Hipólito Garciliano Sánchez, Dr. Ricardo González Anoya, Dra. Guadalupe Monserrat Domínguez Vega, Dra. Jorda Aleiria Albarran Melzer y la Dra. Yazmín Isolda Álvarez García. Lo anterior para sustentar su trabajo recepcional de la **Especialidad en Medicina Familiar**, donde fungen como Directores de Tesis: el EMF. Jesús Antonio Cruz Maldonado y la Dra. en C. Eunice López Muñoz.

Atentamente

Dra. Mirian Carolina Martínez López
Directora

UJAT



DACS
DIRECCIÓN

- C.c.p.- EMF. Jesús Antonio Cruz Maldonado. – Director de Tesis
- C.c.p.- Dra. en C. Eunice López Muñoz. – Director de Tesis
- C.c.p.- Dr. José Hipólito Garciliano Sánchez. – Sinodal
- C.c.p.- Dr. Ricardo González Anoya. – Sinodal
- C.c.p.- Dra. Guadalupe Monserrat Domínguez Vega. – Sinodal
- C.c.p.- Dra. Jorda Aleiria Albarran Melzer. - Sinodal
- C.c.p. Dra. Yazmín Isolda Álvarez García. – Sinodal
- C.c.p.- Archivo
- DC'MCML/DC'OGMF/ypc*

Miembro CUMEX desde 2008
**Consorcio de
Universidades
Mexicanas**
UNA ALIANZA DE CALIDAD POR LA EDUCACIÓN SUPERIOR

Av. Crnel. Gregorio Méndez Magaña, No. 2838-A,
Col. Tamulté de las Barrancas,
C.P. 86150, Villahermosa, Centro, Tabasco

Tel.: (993) 3581500 Ext. 6300, e-mail: direccion.dacs@ujat.mx

www.dacs.ujat.mx

DIFUSION DACS

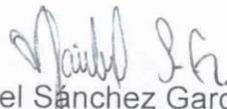
DIFUSION DACS OFICIAL

@DACSDIFUSION

Carta de Cesión de Derechos

En la ciudad de Villahermosa Tabasco el día 23 del mes de noviembre del año 2023, la que suscribe, Maribel Sánchez García, alumna del programa de la Especialidad en Medicina Familiar, con número de matrícula 211E70037 adscrita a la División Académica de Ciencias de la Salud, manifiesta que es autora intelectual del trabajo de tesis titulada: **“Intervalo entre la primera consulta de pacientes con sospecha de cáncer de mama en la UMF 39 IMSS Tabasco y su referencia a un hospital de segundo o tercer nivel de atención”**, bajo la Dirección del Dr. Jesús Antonio Cruz Maldonado y la Dra Eunice López Muñoz, Conforme al Reglamento del Sistema Bibliotecario Capítulo VI Artículo 31. El alumno cede los derechos del trabajo a la Universidad Juárez Autónoma de Tabasco para su difusión con fines académicos y de investigación.

Los usuarios de la información no deben reproducir el contenido textual, gráficos o datos del trabajo sin permiso expreso del autor y/o director del trabajo, el que puede ser obtenido a la dirección: msg_89@hotmail.com. Si el permiso se otorga el usuario deberá dar el agradecimiento correspondiente y citar la fuente del mismo.



Maribel Sánchez García

Nombre y Firma





RECONOCIMIENTOS INSTITUCIONALES

La siguiente travesía informativa se elaboró gracias a la colaboración del Instituto Mexicano del Seguro Social y a la Universidad Juárez Autónoma de Tabasco.

DEDICATORIAS

Esta tesis va dedicada a todas aquellas personas, que en algún momento han decidido darse por vencidos, pero que encuentran un motivo para luchar y seguir adelante...

AGRADECIMIENTOS

A Dios, por darme la salud y la vida para llegar hasta esta etapa de mi vida.

A mi Madre, Padre y Hermanos, porque gracias a su amor, ejemplo y apoyo infinito estoy donde estoy en este momento.

A ti, Cesar Augusto, que donde quiera que te encuentras hoy sé que todo este tiempo has estado conmigo cuidándome y acompañándome siempre.

A ti mi amor, Carlos Alberto, porque en este tiempo me has demostrado que con paciencia y dedicación todo se logra, pero sobre todo haciendo las cosas por amor y con mucho corazón. ¡Gracias por ser fuerte constante de inspiración y motivación en mi día a día!

Y a las autoridades de la Unidad Médica Familiar quienes me facilitaron las herramientas para llevar a cabo este trabajo de tesis, principalmente a la Doctora Calvo Martínez, al Doctor González Anoya y al Doctor Wood Notario, personas excepcionales quienes su bondad y amabilidad son inigualables.

A todas las personas que me han dado su apoyo, amistad y ayuda en cada etapa de mi vida, sobre todo que han estado alentándome para seguir adelante.



ÍNDICE

| | |
|--|------|
| ÍNDICE DE TABLAS Y GRAFICAS | VI |
| ABREVIATURAS | VII |
| GLOSARIO | VIII |
| RESUMEN | X |
| ABSTRACT | XI |
| INTRODUCCIÓN | 1 |
| MARCO TEÓRICO | 2 |
| Definición | 2 |
| Epidemiología | 2 |
| Fisiopatología | 3 |
| Factores de riesgo | 4 |
| Cuadro clínico | 5 |
| Diagnóstico | 5 |
| Programa de detección del CaMa en Mexico | 8 |
| Pronóstico | 8 |
| Tratamiento | 8 |
| Importancia para la detección oportuna | 9 |
| Criterios de envío | 10 |
| MARCO REFERENCIAL | 11 |
| PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA | 13 |
| PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN | 14 |
| JUSTIFICACIÓN | 15 |
| HIPÓTESIS | 17 |
| OBJETIVOS | 17 |
| General | 17 |
| Específicos | 17 |
| MATERIAL Y MÉTODOS | 18 |
| Tipo de investigación | 18 |
| Universo | 18 |
| Criterios de inclusión y exclusión | 18 |
| Operacionalización de Variables | 19 |



| | |
|--|----|
| Método e instrumento de recolección de datos | 22 |
| Análisis de datos..... | 22 |
| Consideraciones Éticas | 23 |
| RESULTADOS | 24 |
| Descripción del estudio | 24 |
| Variables sociodemográficas | 24 |
| Variables clínicas..... | 25 |
| DISCUSIÓN..... | 33 |
| CONCLUSIONES..... | 35 |
| RECOMENDACIONES | 36 |
| REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS | 37 |
| ANEXOS | 41 |
| Hoja de Recolección de datos..... | 41 |
| Carta de solicitud de no inconveniente de director de UMF No. 39 | 43 |
| Carta de no inconveniente de director de UMF No. 39..... | 44 |
| Carta de Dispensación de Consentimiento informado | 45 |
| Cronograma de actividades | 46 |



ÍNDICE DE TABLAS Y GRAFICAS

| | |
|--|----|
| Gráfica 1: Sexo de las pacientes con sospecha de cáncer de mama en la UMF 39..... | 24 |
| Tabla 1: Edad de las pacientes con sospecha de cáncer de mama en la UMF 39..... | 24 |
| Gráfica 2: Antecedentes heredofamiliares de las pacientes con sospecha de cáncer de mama en la UMF 39..... | 25 |
| Gráfica 3: Frecuencia de parentesco en antecedentes heredofamiliares de las pacientes con sospecha de cáncer de mama en la UMF 39..... | 25 |
| Gráfica 4: Autoexamen mamario de las pacientes con sospecha de cáncer de mama en la UMF 39. | 26 |
| Gráfica 5: Síntomas detectados en las pacientes con sospecha de cáncer de mama en la UMF 39... .. | 27 |
| Gráfica 6: Intervalo transcurrido desde la detección de síntomas a la primera consulta en las pacientes con sospecha de cáncer de mama en la UMF 39. | 28 |
| Gráfica 7: Intervalo transcurrido desde la primera consulta a la realización de USG mamario en las pacientes con sospecha de cáncer de mama en la UMF 39. | 29 |
| Gráfica 8: Lugar donde se realizaron USG mamario las pacientes con sospecha de cáncer de mama en la UMF 39. | 29 |
| Gráfica 9: Intervalo transcurrido desde la primera consulta a la realización de Mastografía de las pacientes con sospecha de cáncer de mama en la UMF 39..... | 30 |
| Gráfica 10: Lugar donde se realizaron Mastografía las pacientes con sospecha de cáncer de mama en la UMF 39. | 30 |
| Tabla 2: Resultado de la Mastografía de las pacientes con sospecha de cáncer de mama en la UMF 39. | 31 |
| Gráfica 11: Intervalo transcurrido desde la primera consulta y la referencia a siguiente nivel de las pacientes con sospecha de cáncer de mama en la UMF 39..... | 32 |



ABREVIATURAS

CAMA: Cáncer de mama

BIRADS: Breast Imaging Reporting and Data System.

OMS: Organización Mundial de la Salud

UMF: Unidad de Medicina Familiar

IMSS: Instituto Mexicano del Seguro Social

DH: Derechohabientes

NOM: Norma Oficial Mexicana

GPC: Guía de Práctica Clínica

BAAF: Biopsia por Aspiración con Aguja Fina

Universidad Juárez Autónoma de Tabasco.
México.



GLOSARIO

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

Carcinoma: Término que se refiere a una neoplasia epitelial maligna.

Mama: Órgano glandular ubicado en el pecho formada por tejido conjuntivo, grasa y tejido mamario que contiene las glándulas que producen la leche materna.

Tumor: Masa de tejido de una parte del organismo cuyas células sufren un crecimiento anormal y no tienen ninguna función fisiológica; estas células tienen tendencia a invadir otras partes del cuerpo.

Densidad mamográfica: Término que se usa para describir la cantidad de tejido denso en comparación con la cantidad de tejido graso que se observa en la mama durante una mamografía.

Terapia hormonal: Tratamiento que agrega, bloquea o extrae hormonas.

Factor de riesgo: Conjunto de condiciones particulares que incrementan la probabilidad de desarrollar una patología.

Epidemiología: Es el aumento de la incidencia de casos similares en poblaciones humanas en un área geográfica determinada. Se define como el estudio de la distribución, frecuencia y determinantes del proceso salud-enfermedad en poblaciones humanas.

Metástasis: Al proceso de propagación de un foco cancerígeno a un órgano distinto de aquel en que se inició. Ocurre generalmente por vía sanguínea o linfática.

Incidencia: Es la cantidad de casos nuevos de una enfermedad, un síntoma, muerte o lesión que se presenta durante un período de tiempo específico, como un año.

Nódulo: Masa de células redonda, abultada y dura de tejido que puede ser normal o patológica.

Ganglio: Estructura diferenciada que se encuentra rodeada por una cápsula de tejido conjuntivo y algunas fibras elásticas, que forma parte de las cadenas del sistema linfático.

Telorrea: Secreción por el pezón, no patológica, no relacionada con el embarazo o la lactancia

Malignidad: Se refiere a la presencia de células cancerosas que tienen la capacidad de diseminarse a otros sitios en el cuerpo (hacer metástasis) o invadir y destruir tejidos cercanos (localmente).

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



Radioterapia: Tratamiento médico de algunas enfermedades que consiste en la utilización y la aplicación de todo tipo de rayos, especialmente los rayos X.

Quimioterapia: Tratamiento con medicamentos para interrumpir la formación de células cancerosas, ya sea mediante su destrucción o al impedir su multiplicación.

Universidad Juárez Autónoma de Tabasco.
México.



RESUMEN

Antecedentes: El cáncer de mama es el tumor maligno más frecuente en mujeres y la primera causa de muerte en países desarrollados. El diagnóstico tardío implica que el tratamiento sea más costoso y con menor posibilidad de curación, por lo que el tiempo desde que se detecta sintomatología sospechosa y su oportuna referencia para recibir atención especializada son trascendentales. **Objetivo:** Describir el intervalo entre la primera consulta por sospecha diagnóstica de CaMa en pacientes de la UMF 39 y la referencia a un hospital de segundo y / o tercer nivel. **Material y métodos:** Estudio observacional, descriptivo y retrolectivo, en el que se revisaron las bases de datos de la UMF 39 de Villahermosa, Tabasco, del periodo 1 de enero de 2018 al 31 de diciembre de 2021. En una hoja de recolección de datos, se recolectó información sobre fecha en que se detectó sintomatología sugestiva de CaMa, fecha de primera consulta en la UMF 39 y fecha de envío al hospital de segundo o tercer nivel. La información se analizó en el software SPSS. Se realizó estadística descriptiva mediante tablas y gráficos de frecuencias, medidas de tendencia central y de dispersión. **Recursos e infraestructura:** Se utilizaron recursos materiales e información clínica disponibles en las instalaciones de la UMF 39. **Experiencia del grupo en investigación y/o en el tema a investigar:** El grupo está conformado por 1 médico familiar con experiencia en el tema de estudio, 1 médico residente de la especialidad de medicina familiar y 1 investigador con doctorado en ciencias médicas con expertiz en CaMa y metodología de la investigación. **Resultados:** Se encontró como hallazgo principal que el máximo de días transcurridos desde la detección de síntomas hasta el envío oportuno para valoración por Ginecología u Oncología fue de 60 días en un total de 15 pacientes y únicamente a una paciente se realizó el envío en un lapso de 18 días, para completar protocolo de estudio. **Conclusiones:** Las pacientes con diagnóstico de Cancer de mama, aun no cuentan con el tiempo establecido en las Guías de Atención de esta patología para su referencia oportuna.

Palabras Claves: Cancer de mama, intervalo, criterios de envío, primera consulta, referencia.



ABSTRACT

Background: Breast cancer is the most frequent malignant tumor in women and the first cause of death in developed countries. Late diagnosis implies that treatment is more costly and with less chance of cure, so the time from the detection of suspicious symptoms and timely referral for specialized care are transcendental. **Objective:** To describe the interval between the first consultation for suspected diagnosis of breast cancer in patients of UMF 39 and referral to a second and/or third level hospital. **Material and methods:** Observational, descriptive and retrolective study, in which the databases of the UMF 39 of Villahermosa, Tabasco, from the period January 1, 2018 to December 31, 2021 will be reviewed. In a data collection sheet, information will be collected on date on which symptomatology suggestive of CaMa was detected, date of first consultation at UMF 39 and date of referral to the second or third level hospital. The information will be analyzed in SPSS software. Descriptive statistics will be performed using tables and graphs of frequencies, measures of central tendency and dispersion. **Resources and infrastructure:** Material resources and clinical information available in the facilities of the UMF 39 will be used. **Experience of the group in research and/or in the topic to be investigated:** The group is formed by 1 family physician with experience in the topic of study, 1 resident physician in the specialty of family medicine and 1 researcher with a doctorate in medical sciences with expertise in CaMa and research methodology.

Keywords: breast cancer, interval, referral criteria, first consultation, referral.



INTRODUCCIÓN

El Cáncer de Mama es cada vez más frecuente y una de las principales causas de muerte en la mujer. No todas las mujeres que padecen esta patología tienen mal pronóstico, gracias a la detección temprana y a tratamientos oportunos.

La detección es importante antes de que aparezca algún signo o síntoma. Existen objetivos generales de la detección del cáncer de mama:

- Detectar el cáncer en una etapa más temprana de la enfermedad, cuando el cáncer es más curable.
- Disminuir la cantidad de personas que mueren a causa de la enfermedad o eliminar totalmente las muertes provocadas por el cáncer.
- Identificar a las personas con un riesgo más alto de desarrollar un tipo específico de cáncer que, posiblemente, necesiten realizarse exámenes de detección más seguido o un tipo diferente de examen de detección a raíz de enfermedades o mutaciones genéticas.

El cáncer puede prevenirse y controlarse implementando estrategias principalmente basadas en la evidencia para la prevención, tamizaje y detección temprana de esta enfermedad, el tratamiento y cuidados paliativos.

La importancia de que el médico familiar incluya en el trabajo diario las actividades relacionadas con la prevención y el diagnóstico temprano de las enfermedades mamarias es debido a que no hay disminución de morbilidad y mortalidad, a pesar de todas las implementaciones para una detección oportuna en nuestro país.

En la actualidad, en nuestro país y considerando el estado de Tabasco hay demora para el envío y el diagnóstico, encontrándose fechas prolongadas, ocasionando impacto negativo en la supervivencia, por ello se ha convertido en una preocupación importante en la práctica clínica, es por ello que el diagnóstico oportuno y la referencia en tiempos adecuados de esta entidad en las pacientes; se considera prioritario.



MARCO TEÓRICO

Definición

El término de la palabra cáncer integra un amplio número de enfermedades caracterizadas por el desarrollo de células anormales, que se dividen, crecen y se propagan descontroladamente por todo el cuerpo¹, haciendo que, nuestro cuerpo se rebele contra sí mismo por el mal funcionamiento de estas células, originando de tal forma una variedad de reacciones que, en última instancia pueden conducir a la muerte.

En cuanto al cáncer de mama (CaMa), la Guía de Práctica Clínica (GPC) Actualización 2017 Tratamiento del CaMa en el segundo y tercer nivel de atención, lo precisa como la proliferación acelerada y descontrolada de las células epiteliales glandulares responsables de las glándulas que producen la leche, que salen de estos conductos galactóforos por la sangre para dividirse en otros tejidos de la mama llegando a otras partes del cuerpo, adhiriéndose a los tejidos y multiplicándose dando como consecuencia la metástasis.²

Epidemiología

Un millón de casos de CaMa son descubiertos y alrededor de 400,000 mujeres mueren por esta causa anualmente. Se ha estimado que una mujer es diagnosticada cada 30 minutos y una mujer muere por CaMa cada 53 minutos.³

El CaMa representa 31% de todos los cánceres de la mujer y actualmente, se considera el número uno, aumentando su incidencia en la mayor parte de todo el mundo.⁴

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS)⁵ a nivel mundial esta afección también constituye la primera causa de muerte en las mujeres, y en América Latina por neoplasias malignas femeninas, desplazando en diversos países al cáncer cervicouterino. En América Latina y el Caribe cerca de 300,000 mujeres mueren cada año por esta enfermedad.⁶ En los Estados Unidos, esta enfermedad representa el 27% del total de cánceres en el sexo femenino. En España, es el tumor maligno más frecuente en las mujeres (30%) y la primera causa de muerte por estas afecciones. En México, corresponde al 9% del total de las neoplasias y al 15% de las que afectan a dicho sexo.⁷

Tomando en cuenta ambos sexos y todas las edades (excepto en África oriental), en el año 2018 se diagnosticaron aproximadamente 2,088,849 casos nuevos de CaMa en el mundo, siendo la



causa de muerte de 626,679 personas y la causa más frecuente de muerte por cáncer en 11 regiones del mundo. ⁸

En México, corresponde al 9% del total de las neoplasias y al 15% de las que afectan a dicho sexo. ⁷ En 2017, 24 de cada 100 egresos hospitalarios en la población de 20 años o más por tumores malignos eran por CaMa. ⁹ En 2018, por cada 100,000 mujeres de 20 años o más se reportaron 45.24 casos nuevos de CaMa y en total se registraron 314,499 defunciones femeninas; 44,164 causadas por tumores malignos, y de estas, 7,257 por CaMa. ¹⁰

Durante 2019, el CaMa, fue catalogado como la principal causa de alta por malignidad. Según estadísticas ambiguas de género se encontró que 1% de hombres y 37% de mujeres fueron dados de alta del hospital por tumores malignos de mama. ¹¹

En 2019, a nivel nacional, la tasa de mortalidad por CaMa fue de 17.19 defunciones por cada 100 mil mujeres de 20 años o más. La distribución por entidad federativa de los nuevos casos de CaMa por cada 100,000 mujeres de 20 años o más, mostró que Morelos (151.94), Colima (139.62) y Aguascalientes (66.64) eran las entidades con las tasas más elevadas y Quintana Roo, Chiapas, Oaxaca, Yucatán, Campeche, Colima, Guerrero, Morelos, Hidalgo y Tabasco las entidades con las menores tasas (de 9.29 a 13.64). ¹²

Durante el año 2020, en Tabasco se efectuaron 13 mil 854 mastografías a mujeres de 40 años y más, esto debido a que el CaMa es considerado como la primera causa de muerte en ese grupo de edad. Sin embargo, por las medidas de detección y control, la tasa de mortalidad ocupa el puesto 25 en el país, en tanto que es de 15.5 por cada 100,000, ubicándose por debajo de la media nacional que es de 18.9. ¹³

En general, en México durante las últimas décadas se ha presentado un aumento en el número de casos, por lo que se ha estimado que en 2025 habrá 18,500 casos nuevos. ¹⁴

Ocurre comúnmente en mujeres entre 35 y 70 años, aunque también se ha reportado en mujeres más jóvenes y en hombres.

Fisiopatología

El CaMa ocurre como resultado de daños en el ADN y mutaciones genéticas que pueden verse influenciadas por los efectos a los estrógenos.

Los cambios en el ADN o las mutaciones en genes que influyen al cáncer, como BRCA1 y BRCA2, pueden heredarse y ocurrir esporádicamente. Si hay antecedentes familiares de cáncer



de ovario o de mama, existe un mayor riesgo de desarrollar CaMa. En un individuo normal, el sistema inmune y el sistema de detección del daño al ADN o de reparación; imposibilita el crecimiento y proliferación de células cancerosas. Cuando alguno de estos sistemas falla, se presenta el cáncer con crecimiento tumoral y diseminación vascular o linfática a otros órganos del cuerpo.¹⁵

Aquellos tumores malignos que surgen de las células mamarias pueden originarse en las células de los lobulillos o en los conductos, y de igual forma en los tejidos estromales, incluido el tejido conjuntivo, grasa y fibroso de la mama.¹⁶

Factores de riesgo

Actualmente referimos a cáncer, es hablar sobre una de las problemáticas más sobresalientes en la época del ser humano. El inferir cada uno de los factores de riesgo desempeña un papel imprescindible, para de alguna manera tener un arma contra esta enfermedad mortal, que sigue en aumento en el mundo.

Diversos estudios han determinado la asociación entre los diferentes factores de riesgo y el CaMa, de acuerdo a la GPC, entre los que se consideran factores de riesgo mayores se encuentran: mutaciones genéticas, radioterapia de tórax, historia familiar, lesiones histológicas precursoras, antecedente personal de CaMa, densidad mamográfica aumentada y entre los menores destacan la edad, historia familiar, factores reproductivos, enfermedades mamarias benignas proliferativas, sobrepeso, terapia de remplazo hormonal y la ingesta de sustancias nocivas como alcohol y tabaco.²

El CaMa es una enfermedad causada por muchos factores contribuyentes; entre la obesidad, sedentarismo, la baja actividad física y los antecedentes familiares son los factores de riesgo más comunes; especialmente en la población mexicana. El embarazo precoz y la lactancia materna durante al menos seis meses tienen un impacto positivo como protectores.¹⁷ Todos los factores de riesgo ya comentados; a lo largo de la vida conduce a una aparición más temprana del tumor con un fatal pronóstico.

Los factores de riesgo estudiados para CaMa en poblaciones mexicanas son diversos, varios enfocados en poblaciones que podrán considerarse representativas de todo el país, es importante mencionar que los mexicanos generalmente mantienen factores protectores comunes a los países en desarrollo, ejemplo la lactancia materna y el bajo consumo de alcohol y tabaco, pero es valioso



hacer mención de aquellas mujeres o aquellos hombres que adoptan hábitos “más occidentales” pueden correr un mayor riesgo con el paso del tiempo.¹⁷ La OMS en su intento por disminuir la incidencia de esta enfermedad ha centrado las recomendaciones y así tener un mejor control en aquellos factores que pueden ser modificables, tales como estilos de vida que incluyan alimentación saludable, actividad física periódicamente y el control de aquellas sustancias nocivas para la salud como es el caso del alcohol y del tabaco.¹⁸

Es importante enfatizar que no se dispone de una revisión en la cual se agrupen todos los factores de riesgo estudiados en la última década.

El riesgo de padecer cualquier tipo de cáncer se incrementa con la edad, en el caso del CaMa, es a partir de la 5^{ta} década de la vida, a causa de la exposición previa y mantenida a los diversos factores de riesgo ya mencionados, que van a depender en cada individuo.¹⁹

Cuadro clínico

El CaMa representa tumores con variado comportamiento biológico y con inconstancia clínica. En pacientes jóvenes, es diagnosticado con masa palpable, tumores de mayor tamaño, más metástasis en ganglios linfáticos, y suelen ser más invasivos.²⁰

De acuerdo a la GPC el cuadro clínico típico de CaMa es un nódulo firme con bordes indistintos, y presenta retracción de la piel, fascia y pezón.²¹

Los signos y síntomas de sospecha de CaMa son: tumor palpable de consistencia dura, no dolorosa, de bordes irregulares y con escaso desplazamiento, ganglio no doloroso, duro, de mayor consistencia, persistente que tiende a formar conglomerados de crecimiento progresivo, edema en la piel, alteraciones en la forma o sangrado del pezón, retracción cutánea, ulceración de la piel, ulcera o descamación del pezón, inversión reciente del pezón, telorrea, cambio de tamaño, forma o aspecto de una mama, fijación del tejido mamario dentro del tórax que puede manifestarse por una disminución de la movilidad mamaria al levantar el brazo del mismo lado. Y en estadios con mayor avance, aquellos síntomas que denoten en fatiga, cansancio o dolor óseo localizado; pueden indicar la presencia de metástasis en otros órganos distantes a la mama.

Diagnóstico

En este apartado; los médicos familiares son fundamentales para un diagnóstico temprano del CaMa; pues, de esta manera intervienen positiva o negativamente en el resultado de la mayoría



de los cánceres; ya que una detección oportuna puede llegar a mejorar la calidad y esperanza de vida en los pacientes a los que se les diagnostica esta enfermedad. Además, una mejor atención para las mujeres con enfermedades mamarias remitidas desde clínicas a hospitales multidisciplinares resultará de sinergias efectivas entre los niveles de atención primaria y secundaria.

De acuerdo con el modelo sobre previsión, tamizaje y envío oportuno de aquellos casos donde haya duda de CaMa²¹ en el primer nivel de atención, no se recomienda el rastreo únicamente con la autoexploración, aunque este tenga una alta eficacia en el tamizaje de la patología cuando se realiza una técnica adecuada.²²

Hoy en día, y en base a la mayoría de los estudios analizados, se considera a la mamografía como el método diagnóstico por imagen ideal en patología mamaria. Se utiliza en pacientes asintomáticos como método de tamizaje y en sintomáticas.²³ Existen dos tipos de mastografía:

- La mastografía de detección oportuna, usada en pacientes asintomáticas.
- La mastografía diagnóstica, usada en pacientes en las que ya se detectó algo sugestivo de cáncer de mama.

Idealmente, las pruebas de detección de mastografía, se recomienda realizarse cada 1 o 2 años en mujeres de 40 a 49 años con más de un factor de riesgo y anualmente, si es posible, en todas las mujeres mayores de 50 años.

Después de completar el estudio, el hallazgo se caracteriza según la clasificación sugerida por el sistema estándar diseñado para describir de manera estandarizada los resultados y hallazgos de los mamogramas; el Breast Imaging Reporting and Data System (BIRADS):²⁴

BIRADS 1: 0% de probabilidad de malignidad.

BIRADS 2: Hallazgo benigno con nuevo tamizaje a los 24 meses.

BIRADS 3: Hallazgo probablemente benigno, con proyecciones específicas en 6 y 12 meses y luego anual a los 2 ó 3 años para recategorizar como BI-RADS 2. Si se producen cambios, se sugiere examen histológico.

BIRADS 4 y 5: Hallazgos probablemente malignos y de alta sospecha de malignidad, deben ser estudiados con examen histológico.

BIRADS 6: Hallazgo con malignidad ya demostrada. Si se ve una lesión sospechosa en la ecografía durante la mastografía, se debe realizar biopsia para examen histológico.



Importante hacer énfasis que a partir de BIRADS 3 de acuerdo con la Guía de Prevención, Tamizaje y Referencia oportuna de casos sospechosos de CaMa en el primer nivel de atención, se deberá hacer envío a 2^{do} nivel para continuar con protocolo clínico, pues se ha demostrado que el tamizaje mamario de buena calidad disminuye la tasa de mortalidad por CaMa. Si el diagnóstico se hace en etapas más favorables habrá mejoría en el pronóstico. ²

La ecografía es un añadido bien establecido para la mastografía en el diagnóstico por imagen, es más útil en mujeres jóvenes debido a la densidad del tejido mamario. ²⁵

La autoexploración mamaria, es una técnica de igual utilidad en el diagnóstico de CaMa, ya que a través de esta; se detecta alguna anomalía basada en la revisión de las mamas por las pacientes, de manera que por medio de la inspección y palpación se detecta a tiempo algún signo de enfermedad en las mamas. Se recomienda la realización de esta técnica a partir de los 20 años de edad, una vez al mes.

De acuerdo con la NOM-041-SSA2-2002, para la Prevención, Diagnóstico, Tratamiento, Control y Vigilancia Epidemiológica del CaMa, se establece la detección a través de la autoexploración, la exploración clínica y la mastografía. ²⁶

Actualmente la ecografía mamaria y la mamografía constituyen los métodos de cribado aconsejables para detectar lesiones iniciales, único inconveniente es que no proporcionan un diagnóstico específico en muchos de los casos.

También es de utilidad para el diagnóstico, la toma de biopsia con aguja gruesa y otras técnicas de biopsia, así como para diferenciar un quiste de una masa sólida.

La biopsia con aguja gruesa (BAG) permite una mejor identificación y valoración de las lesiones, por otra parte, la biopsia por aspiración con aguja fina (BAAF), es un buen método de diagnóstico precoz basado en citología. ²⁸

La utilidad fundamental de la técnica es diferenciar la naturaleza benigna o maligna de un nódulo. ²⁹

En el caso de la Resonancia Magnética: únicamente para la detección de la multifocalidad y en el control de las cicatrices en caso de tratamientos conservadores en pacientes con prótesis mamarias. El pronóstico y su tratamiento dependen del grado histológico mencionado y de su clasificación TNM. ²⁷



El diagnóstico patológico definitivo debe hacerse en base a la Clasificación de la OMS y la del *American Joint Committee on Cancer (AJCC)* tumor, ganglios, metástasis (TNM).²³

Siempre hay que tener en cuenta que esta clasificación ha permitido una mayor supervivencia libre de enfermedad, al permitir realizar tratamientos a tiempo.²⁹

Programa de detección del CaMa en México

El CaMa comenzó a considerarse un grave problema de salud hasta finales de la década de 1990. Un alto porcentaje de los casos de cáncer se diagnostica en estadio terminal o inclasificables, lo que se relaciona directamente con una evolución clínica desfavorable.³⁰

El diagnóstico en etapas avanzadas señala una demanda de atención retrasada, así como problemas en la calidad y oportunidad del diagnóstico y tratamiento del CaMa con manifestaciones clínicas.

En la actualidad los diferentes programas educativos tienen la meta de que toda mujer sea capaz de conocer las características normales de sus mamas y lograr concientizar a toda mujer, para que, en caso de descubrir algo anormal, sea capaz de requerir una mediata atención médica, siempre haciendo énfasis en la importancia de participar regularmente en todos los programas de detección temprana basado en la mamografía.

Pronóstico

El pronóstico del CaMa dependerá de la clasificación clínico (TNM) y patológico (histología, biomarcadores, biología molecular).³²

La reducción de la mortalidad se ha logrado principalmente mediante el diagnóstico temprano.³³

Tratamiento

De acuerdo a la Guía Técnica para la Atención Integral del CaMa, el tratamiento ha avanzado en los últimos años, especialmente para los casos que se realiza el diagnóstico en etapas tempranas, de ahí el por qué se hace mucha importancia de una detección oportuna a través del tamizaje mediante la mastografía.³⁴

El tratamiento dependerá de la estatificación de la neoplasia según los criterios establecidos. Básicamente se puede dividir en:



Enfermedad temprana: Dirigido principalmente a lo curativo y la mayoría de los tumores se tratan quirúrgicamente. Luego, dependiendo de los hallazgos anatómicos patológicos, el tratamiento adyuvante estará basado en quimioterapia.³¹

Enfermedad localmente avanzada: Inicialmente, se administra quimioterapia neoadyuvante para reducir el volumen tumoral y aumentar la posibilidad de resección, seguida de una intervención quirúrgica.³¹

Enfermedad metastásica: En estos casos, todos los esfuerzos se centran en los cuidados paliativos (Medicina Paliativa) para aumentar la supervivencia, reducir los síntomas relacionados con el cáncer y mejorar la calidad de vida.³¹

Todo hablando de tratamiento dependerá siempre del estadio en el que se encuentre la paciente:

Cirugía (estadio I, II, IIIA al IIIC): Es un pilar del tratamiento de CaMa. Hay 2 opciones:

1. Cirugía conservadora de mama
2. Mastectomía radical modificada con disección de niveles de ganglios axilares 1 y 2 con o sin reconstrucción mamaria.³⁵

Radioterapia: Se usa postquirúrgico en la conservación de la mama (ya que la recurrencia es >20%) o en cáncer con alto riesgo de recurrencia local. Su propósito es erradicar enfermedad residual.

Terapia sistémica: Es un pilar importante para disminución de la mortalidad y su elección va depender de la histología y biología molecular del cáncer. Se divide en dos; la quimioterapia y terapia antihormonal.

Importancia para la detección oportuna

En las últimas décadas se ha observado un aumento gradual del número de casos. Por tanto, es necesario introducir nuevas formas de trabajar tanto en la prevención como en el seguimiento de los pacientes, ya que de ello dependerá que se puedan salvar muchas vidas.

Como se mencionó anteriormente, los métodos de diagnóstico son los métodos actuales de tratamiento oportuno, incluido el autoexamen. Que resulta ser el método más eficaz, enfatizando que está al alcance para todas las mujeres, y la prevención es hasta el momento la medicina más valiosa.³⁶

La importancia de que el médico familiar incluya en el trabajo diario las actividades relacionadas con la prevención y el diagnóstico temprano de las enfermedades mamarias es debido a que no



hay disminución de morbilidad y mortalidad, a pesar de todas las implementaciones para una detección oportuna en nuestro país.

El conocimiento de los factores de riesgo, la realización de charlas educativas, la demostración de la buena técnica de autoexamen de mama y la implementación de estrategias de intervención son el pilar fundamental en la prevención de esta enfermedad.³⁷

Criterios de envío

De acuerdo a la Guía Técnica para la Atención Integral del CaMa, la referencia puede ser desde cualquier nivel de atención, y exclusivamente por aquel médico que identifique datos clínicos o histológicos de patología mamaria:³⁴, siendo el Médico Familiar el primer contacto y quien en base a los hallazgos encontrados decidirá si la paciente es o no enviada a un siguiente nivel de atención. Y aquellas pacientes con síntomas fuertemente característicos de cáncer deben derivarse de manera urgente para una evaluación diagnóstica de acuerdo con la clasificación del campo quirúrgico y es importante considerar los recursos con los que se cuentan para el diagnóstico y tratamiento de CaMa, en dicho momento.³⁴ O en su caso a pacientes que de manera particular se hayan realizado algún estudio histopatológico cuya conclusión reporte malignidad. Importante siempre tener un registro de todo envío realizado para evaluación diagnóstica en femeninas con diagnóstico de sospecha o confirmado de CaMa (por mastografía de detección), atendido en otra institución de salud o médico privado (34).

A continuación, se mencionan los hallazgos a considerar como criterios para referencia ordinaria: Macroquistes de repetición, Quistes con contenido hemático, Tumorações nuevas con nodularidad previa, Nodularidad no simétrica, Secreciones persistentes por pezón, y/o anomalías en contorno mamario.³⁴

Y a continuación, se mencionan los hallazgos a considerar como criterios de manejo inicial por el médico familiar: Condición fibroquística mamaria, Mastalgia leve o moderada sin tumoración palpable y/o Mastitis.

Lo idea es que toda mujer con diagnóstico confirmatorio, debe ser referidas a un centro oncológico en menos de 10 días hábiles para su tratamiento.³⁴



MARCO REFERENCIAL

En nuestro país, el CaMa representa la primera causa de muerte por cáncer en mujeres y se ha observado un incremento de casos nuevos cada año.

Existen pocos reportes actualizados en nuestro país sobre la oportunidad diagnóstica y terapéutica y el intervalo ideal en pacientes con CaMa en nuestro país.

A continuación, algunos estudios realizados en América Latina muestran que evitar un retraso en el diagnóstico es importante para un buen pronóstico de esta enfermedad, incluida la posibilidad de un tratamiento exitoso, ya que los casos detectados a tiempo tienen buen pronóstico. El 90% soporta mayores costes económicos, sociales, emocionales y familiares en comparación con los pacientes diagnosticados tardíamente.

Marion Piñeros, MSP, en la elaboración de su artículo Demoras en el diagnóstico y tratamiento de mujeres con CaMa en Bogotá, Colombia, el cual tuvo como objetivo: Establecer la demora en la atención de CaMa utilizando a 1106 mujeres que recibían tratamiento por CaMa; estableció tasas de incidencia de diagnóstico y de tratamiento a partir de la primera consulta. Obteniendo los siguientes resultados; Las medianas de tiempo desde la primera consulta hasta el diagnóstico y hasta el tratamiento fueron de 3 meses y de 4 meses y medio respectivamente. Tanto diagnóstico como tratamiento sufren con retrasos para atender a sus pacientes, siendo excesivos el tiempo de atención requiriendo acciones para otorgar mayor oportunidad en diagnóstico.³⁸

Dicha investigación destacó retrasos en diagnóstico y tratamiento de CaMa comparables con otros estudios, superando ampliamente las cifras analizadas por estudios en otros lugares como Alemania y Canadá.

Figuroa Montes, tuvo como objetivo analizar el retraso en el diagnóstico del CaMa, por sospecha en mastografías, detectada en un Hospital en Perú, con mujeres con mastografías en dicho hospital y presentaron un diagnóstico mamográfico con sospecha de BIRADS 4 o 5. Se evaluaron los tiempos de demora a través del intervalo de referencia y del intervalo de diagnóstico. La media para obtener una cita por el médico especialista fue de 1 mes y la media para obtener un diagnóstico anatómo-patológico por una biopsia, tumorectomía o mastectomía, fueron de 6 meses, 7 meses y medio y 8 meses respectivamente. Demostrando, que hay demora para el envío y el diagnóstico, encontrándose fechas prolongadas. Ocasionando impacto negativo en su supervivencia.³⁹



Pataquia Cifuentes Cristina, en su revisión de Diagnóstico e inicio de tratamiento en mujeres con CaMa en Colombia; que tuvo como propósito extraer la mejor demostración disponible de los últimos 10 años, sobre el valor tan importante de reducir las demoras en el diagnóstico y tratamiento del CaMa; realizó una revisión narrativa de la literatura con la finalidad de identificar la progresión del conocimiento con relación a los tiempos de atención para el diagnóstico e inicio de tratamiento en mujeres adultas mayores de 18 años con CaMa, obteniendo las siguientes conclusiones: algunos países han establecido tiempos máximos para contar con el diagnóstico definitivo e inicio de tratamiento en una mujer con sospecha de CaMa por medio de estudios con evidencia científica. En los países del Reino Unido el tiempo entre la detección e inicio de tratamiento es de cerca de 14 días mientras que en Alemania de 15 días. Mientras que, países como Noruega tienen intervalos de tiempo más alargados, una estima aproximada de 23 días por razón de la inasistencia o abandono del tratamiento de las pacientes. Para Suecia el diagnóstico se da entre 7 a 28 días. Otras investigaciones en Francia estimaron que de la primera prueba diagnóstica y el inicio de tratamiento el lapso máximo de espera puede llegar a ser de 34 días. Finalmente, en Estados Unidos el tiempo de atención entre inicio de síntomas y tratamiento fue de 23 días. En contraste, Sudamérica tiene cifras muy superiores comparando con países desarrollados, como lo indica un estudio en un hospital público del Brasil que reportó un tiempo promedio para el inicio del tratamiento de 218 días.⁴⁰



PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

En México, el tamizaje oportuno de CaMa tiene su origen e importancia en la atención primaria para sospechar y examinar cambios mamarios. En México, la Norma Oficial Mexicana 041-SSA2-2011 para la prevención, diagnóstico, tratamiento, control y vigilancia epidemiológica de CaMa cubre la detección en tres maneras: autoexamen, examen clínico de mama y mamografía. En el caso de los primeros, se debería incentivar a las mujeres a hacerlo a partir de los 20 años. Los exámenes clínicos se realizan a partir de los 25 años y la mamografía cada dos años, desde los 40 hasta los 69 años.

Si se sospecha cáncer, existen varios pasos que involucran a los profesionales de la salud, incluida la derivación a la atención secundaria adecuada para confirmar el diagnóstico de CaMa si está dentro del alcance del diagnóstico. A veces, el tiempo transcurrido desde la derivación hasta la confirmación juega un papel importante para la expectativa de vida de los pacientes.

En el último año, se registraron 55 defunciones por CaMa, por demás el estado de Tabasco ocupa el primer lugar en detecciones tardías de este mal, y cada mes entre 10 y 15 mujeres son diagnosticadas con lesiones precancerosas que, de no atenderse al mes, podrían progresar a algún tipo de cáncer, mientras que de dos a tres más, se les confirmó un diagnóstico de cáncer definitivo, según datos oficiales de la Secretaría de Salud. De acuerdo con las estadísticas emitidas por la Secretaría de Salud, en el 2015 hubo 78 defunciones a comparación con el último año.

En la UMF 39 del IMSS Villahermosa Tabasco como parte del programa PREVENIMSS, el cual se complementa al plan de la secretaria de salud de prevención y control del CaMa, en el cual se realizan por parte de todo el personal médico y paramédico acciones constantes de promoción, información y educación a las mujeres mayores de 20 años sobre la detección oportuna del CaMa y cervicouterino durante la rutina diaria, por lo que desconociéndose el tiempo de sospecha, diagnóstico y tratamiento del CaMa, podremos mejorar la manera de referencia oportuna así como evaluar su eficiencia para el diagnóstico oportuno en el 2^{do} nivel de atención.

Que acorde a la Guía Técnica para la Atención Integral de CaMa, que establece las políticas y actividades para llevar a cabo la atención integral del CaMa, nos enfatiza el envío urgente en pacientes con resultado de malignidad en un plazo no mayor a 10 días hábiles, mientras que con



baja sospecha de malignidad en un plazo que no exceda los 15 días hábiles. Cualquiera que sea el seguimiento siempre oportunamente para un mejor pronóstico.

PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

De acuerdo a lo ya referido es que nos planteamos la siguiente pregunta de investigación:

En la UMF No. 39, IMSS, Villahermosa, Tabasco ¿Cuál es el intervalo entre la sospecha diagnóstica de CaMa desde la primera consulta y la referencia a un hospital de segundo o tercer nivel?



JUSTIFICACIÓN

La OMS aconseja sobre la educación del CaMa, así como la prevención, tamizaje y referencia oportuna de casos sospechosos de CaMa, en el 1^{er} nivel de atención el médico debe brindar atención y crear consciencia sobre esta enfermedad a toda paciente y orientarla para solicitar oportunamente atención médica si descubre alguna anomalía en caso necesario.

Entre las diferentes patologías de la glándula mamaria, el nódulo mamario predomina en diversas manifestaciones de enfermedades benignas y malignas. Hoy en día, es uno de los principales motivos de consulta médica. Los síntomas mamarios son un problema médico común y el nódulo mamario es la más seria y más grave anomalía que requiere evaluación oportuna.

Cuando el médico de 1^{er} nivel detecte una tumoración anormal debe clasificar y evaluar los signos y síntomas como tamaño del tumor, presencia de dolor, secreción o telorrea presente, edad y tiempo de la aparición, ante todo esto debe conocer la referencia oportuna con el apoyo de la exploración mamaria, USG mamario y de ser necesario mastografía en menores de 40 años con antecedentes de riesgo una vez estos encontrados la paciente debe ser referida al 2^{do} nivel para su descarte o confirmación.

El CaMa es el tumor maligno más frecuente en mujeres a nivel mundial, nacional y en Tabasco. En México, durante las últimas décadas se ha presentado un aumento en el número de casos.

La detección oportuna es la única opción para poder descubrir a tiempo el CaMa, lo que significa que para disminuir las muertes por este padecimiento, las mujeres deben ser diagnosticadas en etapas tempranas. Una vez teniendo la sospecha de CaMa, el diagnóstico histopatológico y tratamiento debe realizarse en el menor tiempo posible, con la finalidad de aumentar la supervivencia, disminuir complicaciones y metástasis.

Por este motivo, determinar el tiempo transcurrido desde la primera consulta hasta el envío a siguiente nivel de atención en pacientes con esta patología; toma relevancia, esto con el fin de enfatizar la importancia en todos los niveles de atención, para disminuir mortalidad, ya que, en todo el mundo, el cáncer de mama en mujeres ahora ha superado al cáncer de pulmón como el cáncer diagnosticado con mayor frecuencia. Se calcula que se diagnosticaron 2,261,419 casos nuevos en mujeres de todo el mundo en 2020. Este estudio resulta factible, ya que para su realización es necesario contar con estudios previos los cuales constituyen los métodos de



cribado aconsejables para detectar lesiones iniciales, brindando así los recursos necesarios para su elaboración. Además de ser un estudio viable que se puede replicar a través del tiempo en los distintos niveles de atención para comparar así los resultados obtenidos y brindarnos el estado actual del cáncer de mama en nuestra región.

Universidad Juárez Autónoma de Tabasco.
México.



HIPÓTESIS

El intervalo entre la primera consulta por sospecha diagnóstica de CaMa en pacientes de la UMF No. 39 y la referencia es menor a 15 días.

OBJETIVOS

General:

Describir el intervalo entre la primera consulta por sospecha diagnóstica de CaMa en pacientes de la UMF 39 y la referencia a un hospital de segundo y / o tercer nivel.

Específicos:

- Indicar la fecha de la primera consulta de detección de pacientes con sospecha de CaMa.
- Identificar pacientes con sospecha de CaMa.
- Contrastar síntomas más asociados con casos a referenciar de CaMa.



MATERIAL Y MÉTODOS

Tipo de investigación:

Tipo de estudio observacional, descriptivo, retrolectivo.

Universo:

El estudio se llevó a cabo en la Unidad de Medicina Familiar (UMF) N°. 39, Dr. Ignacio García Téllez, del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), Villahermosa, Tabasco.

Se incluyeron a todas las pacientes femeninas entre 25 y 69 años con sospecha de CaMa, que son derechohabientes de la UMF N°. 39, IMSS, Villahermosa, Tabasco. Con diagnósticos de: Pesquisa de CaMa en CIE 10 o pacientes con sospecha de CaMa -> Z12.3. Tumor maligno de la mama en CIE 10 -> C50

El estudio se realizó en el periodo comprendido entre el 1 de enero de 2018 y 31 de diciembre de 2021. La información se recabó a través de los expedientes de la UMF

Por tamaño de población y a conveniencia, se incluyó la totalidad de nuestro universo por ser un grupo reducido, donde se tuvo un total de 100 pacientes.

Criterios de inclusión y exclusión:

Inclusión:

Se tomó como criterios de inclusión a pacientes que cumplieron con lo siguiente:

- Pacientes femeninas de 25 a 69 años de edad que son derechohabientes de la UMF N°. 39, IMSS, Villahermosa, Tabasco. Con diagnósticos de:
- Pesquisa de CaMa en CIE 10 o pacientes con sospecha de CaMa -> Z12.3.
- Tumor maligno de la mama en CIE 10 -> C50

Exclusión:

Se tomó como criterios de exclusión:

- Aquellas pacientes que no presentaron algún otro tipo de Cáncer al momento de realizar el estudio.
- Aquellas pacientes que contaban con autoexploración mamaria pero que no acudieron a consulta para seguimiento.



Operacionalización de Variables:

- Variable Dependiente: Fecha de primera consulta
- Variable Independiente: Sospecha de cáncer de mama

| Variable | Definición Conceptual | Definición Operacional | Escala de medición | Unidad de medición |
|------------------------------------|---|--|--------------------|---|
| Edad | Tiempo que ha vivido una persona u otro ser vivo contando desde su nacimiento | Tiempo que ha vivido una persona u otro ser vivo contando desde su nacimiento, hasta el momento de la primera consulta por sospecha de CaMa | Continua | Años 20 -29 30 -39 40 – 49 50 – 59 60 – 69 |
| Antecedentes de CaMa en la familia | Información sobre los trastornos o padecimientos que han sufrido los familiares directos de sangre del paciente | Información sobre CaMa que haya sido diagnosticado en los familiares directos del paciente y que se encuentre reportado en el expediente clínico. En caso afirmativo, especificar quienes. | Nominal | Si No |
| Autoexamen de mama | Auto revisión que una mujer se realiza para buscar cambios o problemas en el tejido mamario | Auto revisión que una mujer se realiza para buscar cambios o problemas en el tejido mamario, que se encuentra reportada en el expediente clínico, en caso afirmativo, especificar fecha de la última vez | Nominal | Sí No |
| Detección de cáncer de mama | Examen utilizado para localizar el problema de salud antes de que existan | Revisión de la mama para detectar o localizar el cáncer antes de que aparezcan los signos o síntomas de la | Nominal | Pesquisa por mastografía |



| | | | | |
|---------------------|--|--|---------|--|
| | signos o síntomas de la enfermedad. | enfermedad y que esta reportado en el expediente clínico. | | Pesquisa por autoexploración mamaria. |
| Síntomas detectados | Problema físico o mental que presenta una persona, el cual puede indicar una enfermedad o afección. | Cuáles son los problemas que presentan las pacientes con diagnóstico de cáncer de mama y que se encuentran registrados en el expediente clínico. | Nominal | Dolor Nódulo Galactorrea Retracción del pezón Cambios en tamaño de mama Cambios en la piel Ninguno |
| USG mamario | Examen médico que produce una imagen de las partes internas de las glándulas mamarias con ondas sonoras. | Reporte del examen médico que produce una imagen de las partes internas de las glándulas mamarias con ondas sonoras, y que se encuentra reportado en el expediente clínico, en caso afirmativo, reportar fecha de último USG mamario | Nominal | Sí No |
| Mastografía | Radiografía de mama de grado fino capaz de obtener imágenes de tejidos blandos con gran precisión. Estudio incompleto, negativo, benigno, probablemente benigno, sospechoso de malignidad, baja, moderada, alta, | Radiografía de mama de grado fino capaz de obtener imágenes de tejidos blandos con gran precisión, reportada en el expediente clínico, en caso afirmativo, reportar fecha de última vez. | Nominal | BIRADS 0 1 2 3 4 4A 4B 4C 5 6 |



| | | | | |
|---|---|---|----------|--|
| | altamente sugestiva de malignidad comprobado por biopsia y malignidad comprobada histológicamente | | | |
| Fecha de detección de síntomas | Fecha en la cual se identificó algo anormal | Fecha en la cual se identificó algo anormal en la glándula mamaria y que se encuentra reportada en el expediente clínico. Especificar síntomas detectados o identificados. | Nominal | Día/ Mes / Año |
| Tiempo entre la detección de síntomas y la primera consulta | Tiempo transcurrido entre la detección de algún síntoma presentado y la primera consulta en primer nivel de atención. | Tiempo transcurrido entre la detección de algún síntoma presentado y la primera consulta en primer nivel de atención, y que se encuentra reportado en el expediente clínico electrónico. | Nominal | 1-7 8-14 15-21 22-28 29-35 36-42 43-49 50-60 días |
| Tiempo entre la primera consulta y el USG | Tiempo transcurrido entre la primera consulta y la realización de USG solicitado. | Tiempo transcurrido entre la primera consulta y la realización de USG solicitado, y que se encuentra reportado en el expediente clínico. Según la Guía Técnica para la Atención Integral del CaMa 2019 debe ser de 5-7 días | Numérica | 1-7 8-14 15-21 22-28 29-35 36-42 43-49 días |
| Tiempo entre la primera consulta y la | Tiempo transcurrido entre la primera consulta y la | Tiempo transcurrido entre la primera consulta y la realización de mastografía y | Numérica | 1-10 11-20 21-30 |



| | | | | |
|--|--|---|----------|---|
| consulta y la mastografía | realización de mastografía | que se encuentra reportado en el expediente clínico. Según la Guía Técnica para la Atención Integral del CaMa 2019 debe ser de 10 a 20 días | | 31-40 41-50 51-60 días |
| Tiempo de la primera consulta y el envío a 2do nivel | Tiempo transcurrido entre la primera consulta y la referencia a siguiente nivel de atención. | Tiempo transcurrido entre la primera consulta y la referencia a siguiente nivel de atención, y que se encuentra reportado en el expediente clínico. Según la Guía Técnica para la Atención Integral del CaMa 2019 debe ser de 15 días | Numérica | 1-7 8-14 15-21 22-28 29-35 36-42 43-49 días |

Método e instrumento de recolección de datos

El protocolo titulado Intervalo entre la primera consulta de pacientes con sospecha de cáncer de mama en la UMF 39, IMSS, Tabasco y su referencia a un hospital de segundo o tercer nivel de atención fue retroactivo, la obtención de la información se realizó con fines de investigación cuando ya había ocurrido.

El mecanismo que se utilizó para recolectar y registrar la información fue mediante el análisis y la revisión de registros existentes ya que se identificó en el programa de RIC a las pacientes con CaMa en el periodo comprendido entre el 2018 al 2021, esto mediante una observación estructurada con el fin de llevar el control y seguimiento de los datos ya existentes. De donde las respuestas obtenidas fueron capturadas en el software SPSS.

Análisis de datos.

La información recabada en la hoja de recolección, se capturó en el software SPSS, IBM versión 25. Se realizó estadística descriptiva de las variables mediante tablas y gráficos de frecuencias para las variables cualitativas y, medidas de tendencia central y de dispersión para las variables cuantitativas.



Consideraciones Éticas

Este estudio cumplió con los estándares éticos internacionales adoptados por la 18ª Asamblea Médica Mundial, Helsinki, Finlandia, junio 1964, y enmendada por la 29ª Asamblea Médica Mundial, Tokio, Japón, octubre 1975, 35ª Asamblea Médica Mundial, Venecia, Italia, octubre 1983, 41ª Asamblea Médica Mundial, Hong Kong, septiembre 1989, 48ª Asamblea General Somerset West, Sudáfrica, octubre 1996, 52ª Asamblea General, Edimburgo, Escocia, octubre 2000, Nota de Clarificación, agregada por la Asamblea General de la AMM, Washington 2002, Nota de Clarificación, agregada por la Asamblea General de la AMM, Tokio 2004, 59ª Asamblea General, Seúl, Corea, octubre 2008, 64ª Asamblea General, Fortaleza, Brasil, octubre 2013. Esto incluye lineamientos institucionales, así como la Ley General de Salud en materia de experimentos científicos en humanos en sus artículos 13, 16 y 20 y a la declaración de Helsinki la cual, aclara que la investigación médica en seres humanos debe tener supremacía sobre los intereses de la ciencia y de la sociedad. El objetivo debe ser mejorar el procedimiento preventivo, diagnóstico y terapéutico y garantizar la protección de la vida de acuerdo con los conocimientos científicos; y sus modificaciones de Tokio en 1975 (nunca aceptar la tortura, nunca proporcionar facilitación instrumental, nunca asistir a juicios bajo tortura), Venecia en 1983, Hong Kong en 1989 y Escocia en el 2000.



RESULTADOS

Descripción del estudio

Este estudio se realizó en la Unidad de Medicina Familiar Numero 39 en Villahermosa, Tabasco, se hizo la revisión de un total de los 100 expedientes electrónicos de pacientes femeninos con sospecha de cáncer de mama. (Grafica 1).

Variables sociodemográficas

Gráfica 1: Sexo de las pacientes con sospecha de cáncer de mama en la UMF 39.



Gráfica 1: Hoja de recolección de datos de Intervalo entre la primera consulta de pacientes con sospecha de cáncer de mama en la UMF 39 IMSS Tabasco y su referencia a un hospital de segundo o tercer nivel de atención. N= 100

Dentro de las variables sociodemográficas estudiadas se encuentra el grupo de edad teniendo en cuenta la edad media de las pacientes de 49 años. (Tabla 1). tomando en cuenta el rango de edad de 20 a 69 años.

Tabla 1: Edad de las pacientes con sospecha de cáncer de mama en la UMF 39.

| Tabla 1: Medidas de tendencia central de los pacientes con sospecha de cáncer de mama en la UMF 39 IMSS Tabasco y su referencia a un hospital de segundo o tercer nivel de atención. | |
|--|-----------|
| Media | 49 años |
| Mediana | 50 años |
| Moda | 45 años |
| Desviación Estándar | 7.18 años |
| Mínimo | 33 años |
| Máximo | 62 años |

Tabla 1: Hoja de recolección de datos de Intervalo entre la primera consulta de pacientes con sospecha de cáncer de mama en la UMF 39 IMSS Tabasco y su referencia a un hospital de segundo o tercer nivel de atención. N= 100



Variables clínicas

Se encontró con respecto al parentesco que 46% tienen antecedentes heredofamiliares de cáncer de mama, y el 54% no cuenta con criterios heredofamiliares. (Gráfica 2).

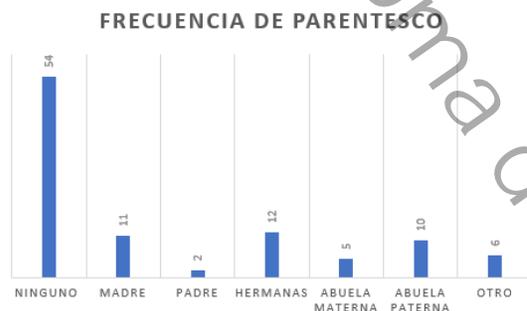
Gráfica 2: Antecedentes heredofamiliares de las pacientes con sospecha de cáncer de mama en la UMF 39.



Gráfica 2: Hoja de recolección de datos de Intervalo entre la primera consulta de pacientes con sospecha de cáncer de mama en la UMF 39 IMSS Tabasco y su referencia a un hospital de segundo o tercer nivel de atención. N= 100

Los antecedentes en familiares encontrados, fueron: en madre 11%, en padre 2%, en hermana 12%, en abuela materna 5%, en abuela paterna 10% y otros un 6%. (Gráfica 3).

Gráfica 3: Frecuencia de parentesco en antecedentes heredofamiliares de las pacientes con sospecha de cáncer de mama en la UMF 39.



Gráfica 3: Hoja de recolección de datos de Intervalo entre la primera consulta de pacientes con sospecha de cáncer de mama en la UMF 39 IMSS Tabasco y su referencia a un hospital de segundo o tercer nivel de atención. N= 100

Con relación a las pacientes que se realizan exploración clínica de mamas; tanto la observación como la palpación y aquellas que hicieron mención durante la consulta de que se lo han realizado como rutina y saben la importancia de la detección oportuna para diagnosticar a tiempo un cáncer



de mama, se encontró que el 64% conoce adecuadamente la técnica y se realiza autoexploración y el 36% restante refirió que desconoce la técnica y lo que es la autoexploración mamaria, por lo tanto mencionaron no habérsela realizado, pero hicieron uso de la mastografía para detectar anomalías en sus mamas que por palpación y observación omitida no fueron detectadas. (Gráfica 4).

Gráfica 4: Autoexamen mamario de las pacientes con sospecha de cáncer de mama en la UMF 39.

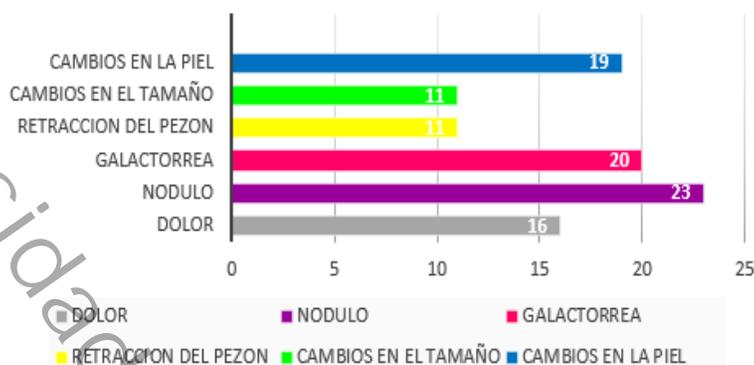


Gráfica 4: Hoja de recolección de datos de Intervalo entre la primera consulta de pacientes con sospecha de cáncer de mama en la UMF 39 IMSS Tabasco y su referencia a un hospital de segundo o tercer nivel de atención. N= 100

En la mayoría de las veces, el cáncer de mama es detectado después de que surgen síntomas; en este estudio se pudo apreciar que en 23 pacientes el nódulo mamario es el más frecuente, siguiendo con 20 pacientes la galactorrea, cabe mencionar que los cambios en la piel se encuentran en tercer lugar de frecuencia con 19 detecciones, no restándole importancia al dolor en mamas que igual entra en este grupo de síntomas con 16 pacientes en esta investigación, por ultimo; tanto los cambios en el tamaño y la retracción del pezón son de suma importancia para identificar signos y síntomas de un probable cáncer de mama ya que fueron datos encontrados en una minoría de 11 por síntoma mencionado. (Gráfica 5). Para el inicio de la detección de síntomas de las pacientes en este estudio, 51 pacientes tuvieron inicio de síntomas en el año 2018, 30 pacientes en el año 2019, 12 pacientes en el año 2020 y finalmente 6 pacientes en el año 2021.



Gráfica 5: Síntomas detectados en las pacientes con sospecha de cáncer de mama en la UMF 39.



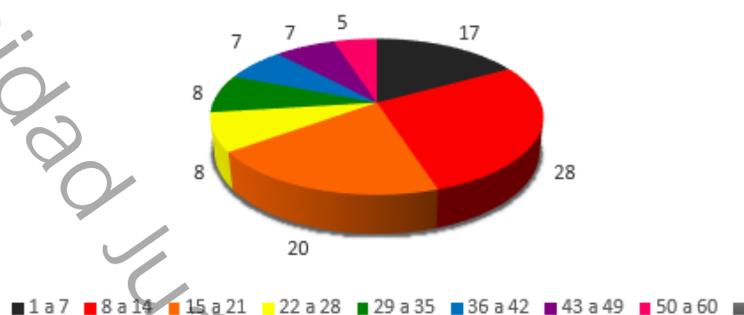
Gráfica 5: Hoja de recolección de datos de Intervalo entre la primera consulta de pacientes con sospecha de cáncer de mama en la UMF 39 IMSS Tabasco y su referencia a un hospital de segundo o tercer nivel de atención. N= 100

No siempre los signos y síntomas de una enfermedad, son detectados a tiempo; algunas manifestaciones clínicas derivadas de un cáncer de mama requieren detección oportuna. En este estudio se estimó que 17 pacientes fueron valoradas en la primera semana posterior a su detección de síntomas, de igual forma se pudo apreciar que 28 de un total de 100 pacientes lograron tener un lapso de tiempo no mayor a 2 semanas entre que sintieron una manifestación de alarma importante hasta que debieron ser valoradas en su primera consulta, 20 pacientes se valoró entre 15 y 21 días, en menos de un mes se encontró a un total de 8 pacientes, y en un lapso de 29 a 35 días se pudo estudiar a 8 pacientes, se observó que en menos de 6 semanas fueron vistas en su primera consulta desde la detección de síntomas 14 pacientes, por último se descubrió que la minoría tuvieron un lapso de tiempo de 50 a 60 días transcurridos. (Gráfica 6).



Gráfica 6: Intervalo transcurrido desde la detección de síntomas a la primera consulta en las pacientes con sospecha de cáncer de mama en la UMF 39.

**DIAS TRANSCURRIDOS
DESDE LA DETECCION DE SINTOMAS
HASTA LA PRIMERA CONSULTA**

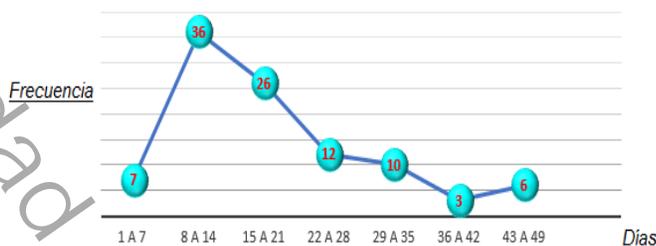


Gráfica 6: Hoja de recolección de datos de Intervalo entre la primera consulta de pacientes con sospecha de cáncer de mama en la UMF 39 IMSS Tabasco y su referencia a un hospital de segundo o tercer nivel de atención. N= 100

El pronóstico de cáncer de mama está estrechamente ligado al momento de la detección, muchas veces con la mastografía la sensibilidad para diagnóstico disminuye para mamas densas, por lo que se necesita un examen complementario; por ello; la importancia del ultrasonido. De acuerdo a este estudio; 7 pacientes se realizaron un USG mamario a la semana de haber recibido su primera consulta, la mayoría de las pacientes tuvieron un lapso entre 8 y 14 días para la realización del ultrasonido con un total de 36 pacientes, seguido de 26 quienes para la realización del ultrasonido tuvieron una espera menor a 3 semanas. En 12 del estudio contaban con un ultrasonido realizado antes del mes de haber tenido su primera consulta. Se hallaron a 10 pacientes con un lapso de 29 a 35 días transcurridos entre la primera consulta y la realización del USG mamario, solo se identificaron a 3 pacientes a quienes su espera fue mayor al mes, ya que esperaron hasta la sexta semana para una realización de ultrasonido y las 6 pacientes faltantes esperaron un lapso de 7 semanas transcurridas desde la primera consulta y el usg mamario para continuar con su protocolo de diagnóstico y envío a un segundo nivel. (Gráfica 7).

Gráfica 7: Intervalo transcurrido desde la primera consulta a la realización de USG mamario en las pacientes con sospecha de cáncer de mama en la UMF 39.

DIAS TRANSCURRIDOS ENTRE PRIMERA CONSULTA Y USG MAMARIO



Gráfica 7: Hoja de recolección de datos de Intervalo entre la primera consulta de pacientes con sospecha de cáncer de mama en la UMF 39 IMSS Tabasco y su referencia a un hospital de segundo o tercer nivel de atención. N= 100

Se encontró con respecto al lugar donde se realizaron el ultrasonido mamario lo siguiente: 53% (53 pacientes) lo realizaron de forma particular, 39% (39 pacientes) en el IMSS, y el resto no se realizó ultrasonido. (Gráfica 8).

Gráfica 8: Lugar donde se realizaron USG mamario las pacientes con sospecha de cáncer de mama en la UMF 39.



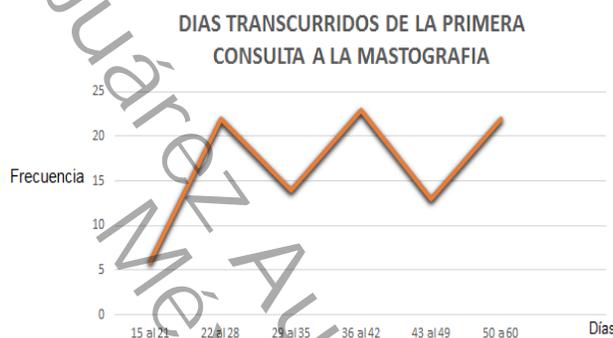
Gráfica 8: Hoja de recolección de datos de Intervalo entre la primera consulta de pacientes con sospecha de cáncer de mama en la UMF 39 IMSS Tabasco y su referencia a un hospital de segundo o tercer nivel de atención. N= 100

En la búsqueda de cambios o anormalidades en los tejidos del seno que con el tiempo pueden convertirse en un mal pronóstico para las pacientes, y con el fin de reducir el riesgo de una alta mortalidad por cáncer de mama, se solicita la mastografía, sin embargo, la demora en su realización influye significativamente en cada paciente. En este estudio 6 pacientes se realizaron la mastografía a las 3 semanas de haber recibido su primera consulta, seguido de 22 quienes para la realización de la mastografía esperaron 1 mes. En 14 pacientes se valoró la realización de la mastografía la cual fue realizada en un lapso de 29 a 35 días, considerando la demora desde la



primera consulta hasta la realización del estudio se hallaron a la mayoría de las pacientes siendo 23; quienes esperaron más del mes para proceder al estudio, con un lapso de entre 36 a 42 días, se identificaron a 13 pacientes a quienes su espera fue mayor a las 6 semanas, ya que esperaron más días para la realización de mastografía y finalmente las pacientes faltantes esperaron cerca de los 2 meses transcurridos desde la primera consulta y la mastografía; llegando al tiempo máximo establecido en este estudio de 60 días, demorando así el envío a un segundo nivel. (Gráfica 9).

Gráfica 9: Intervalo transcurrido desde la primera consulta a la realización de Mastografía de las pacientes con sospecha de cáncer de mama en la UMF 39.



Gráfica 9: Hoja de recolección de datos de Intervalo entre la primera consulta de pacientes con sospecha de cáncer de mama en la UMF 39 IMSS Tabasco y su referencia a un hospital de segundo o tercer nivel de atención. N= 100

En la investigación se pudo apreciar que la mayoría de los pacientes acudieron a sus estudios de mastografía al IMSS teniendo un 55% de un 100% equivalente a 55 pacientes, y un 45% refirió que sus estudios fueron de manera particular. (Gráfica 10).

Gráfica 10: Lugar donde se realizaron Mastografía las pacientes con sospecha de cáncer de mama en la UMF 39.



Gráfica 10: Hoja de recolección de datos de intervalo entre la primera consulta de pacientes con sospecha de cáncer de mama en la UMF 39 IMSS Tabasco y su referencia a un hospital de segundo o tercer nivel de atención. N= 100



De acuerdo a los resultados obtenidos en la presente investigación, en el grupo de estudio se encontró que en 5 pacientes, el estudio no fue concluyente por lectura incompleta y se les diagnosticó un Birads 0, encontrándose con un Birads 1 a la minoría de pacientes con un total de 2 pacientes, 16 pacientes fueron valoradas con un Birads 2, seguido de 29 pacientes quienes resultaron con hallazgos de lesión probablemente benigna con un Birads 3, finalmente en este estudio se encontró a la mayoría de las pacientes con un diagnóstico de Birads 4 y 17 pacientes con diagnóstico altamente sugestivo de malignidad con un Birads 5. (Tabla 2).

Tabla 2: Resultado de la Mastografía de las pacientes con sospecha de cáncer de mama en la UMF 39.

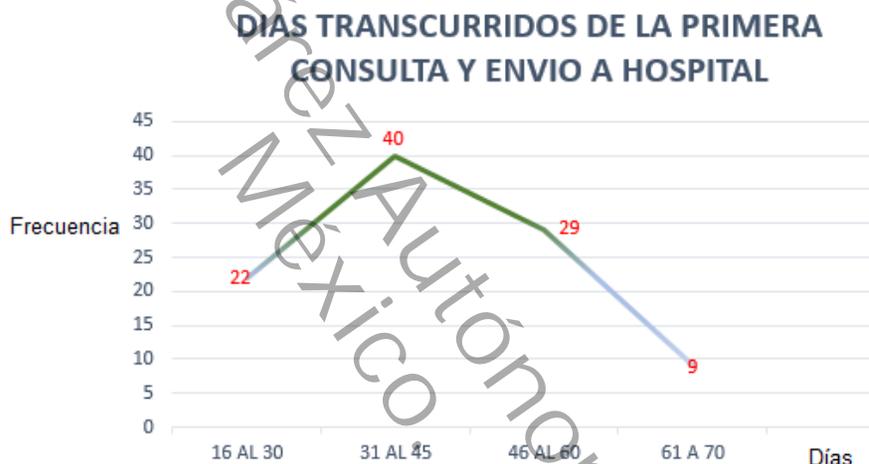
| RESULTADO DE BIRADS EN MASTOGRAFIA | |
|------------------------------------|------------|
| | Frecuencia |
| BIRADS 0 | 5 |
| BIRADS 1 | 2 |
| BIRADS 2 | 16 |
| BIRADS 3 | 29 |
| BIRADS 4 | 31 |
| BIRADS 5 | 17 |

Tabla 2: Hoja de recolección de datos de Intervalo entre la primera consulta de pacientes con sospecha de cáncer de mama en la UMF 39 IMSS Tabasco y su referencia a un hospital de segundo o tercer nivel de atención. N= 100



En este estudio del total de pacientes a los que se realizó referencia a un segundo nivel; a 22 pacientes se les hizo envío en un lapso de 16 a 30 días posteriores a su primera consulta, con respecto a la mayoría de las pacientes siendo un total de 40 terminaron esperando mes y medio, casi una tercera parte; con 29 pacientes fueron atendidas 46 días posteriores a su primera consulta ya cerca de los dos meses de haber iniciado protocolo de estudio y en cuanto a la minoría en esta investigación; 9 pacientes fueron valoradas en un lapso mayor a dos meses ya que recibieron su atención en un lapso de 61 a 70 días. (Gráfica 11).

Gráfica 11: Intervalo transcurrido desde la primera consulta y la referencia a siguiente nivel de las pacientes con sospecha de cáncer de mama en la UMF 39.



Gráfica 11: Hoja de recolección de datos de Intervalo entre la primera consulta de pacientes con sospecha de cáncer de mama en la UMF 39 IMSS Tabasco y su referencia a un hospital de segundo o tercer nivel de atención. N= 100



DISCUSIÓN

En México se ha observado un incremento persistente del cáncer de mama tanto en su incidencia como en la mortalidad en las últimas décadas; una de las causas: las referencias oportunas a un segundo nivel son bajas.

El tiempo que pasa entre cada episodio de la enfermedad y el recibir referencia oportuna; y de acuerdo a los resultados reportados en el estudio titulado “Intervalo entre la primera consulta de pacientes con sospecha de cáncer de mama en la Unidad de Medicina Familiar No. 39, IMSS, Tabasco y su referencia a un hospital de segundo o tercer nivel de atención”; donde se encontró como hallazgo principal que el máximo de días transcurridos desde la detección de síntomas hasta el envío oportuno para valoración por Ginecología u Oncología fue de 60 días en un total de 15 pacientes y únicamente a una paciente se realizó el envío en un lapso de 18 días, para completar protocolo de estudio, de tal forma se evidenció de acuerdo a los programas de detección del cáncer de mama en nuestro estado que a las mujeres se les diagnostica esta enfermedad en etapas tardías o no clasificables, lo que se relaciona de manera directa con una evolución clínica perjudicial.

Algunos estudios muestran resultados negativos con demoras en el diagnóstico y tratamiento y como influyen negativamente entre la población más vulnerable, llevando a postergaciones en el curso clínico y en el pronóstico de las pacientes que son diagnosticadas con cáncer de mama.

Comparando los resultados con un estudio realizado en Bogotá, Colombia titulado “Demoras en el diagnóstico y tratamiento de mujeres con cáncer de mama en Bogotá Colombia”, de una muestra de 852 mujeres que recibían tratamiento por cáncer de mama se establecieron tasas de incidencia de diagnóstico a partir de la primera consulta y las medianas de tiempo desde la primera consulta hasta el diagnóstico fueron de 91 días y de 137 días para inicio de tratamiento; en dicho estudio que comparte características similares con otras capitales latinoamericanas como es el caso de Chile, donde se han establecido tiempos máximos para contar con el diagnóstico definitivo de máximo 1 mes para la confirmación diagnóstica ante una sospecha, 1 mes y medio para la estadificación desde la confirmación diagnóstica y 1 mes para iniciar tratamiento.

De igual manera contrastando los estudios ya mencionados con otro que fue realizado nuevamente en Bogotá, durante el año 2021, titulado “Oportunidad en la atención de la población



con cáncer de mama de enero 2019 a enero de 2020, en una institución privada de Bogotá”; de una muestra de 166 pacientes diagnosticadas; se concluyó que la oportunidad de atención desde el diagnóstico hasta el primer tratamiento reporta una media de 2 meses, el periodo de los primeros síntomas hasta el primer tratamiento es de 4 meses y desde la consulta con el médico tratante hasta el primer tratamiento es de 1 mes y medio; de tal forma que el indicador de oportunidad de atención para el cáncer de mama aun en algunos países se encuentra deficiente para la asignación de citas y la realización de protocolo complementario, confirmando con la evidencia existente que el abordaje oportuno en etapas tempranas mejora el pronóstico y la supervivencia de las pacientes.

Finalmente, en un estudio reciente, titulado “Retrasos en el diagnóstico y tratamiento del cáncer de mama en Medellín, Colombia en 2022”; en un total de 331 pacientes el tiempo promedio desde la primera consulta hasta el diagnóstico fue de 32 días y el tiempo promedio desde la primera consulta hasta el tratamiento fue de 142 días, concluyendo que en cada uno de los países hay una demora en cuanto al tratamiento para esta patología, y en México comparado con otros estudios; los retrasos totales más largos se asociaron con etapas de cáncer más avanzados.

En último término se recomienda señalar las fortalezas y limitaciones del presente, para que de esta manera se puedan encontrar resultados con la mayor precisión posible; una de las fortalezas de este estudio es que ayuda a comprender el problema del cáncer de mama que enfrentamos.

Entre las limitantes está la naturaleza descriptiva del estudio, con grupos de comparación desiguales que formaron parte del proceso de investigación, de igual forma que no se contaban con los datos actualizados en la unidad de salud sobre las usuarias de los grupos de riesgo para cáncer de mama ya que no fue posible obtener información del estadio patológico que podría mejorar la precisión del diagnóstico y que la información se concreta a lo observado en la unidad médica de primer nivel, por lo que todo lo obtenido solo puede ser considerado de interés en términos prácticos para la unidad médica en que el estudio se realizó.



CONCLUSIONES

En base a los resultados obtenidos y en respuesta a los objetivos planteados en esta travesía informativa se instauran las siguientes conclusiones:

Es imprescindible concretar acciones en los distintos niveles de atención para reducir los tiempos ante una paciente que tenga sospecha de cáncer de mama, No haciendo menos importante, considerando las implicaciones que tienen los resultados obtenidos de este estudio; es necesario conocer cada una de las fortalezas en nuestros programas de prevención, pues tanto en este estudio como en los ya existentes; cada una de las acciones para una oportuna detección de cáncer de mama van a tener siempre un gran impacto en la prevalencia del mismo, así como en la mortalidad en la mujer con la presencia de esta patología.

Como contribuciones y para futuras investigaciones considero en base a los resultados de este estudio, se pueda brindar una oportunidad para intervenciones educativas con pacientes destinadas a enfatizar la importancia de cumplir con un programa de detección temprana o una consulta prioritaria cuando sean reconocidas manifestaciones clínicas alarmantes para lograr un diagnóstico en una etapa temprana de la enfermedad. Y se necesitan más estudios de investigación para identificar factores asociados con el retraso en el tratamiento después del diagnóstico y así poder evaluar intervenciones diseñadas para reducir los retrasos en el tratamiento.

En relación con la hipótesis presentada en este estudio en el que el tiempo de respuesta para una referencia oportuna es menor a 15 días se concluye que no es favorable el tiempo establecido ya que no cumplió los criterios, siendo evidentes los retrasos en la población estudiada para establecer el diagnóstico e iniciar seguimiento en un siguiente nivel de atención. El cáncer de mama sigue y seguirá siendo un desafío hasta lograr reducir las tasas de mortalidad, se está todavía en el camino en búsqueda de lograr el éxito, por múltiples factores desde ambientales hasta familiares que conlleva esta enfermedad.

Pero como punto importante en esta conclusión el impacto que tendrá en la vida cotidiana de las personas es que un diagnóstico temprano de la enfermedad en pacientes asintomáticas, con o sin autoexamen de mama, con o sin ultrasonido o mastografía influirá positivamente en una mejor calidad de vida y disminuirá la mortalidad en mujeres a nivel mundial.



RECOMENDACIONES

- Utilizar la información y los resultados obtenidos en todos los niveles de atención y que de algún modo en conjunto desde enfermería hasta especialistas Oncólogos, Ginecólogos y nosotros como Médicos Familiares; podamos incorporar propuestas al complejo fomento de la salud - bienestar – enfermedad – vigilancia - asistencia, por medio de políticas y programas con mayor cooperación e intervención por todo aquel derechohabiente; en las cuestiones de vida y salud
- Aplicar intervenciones que apunten a cambiar los resultados de las mismas políticas, en cuanto a la mortalidad provocada por esta patología.
- Seguir adecuadamente en cada Unidad de Medicina Familiar los controles médicos a las pacientes con cáncer de mama, no solo al principio sino durante todas las etapas de la enfermedad, para así garantizar que si reaparece pueda ser controlada desde el principio.
- Observar en todas las consultas de primer nivel los factores que pudieran predisponer la presencia de Cancer de mama en cada uno de los pacientes, para así darle seguimiento oportunamente.
- Y por último y no menos importante organizar campañas de educación sobre autoexploración mamaria a toda aquella paciente que cuente con factores de riesgo, fortaleciendo siempre los programas de prevención ya existentes.



REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- 1 - B. c. (2017). An overview from the US National Cancer Institute(NCI) –. Peer-reviewed, evidence-based summaries from the NCI's Physician Data Query (PDQ).
- 2 - (2017). Recuperado el 23 de Julio de 2021, de Guía de Prevención, Tamizaje y Referencia oportuna de casos sospechosos de cáncer de mama en el primer nivel de atención: <http://www.cenetec-difusion.com/CMGPC/S-001-08/ER.pdf>
- 3 -(2018). Recuperado el 09 de Julio de 2021, de Asociación Española contra el Cáncer: <https://www.aecc.es/es/todo-sobre-cancer/tipos-cancer/cancer-mama/mas-informacion/evolucion-cancer-mama>
- 4 -Aguilar Sánchez YM, A. E. (2016-2017). Comportamiento de los factores de riesgo del cáncer de mama. . Artículo original , RM, Consultorio No. 1 Guisa.
- 5 - Alkabban, F. M., & Ferguson, T. (2020). Recuperado el 04 de Agosto de 2021, de NCBI: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK482286/>
- 6 - Allen, R. J. (2018). Recuperado el 12 de Julio de 2021, de Breastcancer Org: https://www.breastcancer.org/symptoms/understand_bc/what_is_bc
- 7 - C., S. (s.f.). Recuperado el 12 de Julio de 2021, de Radiologists' Role in Breast Cancer Staging: Providing Key Information for Clinicians: http://www.sedim.es/nueva/pd-content/uploads/2018/04/Cap%C9%ADtulo_6_Estadificaci%C9%B3k
- 8 - Cancer., I. A. (2018). México Breast Cancer Incidence and Mortality in 2018. Recuperado el 11 de Julio de 2021, de GLOBOCAN 2018: <http://globocan.iarc.fr/factsheet/cancer/breast>.
- 9 - CENETEC, G. d. (Ed.). (2017). Recuperado el 10 de Julio de 2021, de Prevención tamizaje y referencia oportuna de casos sospechosos de cáncer de mama en primer nivel de atención : <http://cenetec-difusion.com/gpc-sns/?p=490>
- 10 - Cifuentes Guerrero, A. (2019). El cáncer de mama en la salud de la mujer. . Recuperado el 11 de Julio de 2021, de Revista Salud Pública de México : <https://saludpublica.mx/index.php/spm/article/view/78883>
- 11 - Cristina, P. C. (2020). Recuperado el 02 de 07 de 2021, de CRAI: <https://repository.urosario.edu.co/handle/10236/30511>



- 12 - Figueroa Montes, L. E. (2015-2018). Recuperado el 13 de Junio de 2021, de Demora En El Diagnóstico Del Cáncer De Mama, Por Sospecha Mamográfica, Detectada En El Hospital III Suarez Angamos: <https://repositorio.ucv.edu.pe/handle/20.400.12692/24620>
- 13 - Garcia Roque D, B. d. (Marzo de 2017). Importancia de la pesquisa del cancer de mama. *Finlay*, 7(1).
- 14 - Gonzalez Ruiz G, P. G. (2019). Impacto de una intervencion educativa en el conocimiento del cancer de mama en mujeres colombianas . *Rev Cubana Salud Publica* , 45(3).
- 15 - Grajales Perez Erika Gabriela, C. F. (Marzo de 2014). Factores de riesgo para el cancer de mama y cervicouterino . *Revista CES Salud Publica* , 5(1).
- 16 - IMSS. (15 de 07 de 2015). Acercando al IMSS al ciudadano. Obtenido de IMSS GOBIERNO DE MEXICO: <https://www.imss.gob.mx/salud-en-linea/cancer-mama/mastografia#:~:text=Es%20un%20estudio%20de%20rayos,la%20observaci%C3%B3n%20o%20la%20palpaci%C3%B3n>.
- 17 - IMSS. (2019). Guía Técnica para la Atención Integral del Cáncer de Mama. Coordinaciones Normativas y responsables de la atención integral y vigilancia epidemiológica del Cáncer de Mama en Delegaciones, Instituto Mexicano del Seguro Social, Mexico.
- 18 - INEGI. (2020). Recuperado el 11 de Julio de 2021, de Dirección General de Información en Salud (DGIS) : https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/aproposito/2021/cancer2021_Nal.pdf
- 19 - INEGI. (2020). Recuperado el 11 de Julio de 2021, de INEGI Informa. ESTADÍSTICAS A PROPÓSITO DEL DÍA MUNDIAL CONTRA EL CÁNCER: https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/aproposito/2021/cancer2021_Nal.pdf
- 20 - INEGI. (2020). Estadísticas de mortalidad 2018. Consulta interactiva de datos. Revisión de estudios en poblaciones mexicanas y México-americanas., INEGI, Dirección General Adjunta de Comunicación, Mexico.
- 21 - Institute(NCI), A. o. (2017). Recuperado el 18 de Peer-reviewed, evidence-based summaries from the NCI's Physician Data Query (PDQ) de 2021, de Breast cancer treatment -: <https://www.scielo.sa.cr/pdf/mlcr/v45n1/1407-0135-mlcr-35-01-98.pdf>



- 22 - Kosters JP, G. P. (2008). Regular self-examination or clinical examination for early detection of breast cancer. Recuperado el 4 de Julio de 2021, de Revisiones Cochrane : https://www.cochrane.org/es/CD001877/BREASTCA_para-el-cancer-de-mama
- 23 - Madrigal Ureña Angélica, M. R. (2018). Recuperado el 23 de Julio de 2021, de Generalidades de cáncer de mama para médico general. : http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1409-00152018000100044&lng=en.
- 24 - Maita Cruz Yuri Anselmo, M. H. (2018). Recuperado el 18 de Abril de 2021, de Rol de la biopsia por aspiración con aguja fina (BAAF) en el abordaje diagnóstico de tumoraciones mamarias palpables en el Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas, Lima-Perú: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2221-24342017000400008&lng=es.
- 25 - Martín M, H. A. (2015). Recuperado el 09 de Julio de 2021, de Rev Arbor Ciencia, Pensamiento y Cultura.: <http://dx.doi.org/10.3989/arbor.2015.773n3004> [Links]
- 26 - Milena Bedoya Astrid, L. A.-A. (Junio de 2019). Factores de riesgo para el cáncer de mama. Cubana Obstet Ginecol, 45(2).
- 27 - OMS. (2019). Recuperado el 10 de Julio de 2021, de Who: <https://www.who.int/topics/cancer/breastcancer/es/>
- 28 - Pathol, J. (10 de 2016). Refinement of breast cancer classification by molecular characterization of histological. 212(20).
- 29 - Pavón, R. C. (2020). Recuperado el 08 de Junio de 2021, de UVA doc Repositorio documental : <https://uvadoc.uva.es/handle/10324/41456>
- 30 - Peña García Yoenny, M. G. (Septiembre de 2017). Factores de riesgo para padecer cáncer de mama en la población femenina. Rev. Finlay [Internet], 7(4).
- 31 - Piñeros Marion, S. R. (Salud pública Méx [revista en la Internet].). Recuperado el 06 de [citado 2021 Junio] de 2021, de Demoras en el diagnóstico y tratamiento de mujeres con cáncer de mama en Bogotá, Colombia. : http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36372011000800003&lng=es.



- 32 - Puente, J. d. (2019). Recuperado el 10 de Julio de 2021, de Sociedad Española de Oncología Medica : <https://seom.org/informacion-sobre-el-cancer/que-es-el-cancer-y-como-se-desarrolla>
- 33 - Ramirez, E. (Enero de 2018). Cancer de mama . Revista Medica Sinergia, II(ISSN).
- 34 - Ramos, M. C. (Agosto de 2015). Cáncer de mama, su caracterización epidemiológica. Revista de Ciencias Medicas (4).
- 35 - RM., E. (2 de 2017). Cáncer de mama. Revista Medica Sinergia , 01(8).
- 36 - Robles-Castillo J, R.-L. E.-C. (2011). Cáncer de mama en mujeres mexicanas menores de 40 años. En Ginecol Obstet Mex. (pág. 8).
- 37 - Salud, S. d. (2012). Recuperado el 8 de Junio de 2021, de http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/equipoMedico/normas/NOM_041_SSA2_2011.pdf
- 38 - Sánchez JC, R. J.-S. (2017). Consenso Mexicano sobre diagnóstico y tratamiento (Primera ed.). Mexico: Gac Mex Oncol.
- 39 - Sidoni A, C. A. (2003). Breast cancer in young women.
- 40 - Torres Tabanera, M. (2014). Recuperado el 4 de Junio de 2021, de Investigación y Ciencia: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=228751>
- 41 - Uribe-Zúñiga, M. (s.f.). Políticas públicas para la detección. Salud Publica en Mexico, 51(2).



ANEXOS

Hoja de Recolección de datos

Intervalo entre la primera consulta de pacientes con sospecha de cáncer de mama en la UMF No. 39, IMSS, Tabasco y su referencia a un hospital de segundo o tercer nivel de atención

| |
|---|
| NSS: |
| Edad: |
| Sexo |
| Antecedente heredofamiliar de cáncer de mama () Si () No Especificar quién o quiénes: Madre____ Padre____ Hermanas____ Abuela materna____ Abuela paterna____ Otros____ |
| Autoexamen mamario realizado () Si () No |
| La detección se realizó por: Pesquisa por mastografía ____ Pesquisa por exploración mamaria____ |
| Síntomas auto detectados (describirlos) Dolor ____ Nódulo ____ Galactorrea ____ Retracción del pezón ____ Cambios en el tamaño____ Cambios en la piel____ Ninguno____ |
| Fecha de detección de síntomas ____/____/____ |
| Marcar con una "x" la fecha de la detección de los síntomas o mastografía a la primera consulta (en días) |



| |
|---|
| 1-7 _____ 8-14 _____ 15-21 _____ 22-28 _____ 29-35 _____ 36-42 _____ 43-49 _____ 50-56 _____ |
| Marcar con una "x" la el tiempo transcurrido entre la primera consulta y el USG mamario (en días) |
| 1-7 _____ 8-14 _____ 15-21 _____ 2-28 _____ 29-35 _____ 36-42 _____ 43-49 _____ 50-60 _____ |
| Donde se realizó el USG () IMSS () Extra IMSS |
| Marcar con una "x" la Fecha de la primera consulta y la mastografía (en días) |
| 1--10 _____ 11-20 _____ 21-30 _____ 31-40 _____ 41-50 _____ 51-60 _____ |
| Donde se realizó la mastografía () IMSS () Extra IMSS |
| Mastografía, (BIRADS) |
| 0 _____ 1 _____ 2 _____ 3 _____ 4A _____ 4B _____ 4C _____ 5 _____ |
| Tiempo transcurrido entre la primera consulta y la referencia al segundo nivel (en días) |
| 1-7 _____ 8-14 _____ 15-21 _____ 22-28 _____ 29-35 _____ 36-42 _____ 43-49 _____ 50 o más |
| Elaboró |
| Fecha de elaboración |



Carta de solicitud de no inconveniente de director de Unidad de Medicina Familiar No. 39

Villahermosa, Tabasco a 11 de noviembre de 2021.

Asunto: Solicitud de no inconveniente

Dr. Roberto Carlos Lima Ascencio
Director de la Unidad Médica Familiar 39

Presente

Por este medio me dirijo a usted para solicitar de la manera más atenta, acceso a información en expedientes clínicos mediante plataformas RIC y ECE de la Unidad de Medicina Familiar No. 39, así como la recopilación de información de dichos pacientes con la finalidad de sustentar el marco teórico y metodológico en el protocolo de estudio titulado "INTERVALO ENTRE LA PRIMERA CONSULTA DE PACIENTES CON SOSPECHA DE CÁNCER DE MAMA EN LA UMF NO. 39, IMSS, TABASCO Y SU REFERENCIA A UN HOSPITAL DE SEGUNDO O TERCER NIVEL DE ATENCIÓN". Reiterando que los datos recolectados quedaran resguardados en una base de datos para uso exclusivo de los investigadores y asegurando que la información obtenida tendrá un manejo confidencial, respetando normas éticas y de seguridad del Instituto Mexicano del Seguro Social.

Agradeciendo de antemano su colaboración, y una pronta y favorable respuesta reciba un cordial saludo.

Atentamente

Dra. Maribel Sánchez García
Residente de Medicina Familiar UMF 39
Matricula 99288204

Dr. Jesús Antonio Cruz Maldonado
Medico adscrito de UMF 39
Matricula 99285441
Investigador Principal



Carta de no inconveniente de director de Unidad de Medicina Familiar No. 39



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MÉDICAS
COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD

Carta de no inconveniente del Director de la Unidad

Villahermosa, Tabasco a 25 de noviembre de 2021.

CLIS 2701

Comité Local de Investigación en Salud 2701

Instituto Mexicano del Seguro Social

Presente

En mi carácter de Director General de la Unidad de Medicina Familiar No. 39 "Ignacio García Téllez" declaro que no tengo inconveniente en que se efectúe en esta institución el protocolo de investigación en Salud con el título **"Intervalo entre la primera consulta de pacientes con sospecha de cáncer de mama en la UMF No. 39, IMSS, Tabasco y su referencia a un hospital de segundo o tercer nivel de atención.** El protocolo será realizado bajo la dirección del Dr. Jesús Antonio Cruz Maldonado como Investigador Responsable, la recolección de datos la realizará el médico Residente Maribel Sánchez García en caso de que sea aprobado por el Comité Local de Investigación en Salud. La cual consiste en la revisión de expedientes y recolección de datos, del periodo comprendido entre el 1 de enero de 2018 y el 31 de diciembre de 2021. A su vez, hago mención de que esta Unidad cuenta con la infraestructura necesaria, así como los recursos humanos capacitados para atender cualquier evento adverso que se presente durante la realización del estudio citado.

Sin otro particular, reciba un cordial saludo.

Atentamente

Dr. Roberto Carlos Lima Ascencio
Director de la Unidad Médica Familiar 39

Prolongación Ignacio Zaragoza esquina Carmen Cadena de Buendía No 102
Colonia Nueva Villahermosa. C.P. 86070. Villahermosa, Tabasco.



Carta de Dispensación de Consentimiento informado

Villahermosa, Tabasco a 25 de noviembre de 2021

Asunto: Carta de Dispensación de Consentimiento Informado

Comité de Ética
Instituto Mexicano del Seguro Social
Delegación Tabasco

Presente

Estimado Comité de Ética en relación al estudio del protocolo de investigación en Salud con el título "Intervalo entre la primera consulta de pacientes con sospecha de cáncer de mama en la UMF No. 39, IMSS, Tabasco y su referencia a un hospital de segundo o tercer nivel de atención, el cual consiste en la revisión de expedientes clínico electrónicos, me dirijo a ustedes de la manera más respetuosa, para solicitar la dispensa del consentimiento informado.

Agradeciendo de antemano su colaboración, y esperando su favorable respuesta me despido con un respetuoso saludo quedando a sus órdenes.

Atentamente

Dra. Maribel Sánchez García
Residente de Medicina Familiar UMF 39
Matricula 99288204

Dr. Jesús Antonio Cruz Maldonado
Medico adscrito de UMF 39
Matricula 99285441
Investigador Principal



Cronograma de actividades

| T I T U L O | Intervalo entre la primera consulta de pacientes con sospecha de cáncer de mama en la UMF No. 39 IMSS Tabasco y su referencia a un hospital de segundo o tercer nivel de atención | | | | | | | | | | | | | | |
|----------------------------|---|----------|-----------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|------------|
| | DURACION | AÑO 2021 | | | AÑO 2022 | | | AÑO 2023 | | | | | | | |
| | | NO | ACTIVIDAD | SEP- OCT | NOV- DIC | ENE- FEB | MAR- ABR | MAY- JUN | JUL- AGO | SEP- OCT | NOV- DIC | ENE- FEB | MAR- ABR | MAY- JUN | JUL- AG |
| 1 | SELECCION DEL TEMA DEL PROYECTO | | | | | | | | | | | | | | |
| 2 | ELABORACION DE MARCO TEORICO, PLANTEAMIENTO Y JUSTIFICACION DEL PROYECTO | | | | | | | | | | | | | | |
| 3 | ELABORACION DE LA METODOLOGIA DEL PROYECTO DE INVESTIGACION | | | | | | | | | | | | | | |
| 4 | INSTRUMENTOS DE RECOLECCION | | | | | | | | | | | | | | |
| 5 | EVALUACION POR COMITE DE ÉTICA E INVESTIGACIÓN | | | | | | | | | | | | | | |
| 6 | REVISION DE SISTEMA RIC Y SELECCIÓN DE CASOS | | | | | | | | | | | | | | |
| 7 | ELABORACION DE BASE DE DATOS Y ANÁLISIS ESTADÍSTICO | | | | | | | | | | | | | | |
| 8 | REDACCION DEL TRABAJO TERMINAL | | | | | | | | | | | | | | |
| 9 | PRESENTACION DE LA TESIS | | | | | | | | | | | | | | |