



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE CIUDAD JUÁREZ



INSTITUTO DE CIENCIAS BIOMEDICAS
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No 46

**“FACTORES QUE INFLUYEN EN EL DIAGNÓSTICO
TARDÍO DE CÁNCER DE MAMA EN ETAPAS AVANZADAS
EN UMF NO. 67 CIUDAD JUÁREZ, CHIHUAHUA”**

T E S I S

Tesis para optar por el grado de:

ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

Dra. Gloria Flores Montalvo

ASESORES:

Dr. Daniel Ramírez Hernández

Dra. Edna Edith Licerio Pérez

ASESOR METODOLÓGICO:

Dra. Martha Alejandra Maldonado Burgos



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MÉDICAS



Dictamen de Aprobado

Comité Local de Investigación en Salud 802
U MED FAMILIAR NUM 46

Registro COFEPRIS 17 CI 08 037 035
Registro CONBIOÉTICA CONBIOETICA 08 CEI 001 2018022

FECHA Miércoles, 21 de octubre de 2020

Dra. EDNA EDITH LICERIO PEREZ

PRESENTE

Tengo el agrado de notificarle, que el protocolo de investigación con título **FACTORES QUE INFLUYEN EN EL DIAGNÓSTICO DE CÁNCER DE MAMA EN ETAPAS AVANZADAS EN UMF No. 67 CIUDAD JUÁREZ, CHIHUAHUA** que sometió a consideración para evaluación de este Comité, de acuerdo con las recomendaciones de sus integrantes y de los revisores, cumple con la calidad metodológica y los requerimientos de ética y de investigación, por lo que el dictamen es **APROBADO**.

<p>Número de Registro Institucional R-2020-802-024</p>
--

De acuerdo a la normativa vigente, deberá presentar en junio de cada año un informe de seguimiento técnico acerca del desarrollo del protocolo a su cargo. Este dictamen tiene vigencia de un año, por lo que en caso de ser necesario, requerirá solicitar la reaprobación del Comité de Ética en Investigación, al término de la vigencia del mismo.

ATENTAMENTE

Dr. Andres Juarez Ahumada
Presidente del Comité Local de Investigación en Salud No. 802

Impresión

IMSS

SECRETARÍA DE SALUD

**“FACTORES QUE INFUYEN EN EL DIAGNÓSTICO TARDÍO
DE CÁNCER DE MAMA EN ETAPAS AVANZADAS EN
UMF NO. 67 CIUDAD JUÁREZ, CHIHUAHUA”**

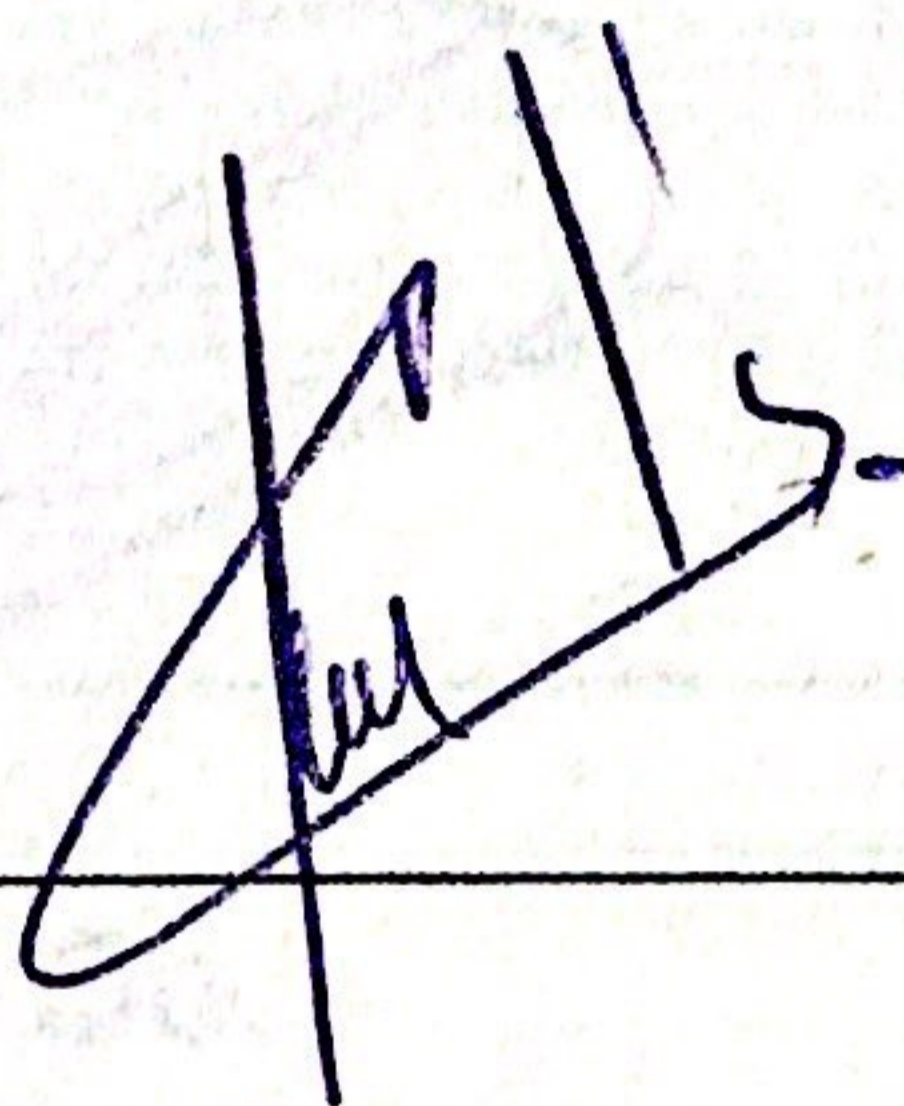
Dra. Gloria Flores Montalvo

Dra. Martha Alejandra Maldonado Burgos
Coordinador de Planeación y Enlace Institucional
Coordinadora Auxiliar Médica de Investigación en Salud
Delegación Chihuahua



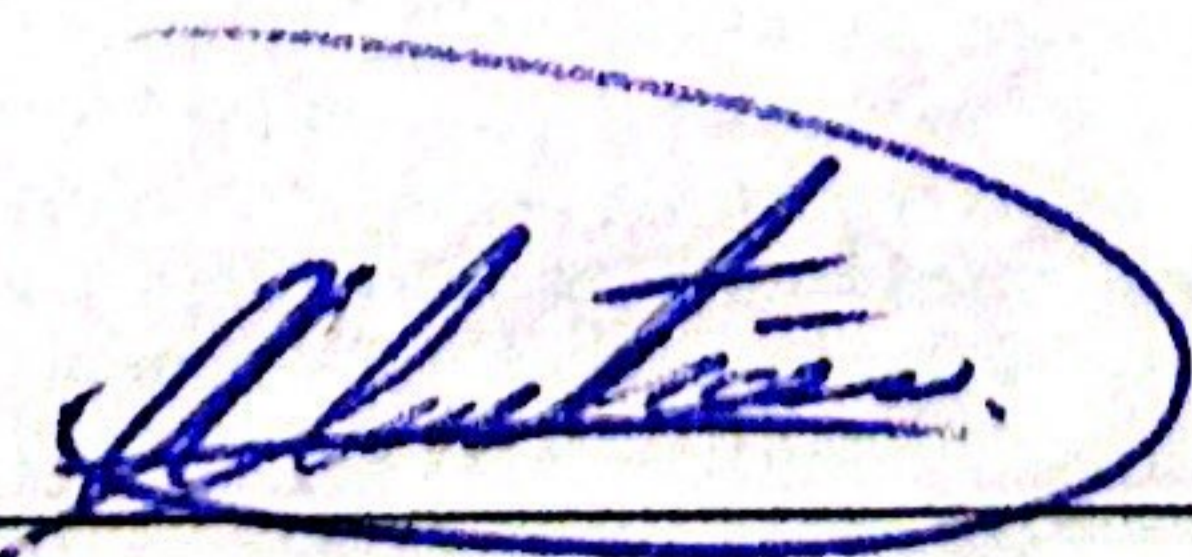
Vo. Bo.

Dra. Lidia Isela Ordoñez Trujillo
Coordinadora Clínica de Educación e Investigación en Salud
Unidad de Medicina Familiar No. 46



Vo. Bo.

Dra. Adriana Patricia Montaña Delgado
Profesor titular del curso de Medicina Familiar
Unidad de Medicina Familiar No. 46



Vo. Bo.

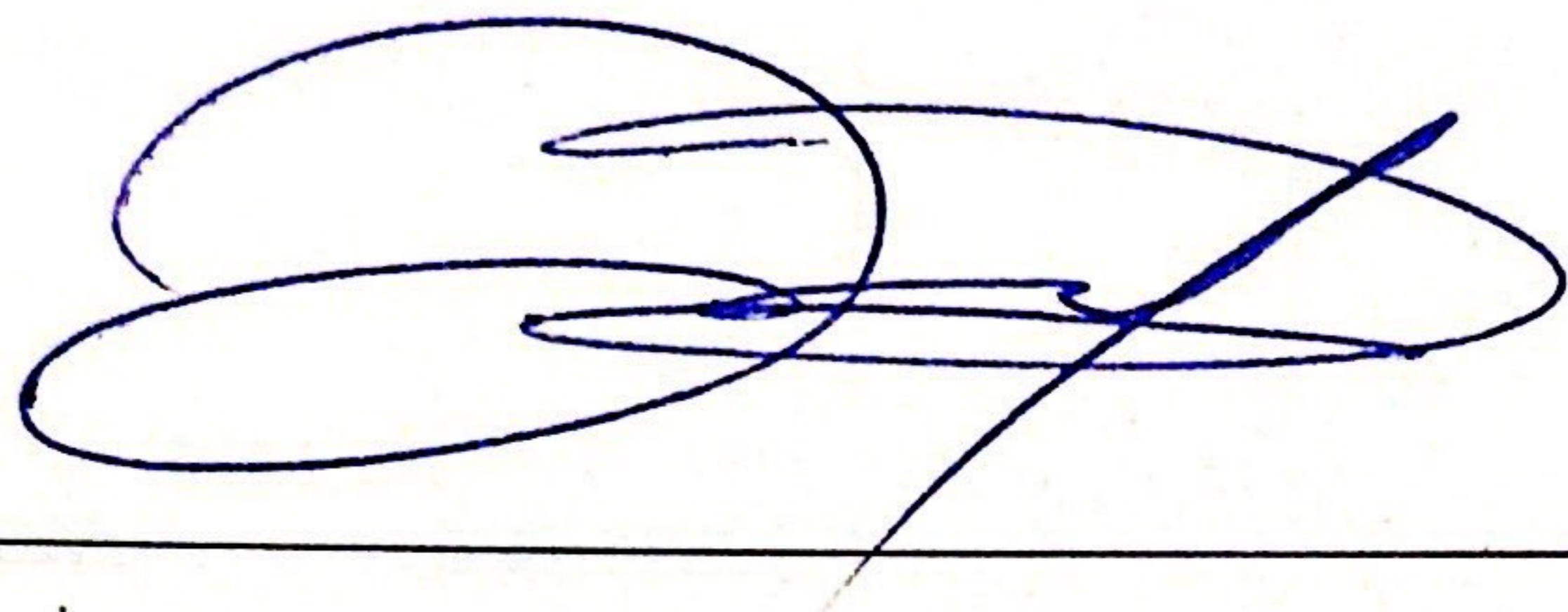
**“FACTORES QUE INFUYEN EN EL DIAGNÓSTICO TARDÍO
DE CÁNCER DE MAMA EN ETAPAS AVANZADAS EN
UMF NO. 67 CIUDAD JUÁREZ, CHIHUAHUA”**

Dra. Gloria Flores Montalvo

ASESORES:

Dr. Daniel Ramírez Hernández

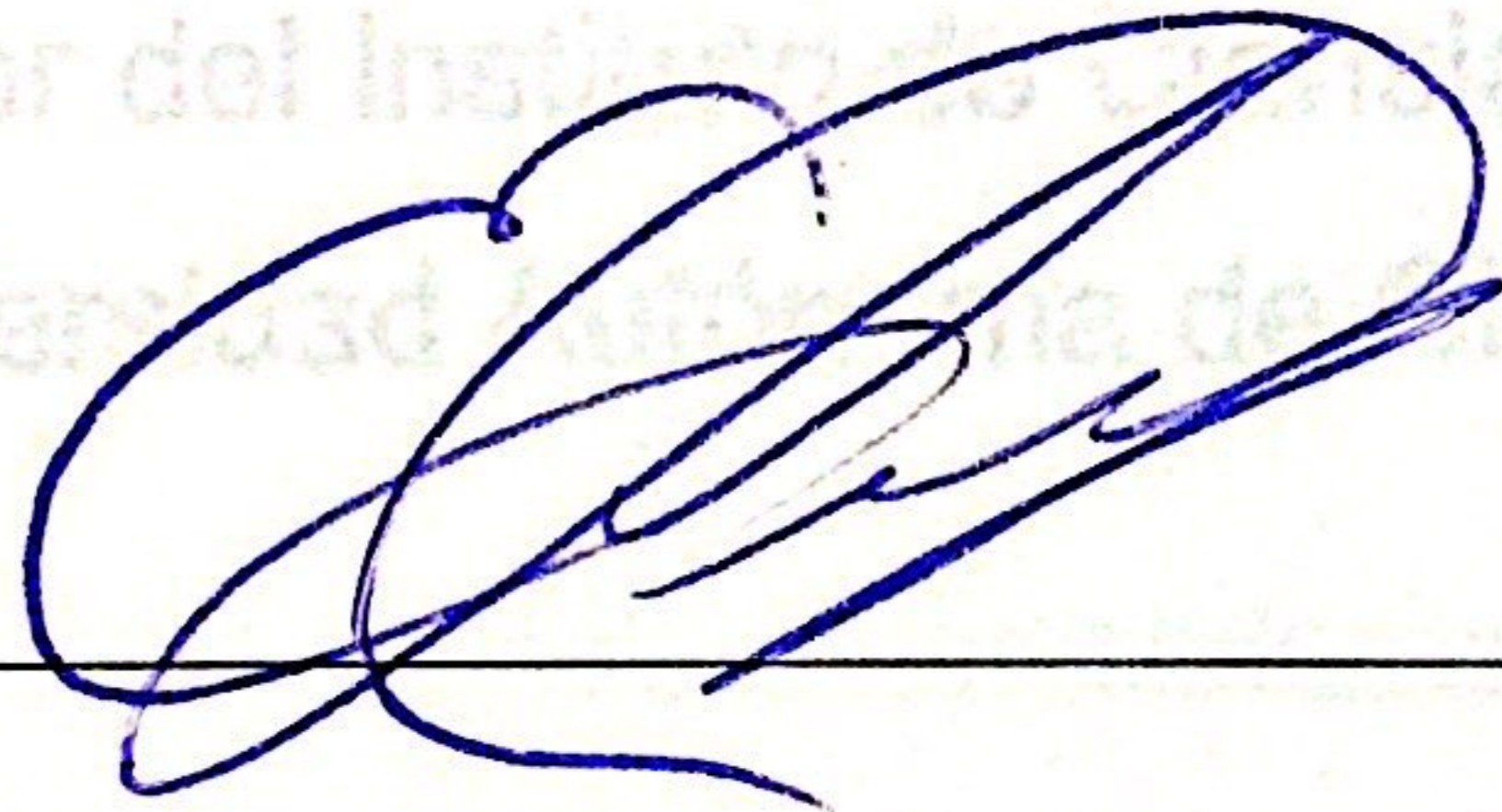
Médico Especialista en Medicina Familiar UMF No. 67



Vo. Bo.

Dra. Edna Edith Licerio Pérez

**Coordinadora Clínica de Educación e Investigación en Salud
Unidad de Medicina Familiar No. 67**



Vo. Bo.

Dra. Martha Alejandra Maldonado Burgos

**Coordinador de Planeación y Enlace Institucional
Coordinadora Auxiliar Médica de Investigación en Salud
Delegación Chihuahua**



Vo. Bo.

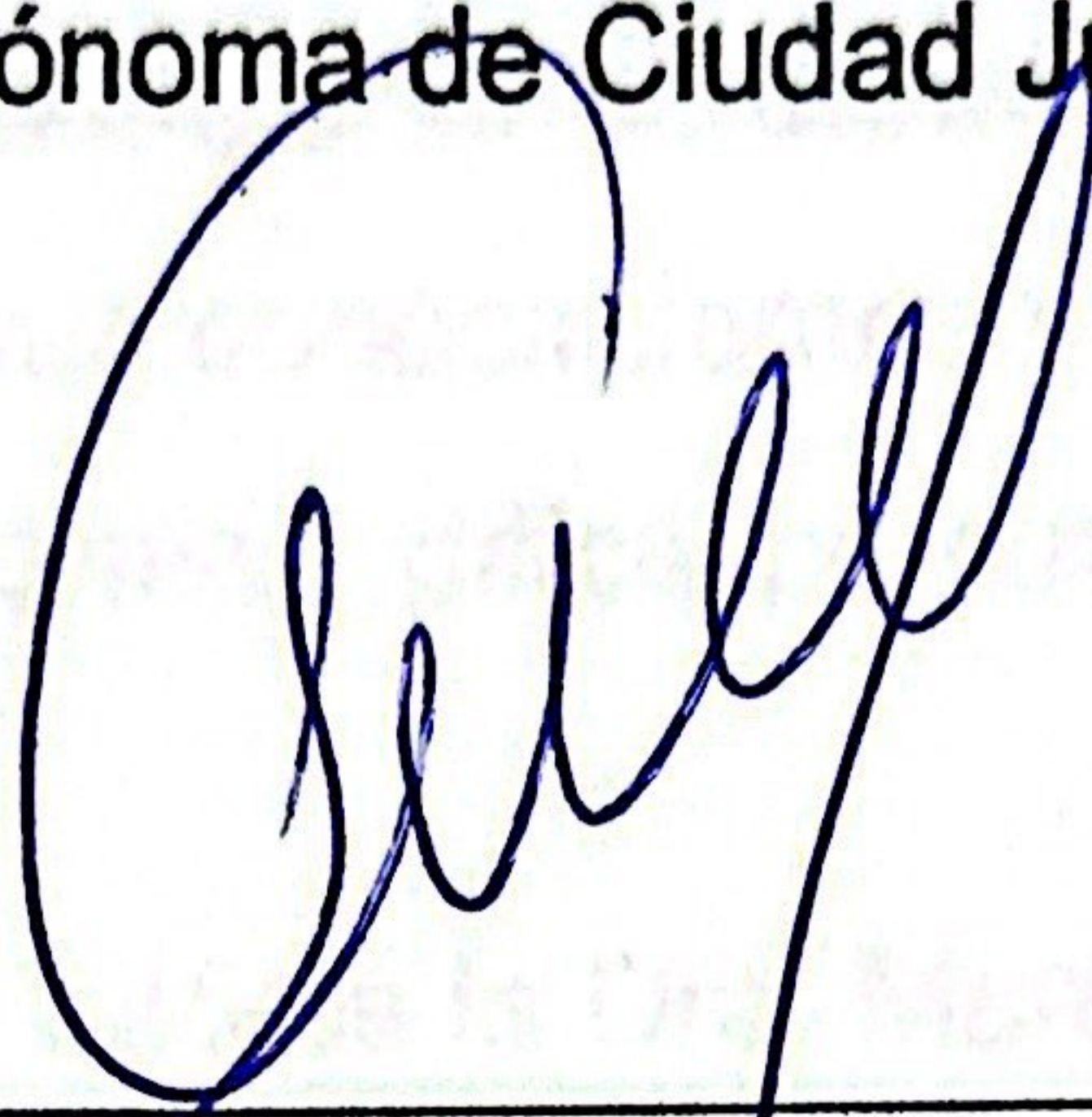
**“FACTORES QUE INFUYEN EN EL DIAGNÓSTICO TARDÍO
DE CÁNCER DE MAMA EN ETAPAS AVANZADAS EN
UMF NO. 67 CIUDAD JUÁREZ, CHIHUAHUA”**

Dra. Gloria Flores Montalvo

Dr. Jorge Ignacio Camargo Nassar

Jefe del Departamento de Ciencias de la Salud

Universidad Autónoma de Ciudad Juárez

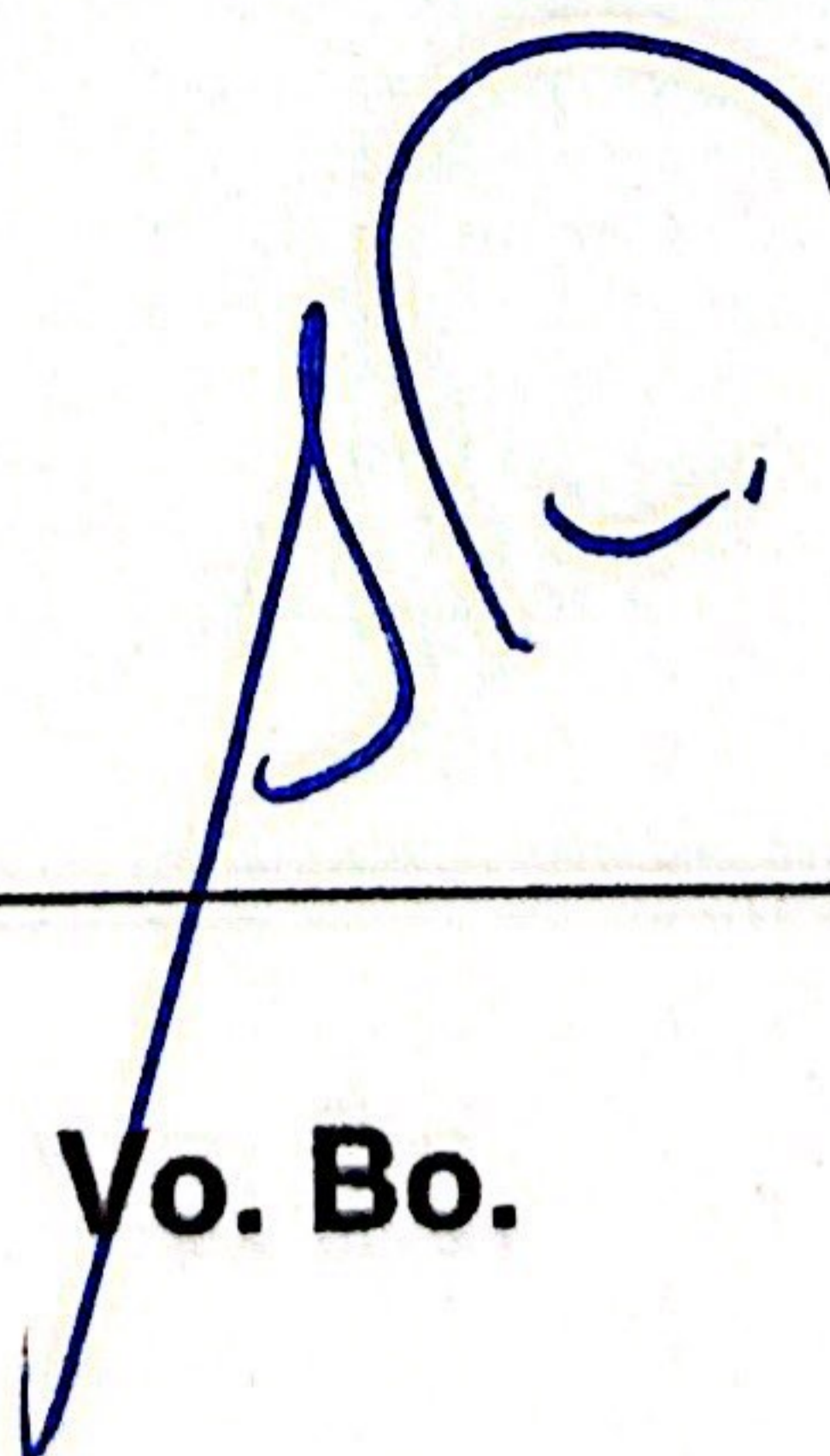


Vo. Bo.

C.D. Salvador David Nava Martínez

Director del Instituto de Ciencias Biomédicas

Universidad Autónoma de Ciudad Juárez



Vo. Bo.

AGRADECIMIENTOS

Quiero agradecer a mis papas, a mi hermana, a mi nina, a mis primos que siempre han creído en mí y me ha impulsado a lograr todos mis sueños, por su apoyo, paciencia y cariño.

A mis amigos por siempre apoyarme y darme palabras de aliento.

A mis adscritos y maestros por acompañarme durante todos estos años de formación, por siempre compartir sus conocimientos y paciencia conmigo, por mostrarme que es un camino difícil, pero no imposible.

En especial quiero agradecer a mis tutores la Dra. Martha Alejandra Maldonado Burgos, la Dra. Edna Licerio Pérez y el Dr. Daniel Ramírez Hernández por el tiempo dedicado, su ayuda y paciencia, por ayudarme a que este proyecto sea un éxito.

DEDICATORIA

Dedico este proyecto a la memoria de mi abuelita Ma. De los Ángeles Puentes Sánchez, mi abuelito Luis Montalvo Quiroz y mi tío Arturo Montalvo Puentes, ¡lo logre! Sé que aunque no estén físicamente conmigo, siempre están a cada paso que doy.

ÍNDICE

AGRADECIMIENTOS.....	6
DEDICATORIA.....	7
RESUMEN.....	10
INTRODUCCIÓN.....	11
MARCO TEÓRICO.....	12
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	24
PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN.....	24
JUSTIFICACIÓN.....	25
OBJETIVOS.....	26
HIPOTESIS.....	27
METODOLOGÍA.....	27
DISEÑO Y TIPO DE ESTUDIO.....	27
LUGAR.....	27
POBLACIÓN.....	27
PERIODO.....	27
CRITERIOS DE SELECCIÓN.....	28
VARIABLES.....	29
TIPO Y TAMAÑO DE LA MUESTRA.....	33
ANÁLISIS ESTADÍSTICO.....	33
METODOLOGÍA OPERACIONAL.....	34
CONSIDERACIONES ÉTICAS.....	36
RESULTADOS.....	39
DISCUSIÓN.....	46
CONCLUSION.....	51
RECOMENDACIONES.....	52
ANEXOS.....	56
ANEXO NO. 1 CONSENTIMIENTO INFORMADO.....	56
ANEXO NO. 2 INSTRUMENTO RECOLECCIÓN DE DATOS.....	57

ANEXO NO. 3 INSTRUMENTO GRAFFAR MÉNDEZ CASTELLANOS	58
ANEXO NO. 4 TABLAS DE RESULTADOS	59
ANEXO NO. 5 GRÁFICOS.....	68

RESUMEN

“FACTORES QUE INFLUYEN EN EL DIAGNÓSTICO DE CÁNCER DE MAMA EN ETAPAS AVANZADAS EN UMF No. 67 CIUDAD JUÁREZ, CHIHUAHUA”

Dra. Gloria Flores Montalvo/Dr. Daniel Ramírez Hernández/Dra. Martha A. Maldonado Burgos/Dra. Edna E. Licerio Pérez

INTRODUCCION: En México, tanto la morbilidad como mortalidad han aumentado de acuerdo al reporte del Departamento de Epidemiología de la Secretaría de Salud, dentro de lo cual existieron diferentes factores un subregistro de casos, envejecimiento poblacional, cambios de estilo de vida, educación e información a la población, carencia de la detección oportuna, retraso de la atención en instituciones de salud, falta de recursos humanos, materiales y técnicos para el tratamiento, carencia de unidades destinadas a cáncer de mama (1). Destacamos la importancia de realizar detección temprana de cáncer de mama, así como identificar los factores que influyen en un diagnóstico tardío.

OBJETIVO: Identificar cuáles son los factores que influyen en el diagnóstico de cáncer de mama en etapas avanzadas en UMF No. 67 Ciudad Juárez, Chihuahua.

MATERIAL Y METODOS: Se realizó una investigación de tipo cuantitativo, descriptiva, retrospectiva, analítica. Se tomó en cuenta el registro total del periodo 2010 al 2020 de pacientes con registro de BIRADS IV Y 5 del censo de Cáncer de mama de la UMF 67, por lo cual no se requirió cálculo de tamaño de la muestra. Se recabaron datos mediante revisión de expedientes y por encuestas a las pacientes y/o su familia. El plan de análisis estadístico se basó en estadística descriptiva e inferencial mediante pruebas de correlación tomando como significativo un valor de p menos 0.05.

RESULTADOS: El grupo de pacientes en estudio se encontró entre los 18 y los 83 años de edad, con una media de 51.06, \pm 1 desviación estándar 11.52. Se encontraron las mayores frecuencias en edad de 48 a los 57 años (31.5%), nivel socioeconómico bajo (51.9%), escolaridad básica (74%). En su mayoría fueron tamizadas en BIRADS IV (68.5%). El diagnóstico histopatológico más frecuente fue de Carcinoma ductal infiltrante (61.1%) y adenocarcinoma ductal infiltrante fueron 34 (31.5%). Refieren si tener conocimiento (69.5%), si tener vergüenza (54.7%) (p 0.001) y si tener miedo (84.3%). Además la mayoría refiere una adecuada accesibilidad a la unidad médica (69.5%), no pensar que el proceso es tardado (72.2%) y no haber recibido negativas de atención (100%).

CONCLUSIÓN: Finalmente encontramos que con mayor frecuencia se encuentran asociados a la detección en etapas tardías de cáncer de mama los factores asociados al paciente, entre estos y con una alta frecuencia el miedo y la vergüenza. Por lo anterior proponemos acciones encaminadas a lograr cambio de actitud hacia esos factores, así como a realizarse pruebas de tamizaje en grupos blanco y en aquellos que tengan factores asociados a cáncer de mama aun cuando no pertenezcan a estos grupos.

PALABRAS CLAVE: *Cáncer de mama, detección temprana, factores asociados.*

INTRODUCCIÓN

En México, tanto la morbilidad como mortalidad han aumentado de acuerdo al reporte del Departamento de Epidemiología de la Secretaría de Salud, dentro de lo cual existieron diferentes factores un subregistro de casos, envejecimiento poblacional, cambios de estilo de vida, educación e información a la población, carencia de la detección oportuna, retraso de la atención en instituciones de salud, falta de recursos humanos, materiales y técnicos para el tratamiento, carencia de unidades destinadas a cáncer de mama ⁽¹⁾. A nivel mundial, el cáncer de mama es la primera causa de muerte. Siendo en mujeres una malignidad muy frecuente ⁽²⁾. Cada año se presentan alrededor de 1.7 millones de casos nuevos y fallecen 522,000 mujeres ⁽³⁾. El 45% de los casos se presentan en países de bajos o medianos recursos (765,000), a los cuales pertenece el 55% del total de muertes por cáncer de mama ⁽¹⁾. En México, tanto la morbilidad como mortalidad han aumentado de acuerdo al reporte del Departamento de Epidemiología de la Secretaría de Salud, dentro de lo cual existieron diferentes factores un subregistro de casos, envejecimiento poblacional, cambios de estilo de vida, educación e información a la población, carencia de la detección oportuna, retraso de la atención en instituciones de salud, falta de recursos humanos, materiales y técnicos para el tratamiento, carencia de unidades destinadas a cáncer de mama ⁽¹⁾.

La característica principal del cáncer de mama es el crecimiento anormal de células en las glándulas productoras de leche o los ductos que llevan la leche de dichas glándulas al pezón ⁽²⁾. La mayoría de los canceres se originan en los ductos. Este es detectado mediante la examinación mamaria, antes del desarrollo de síntomas o al momento de que la paciente encuentre una tumoración en sus senos ⁽²⁾.

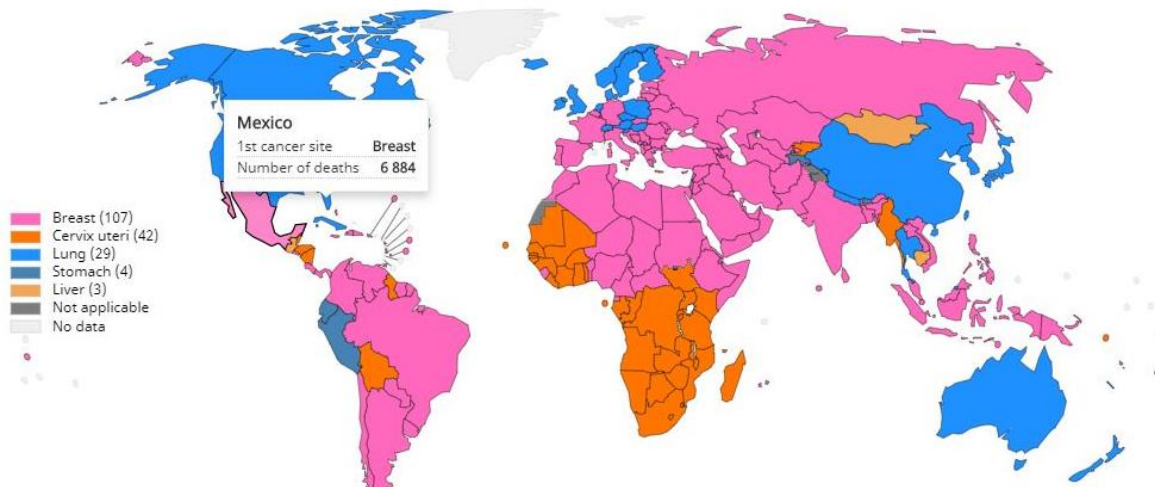
La presente investigación tiene por objetivo identificar las principales causas por las cuales realizamos detecciones de cáncer de mama en etapas tardías, lo cual resulta factible acorde a los planes Institucionales.

MARCO TEÓRICO

En México, tanto la morbilidad como mortalidad han aumentado de acuerdo al reporte del Departamento de Epidemiología de la Secretaría de Salud, dentro de lo cual destacan la carencia de la detección oportuna, retraso de la atención en instituciones de salud, falta de recursos humanos, materiales y técnicos para el tratamiento, y la carencia de unidades destinadas a cáncer de mama ⁽¹⁾. A nivel mundial, el cáncer de mama es la primera causa de muerte, definitivamente aunque puede presentarse en hombres y mujeres, continua siendo en mujeres una malignidad muy frecuente y con un alto índice de mortalidad ⁽²⁾. Cada año se presentan alrededor de 1.7 millones de casos nuevos y fallecen 522,000 mujeres ⁽³⁾.

Durante el año 2018, en México se tuvo una incidencia de 27, 283 nuevos casos, siendo también el cáncer de mama quien ocupó el primer lugar en muertes, durante dicho año, con un total de 6884 ⁽⁴⁾.

Figura No.1 Muertes en pacientes femeninas debido a cáncer en el año 2018



Fuente. OMS, 2020 ⁽⁴⁾.

Típicamente el cáncer de mama es asintomático cuando el tumor es de un tamaño pequeño y puede ser tratado fácilmente, razón por la cual es de suma importancia realizar el tamizaje para detectarlo en etapas tempranas. La detección en etapas

tardías puede condicionar un letal retraso al tratamiento. El dato más común durante la exploración física es una tumoración en mama indolora, en algunas ocasiones llega a los nódulos linfáticos por lo cual puede causar inflamación en los mismos ⁽³⁾.

Cáncer de mama

El cáncer de mama es la primera causa de muerte, a nivel mundial ⁽¹⁾. Siendo una malignidad que se presenta en ambos sexos, es muy frecuente se presente en mujeres ⁽²⁾. Cada año se presentan alrededor de 1.7 millones de casos nuevos y fallecen 522,000 mujeres ⁽³⁾. El 45% de los casos se presentan en países de bajos o medianos recursos (765,000), a los cuales pertenece el 55% del total de muertes por cáncer de mama ⁽¹⁾. Aunque existen pocos datos referentes a los estadios de cáncer de mama, existen estudios los cuales han reportado que del 45% al 48% de las pacientes que se diagnostican con esta patología, el diagnóstico se realiza en etapas de la III a la IV, aumentando en áreas rurales en México hasta en un 90% ⁽⁵⁾.

El cáncer de mama es un proceso oncológico en el que células sanas de la glándula mamaria degeneran y se transforman en tumorales, proliferando y multiplicándose hasta construir un tumor. Diversos factores muestran cambios importantes dentro de la incidencia y mortalidad dentro de las diferentes regiones de nuestro país, en estados menos desarrollados, enfermedad tiene una menor frecuencia, debido al estilo de vida que adoptan las pacientes en estas regiones, aunque, son los estados que presentan mayor incidencia de mortalidad, podríamos pensar que por influencia de factores propios de la población que inciden en el retraso del diagnóstico ⁽¹⁾.

Al hablar de cáncer de mama, nos referimos a un tipo de cáncer que involucra las glándulas galactóforas en su capa interior, lobulillos o ductos. El riesgo de padecer esta patología aumenta proporcionalmente con el avance de la edad, este también aumentara con los factores de riesgo con los cuales cuenta cada paciente, como los factores genéticos, etnia, antecedentes heredofamiliares ⁽⁶⁾.

La mayoría de los cánceres aparecen de manera repentina, por lo tanto, no hay manera de prevenirla, el crecimiento de la incidencia durante este siglo está relacionado a la alteración de factores de riesgo ya estudiados, ingesta prolongada de estrógenos endógenos, el cambio en la pirámide poblacional, falta de actividad física, obesidad, aumento en ingesta de alcohol y terapia hormonal sustitutiva ⁽⁷⁾.

Anatomía de la mama

El seno es un órgano apócrino, con una areola en el ápex, de la cual sobresale el pezón ubicado de manera central. El tejido mamario está rodeado de grasa, dicho tejido se divide en aproximadamente 15-20 lóbulos, los cuales drenan a un conducto cuyo tramo final llega a la piel por medio del pezón. La mama se localiza en la fascia superficial del tórax anterior, este puede variar en tamaño, pero su base se localiza por encima de la segunda a la sexta costilla, extendiéndose del borde lateral del esternón a la línea media axilar ⁽⁸⁾.

Las mamas se relacionan con el nervio toracodorsal y el nervio torácico largo de Bell. Se irriga principalmente por las ramas de la arteria interna mamaria y arterias intercostales, contando con la provisión de la arteria torácica lateral. Cuenta con dos vías de drenaje linfático, la primera el plexo subareolar y submamario, la segunda vía mediante un grupo de nódulos centrales y apicales (infraclaviculares y supraclaviculares) ⁽⁸⁾.

Factores de riesgo

Dentro de los factores de riesgo que conocemos de esta patología se encuentran: edad, antecedentes heredofamiliares, genética, factores reproductivos y ambientales ⁽⁹⁾. En países en vías de desarrollo o desarrollo intermedio, los recursos y equipo para realizar un tamizaje mediante mamografía, usualmente no están disponibles y las pacientes son quienes se presentan con un síntoma el cual ellas mismas detectaron ⁽¹⁰⁾.

Edad

Como se ha mencionado anteriormente, el riesgo de padecer cáncer de mama aumenta proporcionalmente con el aumento de edad ⁽⁹⁾.

Antecedentes heredofamiliares

Este factor de riesgo tiene una posibilidad significativa de desarrollar un cáncer bilateral. Este se asocia a familiares de primera línea los cuales tengan antecedente de padecer cáncer de mama colon, ovario, endometrio y próstata ⁽⁹⁾ ⁽¹¹⁾.

Patología de mama

Se asocia con un aumento en el riesgo de padecer cáncer de mama a la enfermedad mamaria proliferativa, hasta en 4.3 veces más que una mujer que no padece este tipo de enfermedad. Una hiperplasia atípica, la cual incluye ductos y lobulillos, son hallazgos incidentales dentro de una mamografía ⁽⁹⁾.

Genética

El 50% de la predisposición de padecer cáncer de mama está asociado a mutaciones en los genes BRCA1 y BRCA2 ⁽⁹⁾.

Factores reproductivos

Dentro de los factores reproductivos asociados al aumento de riesgo a padecer cáncer de mama, se encuentran una menarca temprana, menor a 13 años. Nuliparidad. La lactancia materna ofrece un efecto de protección contra cáncer de mama. Niveles hormonales endógenos aumentan el riesgo para mujeres pre menopáusicas y post menopáusicas. La aparición tardía de la menopausia también ha sido un factor que aumenta el riesgo de padecer cáncer de mama ⁽⁹⁾ ⁽¹¹⁾.

Estilos de vida

Dentro de los factores de riesgo modificables incluye el exceso de uso de alcohol, obesidad e inactividad física ⁽⁹⁾.

Fisiopatología

Aun es desconocido el mecanismo por el cual aparece el cáncer de mama, a nivel molecular existen estudios los cuales muestran dos vías moleculares de progresión, las cuales están estrechamente en relación con la expresión ER, grado y proliferación tumoral. Vía 1: (bajo impacto) es caracterizada por la ganancia del gen 1q y la pérdida de 16q, amplificación del gen 17q12 y una firma de expresión genética (FEG) en la cual la mayoría de los genes se asocian con el fenotipo ER, diploides o cariotipos cercanos a diploides y grado tumoral bajo. Vía 2: es caracterizada por la pérdida del gen 13q, la ganancia de la región cromosómica 11q13, amplificación del gen 17q12 y una firma de expresión genética la cual está relacionada con el ciclo celular y la proliferación celular ⁽¹²⁾.

Diagnóstico y tamizaje

La autoexploración es una prueba de tamizaje, por medio de la cual las mujeres conocen sus mamas, donde pueden detectar cualquier anomalía y pueden comunicárselo a su médico durante la consulta. Este examen se realiza en mujeres que aun menstrúan ocho días después de la regla, en mujeres quienes se encuentran en la menopausia o ya no menstrúan se debe realizar una vez al mes, marcando como pauta un día de cada mes para llevar un control del mismo ⁽¹³⁾.

Estudios de imagen

La mamografía es considerada el estándar de oro para la detección de cáncer de mama, la cual cuenta con beneficios como la alta sensibilidad y especificidad, costo, y la tolerancia que representa para las pacientes. Aunque si bien cuenta con beneficios también trae consigo algunas limitantes ligadas a la técnica, algunos de ellos son: dolor, ansiedad ⁽¹⁴⁾.

El ultrasonido puede orientar sobre la estructura interna y márgenes de lesiones, en diferentes planos, predominantemente en senos con considerable tejido adiposo y

estructuras glandulares densas. Este método se ha utilizado para clasificar lesiones sólidas y benignas con un valor predictivo negativo del 99.5 % ⁽¹⁵⁾.

La resonancia magnética ofrece mayores beneficios como lo son una mayor tasa de detección de cáncer de mama, detección en etapas tempranas, aumento en supervivencia, aunque dentro de esto también se cuenta con algunas desventajas como lo son estudios adicionales, alto costo, tiempo de realización de estudio así como de interpretación, que el equipo se encuentre disponible dentro de la unidad, sobre diagnósticos y falsos negativos ⁽¹⁶⁾.

Se debe tomar en cuenta que al momento de realizar dos métodos diagnósticos en combinación con la biopsia por aspiración con aguja fina (BAAF), es posible la obtención de un 99% de sensibilidad y especificidad, mientras que utilizando un método de manera única no es posible alcanzar el porcentaje de una combinación de métodos diagnósticos ⁽¹⁷⁾.

BIRADS

Se trata de un sistema en el cual las lesiones mamarias se clasifican en diferentes categorías, lo cual ayuda a que el informe de la mastografía sea universal y facilite la comunicación entre las diferentes especialidades involucradas en esta patología (Cuadro No. 1) ⁽¹⁸⁾.

Cuadro No. 1. Clasificación Internacional BIRADS

Categoría 0	Mastografía incompleta: Evaluación de imagen adicional necesaria y/o mastografías anteriores para su comparación Ultrasonido y resonancia magnética: incompleta. Evaluación de imagen adicional necesaria
Categoría 1	Negativa
Categoría 2	Benigna
Categoría 3	Probablemente benigna

Categoría 4	Sospechosa	Mastografía y ultrasonido	4 ^a : Baja sospecha de malignidad 4b: Moderada sospecha de malignidad 4c: Alta sospecha de malignidad
Categoría 5	Altamente sugestiva de malignidad		
Categoría 6	Diagnostico maligno comprobado por biopsia		

Fuente. – Camacho Piedra –C. (18)

Tipos

La organización mundial de la salud clasifica al cáncer de mama en: ductal, lobular (o en combinación con ductal), medular, coloide, otros tipos específicos menos comunes, sarcoma y linfoma ⁽⁷⁾.

Tratamiento

Debemos tomar en cuenta que este debe ser un trabajo en equipo, ya que se involucran diversas especialidades médicas desde la detección de la enfermedad hasta el tratamiento de la misma. El tratamiento tiene como objetivo reducir la tasa de recurrencia y aumentar la tasa de supervivencia ⁽¹⁹⁾.

Para la terapia de mama se emplean diferentes agentes farmacológicos: agentes alquilantes (ciclofosfamida), anti metabolitos (metrotexate, 5-fluoracilo y capecitabina, hormonal y antagonista (tamoxifeno, letrozole, anastrozol, diversos (trastuzumab, lapatinib) ⁽¹⁹⁾.

Detección de cáncer de mama en tiempos de COVID-19

En el mes de diciembre del 2019, apareció una infección novedosa, el síndrome respiratorio agudo por coronavirus 2 (SARS-Cov-2) el cual causa la enfermedad por coronavirus (COVID-19). Declarando la Organización Mundial de la Salud, una pandemia, por dicha infección, el día 30 de enero del 2020. Poco menos de 4 meses más tarde, se habían registrado más de 5 millones de casos de infección por SARS-CoV-2 y más de 350,000 muertes debido a COVID-19 ^{(20) (21)}.

A raíz de esta pandemia, se decidió realizar cierres de emergencia en muchos países, por lo tanto se dieron diferentes cambios a la atención de pacientes con cáncer, desde el diagnóstico, modificación de tratamientos (cambio de terapia, diferimiento u omisión). Se espera que el distanciamiento social continúe por hasta 12 meses, por lo cual será una afectación para los servicios de salud. ⁽²²⁾.

De acuerdo a la situación actual, se han creado recomendaciones cuyo objetivo es proporcionar directrices, dentro de las cuales se incluyen criterios de selección para la prestación de servicios, priorización de tratamientos, de acuerdo al escenario pandémico en cada país, para la atención de pacientes con cáncer de mama ⁽²³⁾

Cuadro No. 2.- Escenarios para describir la progresión de brotes por COVID-19 de acuerdo al Centro Europeo de Control de Enfermedades

<p>Escenario 1</p>	<p>Presentaciones múltiples pero transmisión local limitada en el país. El objetivo es la contención bloqueando las oportunidades de transmisión a través de la detección temprana de casos importados y de transmisión local, para tratar de evitar o al menos retrasar la difusión de la infección para evitar la sobrecarga del sistema de salud.</p>
<p>Escenario 2</p>	<p>Aumento en el número de casos e informes de transmisión localizada de humano-humano en el país. El objetivo continúa la contención de casos para la reducción de la transmisión de infección. Esto aumentara el tiempo disponible para el desarrollo, producción y distribución de equipo de protección personal y opciones terapéuticas efectivas. Esto tiene un papel crucial en reducir la sobrecarga del sistema de salud</p>
<p>Escenario 3</p>	<p>Brotes localizados, los cuales comienzan a fusionarse al punto que no se distingue. En este escenario, existe una transmisión de humano-humano sostenida en el país y un aumento en la carga del sistema de salud. El objetivo es mitigar el impacto del brote al disminuir la</p>

	sobrecarga de los sistemas de salud y proteger a la población de riesgo de la severidad de la enfermedad.
Escenario 4	Transmisión sostenida donde los sistemas de salud están sobrecargados debido a la gran demanda de servicios de atención médica de emergencia, capacidad de UCI limitada, trabajadores de salud con exceso de trabajo, reducción de personal debido a enfermedad, carencia de equipo de protección personal y carencia en pruebas diagnósticas. El objetivo es mitigar el impacto del brote, disminuir la sobrecarga de servicios de salud, proteger a la población en riesgo de sufrir la forma severa de la enfermedad y reducir el exceso de mortalidad.

Fuente. – Curigliano, G.; Cardoso, M.J. ⁽²³⁾

Cuadro No. 3.- Priorización de seguimiento, tamizaje y detección de pacientes

Modalidad	Escenario	Urgente	Alta prioridad	Moderada prioridad	Baja prioridad
Visitas rutinarias Reemplazar por video/llamada en la medida posible	1 y 2	Infección	Seguimiento por complicaciones post-quirúrgicas		Seguimiento a pacientes de bajo riesgo
		Hematoma (progresivo, agudo)	Pacientes sintomáticos en tratamiento	Seguimiento a pacientes de alto riesgo	Lesiones benignas o de bajo riesgo
		Cáncer invasivo de reciente diagnóstico	Pacientes con nuevos problemas Reciente diagnóstico de cáncer invasivo	Visitas de soporte psicológica	
	3 y 4	Hematoma e infección (progresivo, agudo)	Ninguno	Seguimiento por complicaciones post-quirúrgicas	Cáncer no invasivo de reciente diagnóstico
				Pacientes sintomáticos en tratamiento	Seguimiento de pacientes portadores de

					mutacione s
				Pacientes ya establecidos con nuevos problemas	Seguimient o a pacientes de alto riesgo
					Soporte psicológico
Diagnóstico y tamizaje	1 y 2	Ninguno	Diagnóstico por imagen BIRADS 4b, c y 5 Signos y/o síntomas de recurrencia	Ninguno	Tamizaje de rutina diferido Tamizaje de portadores de mutacione s
	3 y 4	Ninguno	Ninguno	Diagnóstico por imagen de BIRADS 4b, c y 5 Signos y síntomas de sospecha de recurrencia Cáncer no invasivo de reciente diagnostico	Tamizaje de rutina suspendid o Tamizaje de portadores de mutacione s

Fuente. – Curigliano, G.; Cardoso, M.J. ⁽²³⁾

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La mayoría de los cánceres aparecen de forma repentina, por lo tanto, no hay manera de prevenirlo. A menudo el cáncer de mama es asintomático cuando el tumor es de un tamaño pequeño y puede ser tratado fácilmente, razón por la cual es de suma importancia realizar el tamizaje para detectarlo en etapas tempranas y evitando diagnósticos en etapas tardías. El aumento de la incidencia durante este siglo está relacionado a la alteración de factores de riesgo ya estudiados, ingesta prolongada de estrógenos endógenos, el cambio en la pirámide poblacional, falta de actividad física, obesidad, aumento en ingesta de alcohol y terapia hormonal sustitutiva (6), sin embargo, un diagnóstico de forma oportuna permitiría mejorar las opciones terapéuticas y el pronóstico de la mujer con cáncer de mama.

Identificando que existen aún mujeres que acuden a solicitar atención médica encontrándose en pruebas de tamizaje en etapas tardías por los registros en BIRADS IV y BIRADS V, o aún más con lesiones evidentemente malignas. Por lo anterior surge la situación problema de saber qué factores influyen para estas mujeres acudan de forma tardía a solicitar atención.

PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

Por todo lo anterior nos planteamos la siguiente pregunta de investigación:

¿Cuáles factores influyen en el diagnóstico de cáncer de mama en etapas avanzadas en UMF No. 67 Ciudad Juárez, Chihuahua?

JUSTIFICACIÓN

Cada año se presentan alrededor de 1.7 millones de casos nuevos y fallecen 522,000 mujeres ⁽²⁾. El 45% de los casos se presentan en países de bajos o medianos recursos (765,000), a los cuales pertenece el 55% del total de muertes por cáncer de mama ⁽³⁾. En México, tanto la morbilidad como mortalidad han aumentado de acuerdo al reporte del Departamento de Epidemiología de la Secretaría de Salud, dentro de lo cual existieron diferentes factores un subregistro de casos, envejecimiento poblacional, cambios de estilo de vida, educación e información a la población, carencia de la detección oportuna, retraso de la atención en instituciones de salud, falta de recursos humanos, materiales y técnicos para el tratamiento, carencia de unidades destinadas a cáncer de mama ⁽³⁾.

Resulta trascendental la detección oportuna de cáncer de mama, por lo cual se requiere identificar las posibles causas que propician una detección tardía. Tenemos claro que el problema es vulnerable y que desde el primer nivel de atención es posible incidir en dichos factores. Ciertos de tener la factibilidad necesaria para el análisis de los casos de detección tardía por los recursos institucionales.

OBJETIVOS

Identificar cuáles son los factores que influyen en el diagnóstico de cáncer de mama en etapas avanzadas en UMF No. 67 Ciudad Juárez, Chihuahua.

Objetivos específicos:

- Conocer la frecuencia de pacientes con cáncer de mama identificadas en etapas avanzadas.
- Conocer la edad de las pacientes con cáncer de mama al momento del diagnóstico.
- Identificar los factores relacionados a la organización del sistema de salud (accesibilidad y proceso atención) que influyen en el diagnóstico de cáncer de mama en etapas tardías.
- Identificar los factores asociados a la paciente (nivel educativo, nivel socioeconómico, conocimiento del tema, vergüenza o miedo) que influyen en el diagnóstico de cáncer de mama en etapas tardías.

HIPOTESIS

Alternativa.

El principal factor de riesgo para un diagnóstico tardío de cáncer de mama son los factores asociados a la paciente de tipo conocimiento del tema.

Nula.

El principal factor de riesgo para un diagnóstico tardío de cáncer de mama no son los factores asociados a la paciente de tipo conocimiento del tema.

METODOLOGÍA

Diseño y tipo de estudio

- Estudio descriptivo analítico, retrospectivo y transversal

Lugar

- Unidad Médica Familiar 67 de Ciudad Juárez Chihuahua.

Población

- Pacientes con cáncer de mama que contaban con diagnóstico consignado en su expediente clínico, las cuales se diagnosticaron posterior a pruebas de tamizaje por mastografía con resultados BIRADS IV y V.

Periodo

- Se realizó en el periodo de marzo del 2020 a febrero del 2021.
- Se colectó información de enero del 2020 a septiembre del 2020

Criterios de selección

Criterios inclusión

- Pacientes femeninas con diagnóstico de cáncer de mama, incluidas en el censo de Epidemiología UMF 67 Ciudad Juárez, Chihuahua.
- Pacientes que se diagnosticaron posterior a mastografía con BIRADS IV y BIRADS V.
- Pacientes derechohabientes al IMSS.
- Pacientes que deseen participar en la investigación.

Criterio exclusión

- Pacientes que no quisieron participar en el estudio.
- Pacientes que a la fecha fallecieron

Criterios eliminación

- Encuestas incompletas o mal requisitadas.
- Expediente electrónico sin información suficiente.
- Pacientes que no se puedan localizar con los datos de los registros en los censos y/o expediente electrónico.

VARIABLES

DESCRIPCIÓN DE VARIABLES				
Variable	Definición Conceptual	Definición Operacional	Indicador	Escala
DEPENDIENTE				
Diagnóstico de cáncer de mama en etapas tardías	Proceso en el que se identifica una enfermedad, afección o lesión por sus signos y síntomas ⁽²⁴⁾	Se tomó en cuenta aquellas mujeres diagnosticadas con CAMA con tamizajes por mastografía con BIRADS IV Y V.	1. BIRAD S IV 2. BIRAD S V 3. Otros	Nominal
INDEPENDIENTE				
Difícil accesibilidad demográfica a UMF	Cualidad de accesible. Accesible: adjetivo que se aplica a la persona o cosa a la que se puede acceder o llegar sin dificultad. ⁽²⁵⁾ ⁽²⁶⁾	Se tomó en cuenta lo que las pacientes y/o familiar refieran como un factor del sistema de salud para no realizarse pruebas de tamizaje tempranas.	1. Si 2. No	Nominal
Proceso muy difícil o	Conjunto de las fases	Se tomó en cuenta lo que	1. Si 2. No	Nominal

tardado para realizarse una mastografía	sucesivas de un fenómeno natural o de una operación artificial ⁽²⁷⁾	las pacientes y/o familiar refieran como un factor del sistema de salud para no realizarse pruebas de tamizaje tempranas.		
Negativa de la institución a realizarle mastografía	Que incluye o contiene negación o rechazo ⁽²⁸⁾	Se tomó en cuenta lo que las pacientes y/o familiar refieran como un factor del sistema de salud para no realizarse pruebas de tamizaje tempranas.	1. Si 2. No	Nominal
Nivel Educativo	Cada una de las etapas que forman la educación de un individuo tomando como base un promedio de edad	Se tomó en cuenta lo que las pacientes y/o familiar refieran de su escolaridad para ser tomado como un factor	A) Sin escolaridad B) Nivel básico C) Nivel alto	Nominal

	determinada (29)	asociado al paciente para no realizarse pruebas de tamizaje tempranas.		
Nivel socioeconómico	Pertenece o relativo a los factores sociales y económicos (30)	Se tomó en cuenta lo que las pacientes y/o familiar refieran expresen en la medición del instrumento Graffar-Mendez.	A) Alto B) Medio o C) Bajo	Nominal
Conocimiento del tema	Noción, saber o noticia elemental de algo (31)	Se tomó en cuenta lo que las pacientes y/o familiar refieran sobre si conoce lo referente al diagnóstico de cáncer de mama.	A) Si B) No	Nominal
Vergüenza	Turbación del ánimo	Se tomó en cuenta lo que	A) Si B) No	Nominal

	causada por timidez o encogimiento y que frecuentemente supone un freno para actuar o expresarse ⁽³²⁾	las pacientes y/o familiar refieran con relación a sentir vergüenza como un factor asociado.		
Miedo	Angustia por un riesgo o daño real o imaginario ⁽³³⁾	Se tomó en cuenta lo que las pacientes y/o familiar refieran el miedo factor asociado al paciente para no realizarse pruebas de tamizaje tempranas.	A) Si B) No	Nominal
TERCERAS VARIABLES				
Edad	Tiempo que ha vivido una persona o ciertos animales o vegetales ⁽³¹⁾	Se tomó la edad encontrada en el registro al diagnóstico de cáncer de mama	Edad en años	Numérica

TIPO Y TAMAÑO DE LA MUESTRA

Para los fines de la investigación, así como la población a investigar. No se requiere muestra ya que se tomó en cuenta la población total comprendida en el periodo de la investigación.

Análisis estadístico

Se realizaron pruebas de normalidad, la descripción de las características propuestas de las pacientes en el estudio por medio de medidas de tendencia central y dispersión; para las variables cuantitativas continuas, que cumplan el supuesto de normalidad con media y desviación estándar y para aquellas que no cumplan este supuesto se empleará la mediana y rango intercuartil. En el caso de las variables nominales se realizará la descripción por medio de frecuencias y proporciones.

La comparación de las variables cuantitativas continuas se empleó en caso de cumplir los supuestos de normalidad, se empleó la prueba t de Student, no fue necesario realizar la prueba de suma de rangos Wilcoxon y para la comparación de proporciones se empleará la prueba Chi cuadrada o prueba exacta de Fisher.

Se calcularon proporciones simples y relativas y sus intervalos de confianza al 95%. Se utilizará la XMH para la determinación de asociación entre la variable dependiente e independiente. Se calculó el valor de p para probar la significancia estadística de las variables a una $p \leq 0.05$. Se calcularon los factores de riesgo mediante la Razón de Momios de Prevalencia (RMP) y sus intervalos de confianza al 95%.

METODOLOGÍA OPERACIONAL

Bajo un estudio transversal, analítico, se incluirá una población identificada, constituido por pacientes con diagnóstico de cáncer de mama identificado en etapas tardías (BIRADS IV y V) por mastografía en UMF 67, Ciudad Juárez, Chihuahua, del 01 enero del 2010 a septiembre del 2020. Bajo autorización del Comité Local de Investigación 802 y el no inconveniente de la Dirección de la UMF 67 se procedió a iniciar el trabajo de recolección de datos, para lo cual se solicitó en el departamento de Epidemiología el censo de pacientes con diagnóstico de cáncer de mama, y se identificó aquellas pacientes que cumplieron con criterios de inclusión y se hayan diagnosticado con niveles BIRADS IV y V por mastografía, para luego ser abordados y citados vía telefónica y extender la información apropiada del estudio. Una vez que aceptaron participar se les solicitó su firma en el consentimiento informado, se les solicitó llenen una hoja de recolección de datos, donde se preguntó las variables a investigar. Se recolectaron los datos de la investigación y una vez realizada la base de datos, se pretende utilizar el paquete estadístico SPSS v 25 para realizar el análisis propuesto. Una vez terminado el análisis de los resultados se realizaron la correspondiente discusión y finalmente las conclusiones. Una vez terminado se dispone a la difusión del trabajo (Cuadro 4).

Cuadro No. 4.- Metodología operacional de la investigación



Fuente. - Elaboración del autor

CONSIDERACIONES ÉTICAS

La investigación de carácter retrospectivo del estudio hizo que se obtuviera hace que se obtenga información de utilidad clínica, teniendo en cuenta hechos que por diversas circunstancias y están plasmados en el pasado. No afecto el estado de salud actual ni represento un riesgo para la vida del paciente, no se realizaron intervenciones de carácter clínico en las pacientes.

La investigación se apegó a las normas éticas y reglamentos institucionales como la Ley General de Salud en materia de Investigación, de la Declaración de Helsinki de 1975 y enmiendas posteriores, las Buenas Prácticas Clínicas, las Normas de la ICH. Registro por el Comité Local de Investigación, con registro en el Comité Delegacional y si es requerido en el Comité Nacional de Investigación.

De acuerdo con el título quinto de la Ley General de Salud en su última reforma del 12 de Julio del 2018, esta investigación contribuye al conocimiento de los procesos biológicos y tecnológicos en los seres humanos, al conocimiento de los vínculos entre las causas de enfermedad, la práctica médica y la estructura social; a la prevención y control de problemas de salud que se consideran prioritarios para la población. Fue sometido a una comisión de ética, y a una comisión de investigación, ya que, aunque no se intervino directamente en seres humanos, se intervino aspectos de su atención médica. Esta investigación se desarrolló conforme a las siguientes bases:

- I. Se adaptó a los principios básicos de la investigación y la ética que justifica la investigación médica con una posible contribución a la solución del problema a investigar.
- II. Fue el método más idóneo para la investigación en este tema.
- III. Existió la seguridad de que no se expusieron a riesgos ni daños a los pacientes de la institución en la cual se llevó a cabo este protocolo.
- IV. Se contó con la aprobación del comité de ética local antes de interferir en el entorno hospitalario.

- V. La investigación se realizó por profesionales de la salud en una institución médica que actuaron bajo la vigilancia de las autoridades sanitarias competentes.

Se protegió la información obtenida, todos los resultados fueron utilizados cuando se requirieron y cuando se autorizaron. Esta investigación se clasificó como **riesgo mínimo**, ya que la información fue obtenida de manera indirecta mediante el expediente clínico y un cuestionario aplicado a las pacientes incluidas; y específica a estudios prospectivos que emplean el riesgo de datos a través de procedimientos comunes en exámenes físicos o psicológicos de diagnósticos o tratamiento rutinarios, entre los que se consideran: pesar al sujeto, pruebas de agudeza auditiva; electrocardiograma, termografía, colección de excretas y secreciones externas, obtención de placenta durante el parto, colección de líquido amniótico al romperse las membranas, obtención de saliva, dientes deciduales y dientes permanentes extraídos por indicación terapéutica, placa dental y cálculos removidos por procedimiento profiláctico no invasores, corte de pelo y uñas sin causar desfiguración, extracción de sangre por punción venosa en adultos en buen estado de salud, con frecuencia máxima de dos veces a la semana y volumen máximo de 450 ml. en dos meses, excepto durante el embarazo, ejercicio moderado en voluntarios sanos, pruebas psicológicas a individuos o grupos en los que no se manipulará la conducta del sujeto, investigación con medicamentos de uso común, amplio margen terapéutico, autorizados para su venta, empleando las indicaciones, dosis y vías de administración establecidas y que no sean los medicamentos de investigación que se definen en el artículo 65 de este Reglamento, entre otros. El estudio se apegó a lo indicado en la Declaración de Helsinki de la AMM principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos, de la 64a Asamblea Fortaleza, Brasil, Octubre 2013.

Por lo anterior se solicitó un consentimiento para realizar el estudio. El investigador responsable se comprometió a que dicho consentimiento fue obtenido de acuerdo con las "Políticas que guían el proceso de consentimiento bajo información en estudios clínicos, investigaciones o ensayos clínicos con participación de seres humanos", y se

comprometió también a obtener tres originales de la Carta de Consentimiento Informado debidamente llenadas y firmadas, asegurando que uno de estos originales fue incluido en el expediente clínico físico del paciente, que otro fue entregado al paciente, familiar o representante legal y que el tercero se resguardo por el investigador durante al menos cinco años, una vez terminado el estudio de investigación.

RESULTADOS

Se analizaron un total de 108 pacientes adscritas a la UMF No. 67 y que fueron diagnosticadas por primera vez en etapas tardías, por mastografía con BIRADS IV y 5, y con diagnóstico histopatológico confirmatorio. Dicha población mostró una distribución por edad de la siguiente manera: se cuantificó una edad mínima de 18 años y máxima de 83 años, una media aritmética de 51.06, \pm 1 desviación estándar 11.52, una mediana de 51 y una moda de 42 (Ver tabla No. 1). Por grupo de edad la población se encuentra distribuida en los siguientes grupos: de 18 a 27 años 3 (2.8%), de 28 a 37 años 5 (4.6%), de 38 a 47 años 31 (28.7%), de 48 a 57 años 34 (31.5%), de 58 a 67 años 28 (25.9%), de 68 a 77 años 6 (5.6%) y de 78 a 83 años 1 (0.9%), (Ver tabla No. 2 y gráfico No. 1).

Con relación al BIRADS que se encontró en la mastografía se identificaron distribuidas en pacientes identificadas con BIRADS IV son 74 (68.5%) y con BIRADS V son 34 (31.5%), (Ver tabla No. 3 y gráfico No. 2)

Según el diagnóstico histopatológico con el cual fueron identificadas las pacientes se encontró una distribución de la siguiente forma: Carcinoma ductal infiltrante fueron 66 (61.1%) y adenocarcinoma ductal infiltrante fueron 34 (31.5%), adenocarcinoma mucinoso fueron 3 (2.8%), carcinoma ductal invasor fueron 3 (2.8%), carcinoma ductal metastásico fue 1 (0.9%) y tumor filoide maligno fue 1 (0.9%), (Ver tabla No. 4 y gráfico No. 3).

Dentro de los factores que pudieran influir en un diagnóstico de cáncer de mama en etapas 4 y 5 (según clasificación BIRADS) y por diagnóstico histopatológico, se encontró que en un total de 108 pacientes investigadas (totalidad en el periodo de estudio) se encuentran aquellos que son propios de la paciente y su entorno más próximo (conocimiento, vergüenza, miedo, nivel socioeconómico, escolaridad y edad), pero también se encuentran aquellos signados a la Unidad Médica (UMF 67) a la cual a las cuales acude nuestra población derechohabiente (accesibilidad, proceso prolongado y negativa de la unidad).

Al realizar el análisis de los factores asociados a las pacientes se encontró lo siguiente:

Con relación al conocimiento 33 (30.5%) refieren si tener conocimiento y 75 (69.5%) refieren no tener conocimiento. De los que refieren si tener conocimiento se diagnosticaron 25 (75.7%) en BIRADS IV y 8 (4.3%) en BIRADS V. De los que refieren no tener conocimiento se diagnosticaron 49 (65.3%) en BIRADS IV y 26 (34.7%) en BIRADS V. Se realiza correlación estadística encontrado un valor de 1.154 a 1 gl con un valor de p 0.283 (Ver tabla No. 5). De los que refieren si tener conocimiento se diagnosticaron 19 (57.5%) con Carcinoma ductal infiltrante, 10 (30.3%) con Adenocarcinoma, 1 (3.03%) con Adenocarcinoma mucinoso, 2 (6.06%) con carcinoma ductal invasor, 1 (3.03%) con carcinoma ductal metastásico, y 0 (0%) con tumor filioide maligno. De las que refieren no tener conocimiento se diagnosticaron 47 (62.6%) con Carcinoma ductal infiltrante, 24 (32%) con Adenocarcinoma, 2 (2.67%) con Adenocarcinoma mucinoso, 1 (6.06%) con carcinoma ductal invasor y 0 (0%) con carcinoma ductal metastásico, y 1 (1.33%) con tumor filioide maligno. Se realiza correlación estadística encontrado un valor de 4.685 a 1 gl con un valor de p 0.455 (Ver tabla No. 7).

Con relación a la vergüenza 60 (55.5%) refiere si sentir tener vergüenza y 48 (45.5%) refieren no tener vergüenza. De las que refieren si tener vergüenza se diagnosticaron 35 (59.3%) en BIRADS IV Y 24 (40.7%) en BIRADS V. De las que refieren no tener vergüenza se diagnosticaron 39 (81.2%) en BIRADS IV Y 9 (18.8%) en BIRADS V. Se realiza correlación estadística encontrando un valor 6.492 con 1 gl y un valor de p 0.011 (Ver tabla No. 5). De los que refieren si tener vergüenza se diagnosticaron 40 (66.7%) con Carcinoma ductal infiltrante, 15 (25%) con Adenocarcinoma, 2 (3.33%) con Adenocarcinoma mucinoso, 1 (1.66%) con carcinoma ductal invasor, 1 (1.66%) con carcinoma ductal metastásico, y 1 (1.66%) con tumor filioide maligno. De las que refieren no tener vergüenza se diagnosticaron 26 (54.1 %) con Carcinoma ductal infiltrante, 19 (39.58%) con Adenocarcinoma, 1 (2.08%) con Adenocarcinoma mucinoso, 2 (4.17%) con carcinoma ductal invasor, 0 (0%) con carcinoma ductal metastásico, y 0 (0%) con tumor filioide maligno. Se realiza correlación estadística encontrado un valor de 6.492 a 1 gl con un valor de p 0.01 (Ver tabla No. 7).

Con relación al miedo 91 (84.3%) refieren si tener miedo y 17 (15.7%) refieren no tener miedo. De las que refieren si tener miedo se diagnosticaron 60 (65.9%) en BIRADS IV y 31 (34.1%) en BIRADS V. De las que refieren no tener miedo se diagnosticaron 14 (82.4%) en BIRAD 4 Y 3 (17.6%) en BIRADS V. Se realiza correlación estadística encontrando un valor de 1.790 a 1 gl con un valor de p de 0.181 (Ver tabla No. 5). De los que refieren si tener miedo se diagnosticaron 51 (56.04%) con Carcinoma ductal infiltrante, 32 (35.16%) con Adenocarcinoma, 3 (3.30%) con Adenocarcinoma mucinoso, 3 (3.30%) con carcinoma ductal invasor, 1 (1.10%) con carcinoma ductal metastásico y 1 (1.10%) con tumor filoide maligno. De las que refieren no tener miedo se diagnosticaron 15 (88.23 %) con Carcinoma ductal infiltrante, 2 (11.76%) con Adenocarcinoma, 0 (0%) con Adenocarcinoma mucinoso, 0 (0%) con carcinoma ductal invasor, 0 (0%) con carcinoma ductal metastasico, y 0 (0%) con tumor filoide maligno. Se realiza correlación estadística encontrado un valor de 6.415 a 5 gl con un valor de p 0.268 (Ver tabla No. 7).

Según su nivel socioeconómico 56 (51.9%) se ubican en un nivel bajo, 30 (27.8%) en un nivel medio y 22 (20.4%) en un nivel alto. De las pacientes en nivel bajo se diagnosticaron 36 (64.3%) en BIRADS IV Y 20 (34.7%) en BIRADS V. De las pacientes en nivel medio se diagnosticaron 24 (80%) en BIRADS IV Y 6 (20%) en BIRADS V. De las pacientes en nivel alto se diagnosticaron 14 (63.6%) en BIRADS IV y 8 (25.4%) en BIRADS V (Ver tabla No. 5). Se realiza correlación estadística encontrando un valor de 2.54 a 2 gl y un valor de p de 0.281 (Ver tabla No. 5). De los que se refieren en nivel bajo se diagnosticaron 34 (60.71%) con Carcinoma ductal infiltrante, 17 (30.35%) con Adenocarcinoma, 2 (3.57%) con Adenocarcinoma mucinoso, 1 (1.78%) con carcinoma ductal invasor, 1 (1.78%) con carcinoma ductal metastasico y 1 (1.78%) con tumor filoide maligno. De las que se refieren con nivel medio se diagnosticaron 18 (60 %) con Carcinoma ductal infiltrante, 9 (30%) con Adenocarcinoma, 1 (3.33%) con Adenocarcinoma mucinoso, 2 (6.66%) con carcinoma ductal invasor, 0 (0%) con carcinoma ductal metastásico, y 0 (0%) con tumor filoide maligno. De las que se refieren con nivel alto se diagnosticaron 14 (63.63 %) con Carcinoma ductal infiltrante, 8 (36.36%) con Adenocarcinoma, 0 (0%) con Adenocarcinoma mucinoso, 0 (0%) con carcinoma ductal invasor, 0 (0%) con carcinoma ductal metastásico, y 0 (0%) con tumor

filoide maligno. Se realiza correlación estadística encontrado un valor de 5.312 a 10 gl con un valor de p 0.869 (Ver tabla No. 7).

Acorde a la escolaridad de las pacientes se encontró que 14 (13%) se refieren sin escolaridad, 80 (74%) con un nivel básico, 9 (0.08%) con un nivel medio y 5 (0.05%) con nivel superior. De las pacientes sin escolaridad se diagnosticaron 9 (64.3%) en BIRADS IV y 5 (34.7%) en BIRADS V. De las pacientes con nivel básico se diagnosticaron 55 (68%) en BIRADS IV y 25 (32%) en BIRADS V. De las pacientes con un nivel medio se diagnosticaron 7 (77.7%) en BIRADS IV y 2 (12.3%) en BIRADS V. De las pacientes con un nivel superior se diagnosticaron 3 (60%) en BIRADS IV y 2 (40%) en BIRADS V. Se realiza correlación estadística encontrando un valor de 0.644 con 3 gl y un valor de p de 0.886 (Ver tabla No. 5). De los que se refieren sin escolaridad se diagnosticaron 9 (64.28 %) con Carcinoma ductal infiltrante, 3 (21.42 %) con Adenocarcinoma, 1 (7.14%) con Adenocarcinoma mucinoso, 0 (0%) con carcinoma ductal invasor, 1 (7.14 %) con carcinoma ductal metastásico, y 0 (0%) con tumor filoide maligno. De las que se refieren con nivel básico se diagnosticaron 49 (61.25 %) con Carcinoma ductal infiltrante, 27 (33.75%) con Adenocarcinoma, 1 (1.25%) con Adenocarcinoma mucinoso, 2 (2.50 %) con carcinoma ductal invasor, 0 (0%) con carcinoma ductal metastásico y 1 (1.25 %) con tumor filoide maligno. De las que se refieren con nivel medio se diagnosticaron 3 (33.33 %) con Carcinoma ductal infiltrante, 4 (44.44%) con Adenocarcinoma, 1 (1.11%) con Adenocarcinoma mucinoso, 1 (1.11%) con carcinoma ductal invasor, 0 (0%) con carcinoma ductal metastásico y 0 (0%) con tumor filoide maligno. De las que se refieren con nivel superior se diagnosticaron 5 (100 %) con Carcinoma ductal infiltrante, 0 (0 %) con Adenocarcinoma, 0 (0%) con Adenocarcinoma mucinoso, 0 (0%) con carcinoma ductal invasor, 0 (0%) con carcinoma ductal imetastásico y 0 (0%) con tumor filoide maligno. Se realiza correlación estadística encontrado un valor de 18.917 a 15 gl con un valor de p 0.217 (Ver tabla No. 7).

Con relación al grupo de edad 3 (2.78 %) se refieren de 18 a 27 años, 5 (4.63 %) se refieren de 28 a 37 años, 31 (28.70 %) se refieren de 38 a 47 años, 34 (31.48 %) se refieren de 48 a 57 años, 28 (25.92 %) se refieren de 58 a 67 años, 6 (5.55 %) se refieren de 68 a 77 años, y 1 (0.92%) se refieren de 78 a 83 años. De los pacientes

del grupo de 18 a 27 años de edad se diagnosticaron 3 (100%) en BIRADS IV y 0 en BIRADS V, del grupo de 28 a 37 años de edad se diagnosticaron 4 (80%) en BIRADS IV y 1 (20%) en BIRADS V, del grupo de 38 a 47 años de edad se diagnosticaron 25 (80.6%) en BIRADS IV y 6 (19.4) en BIRADS V, del grupo de 48 a 57 años de edad se diagnosticaron 20 (58.8%) en BIRADS IV y 14 (41.2%) en BIRADS V, del grupo de 58 a 67 años de edad se diagnosticaron 20 (71.4%) en BIRADS IV y 8 (28.6%) en BIRADS V, del grupo de 68 a 77 años de edad se diagnosticaron 1 (17%) en BIRADS IV y 5 (83%) en BIRADS V, del grupo de 78 a 83 años de edad se diagnosticaron 1 (100%) en BIRADS IV y 0 (0%) en BIRADS V. Se realizó correlación estadística encontrando un valor de 13.337 a 6 gl y un valor de p de 0.038 (Ver tabla No. 5). De los que se refieren de 18 a 27 años se diagnosticaron 3 (100 %) con Carcinoma ductal infiltrante, 0 (0 %) con Adenocarcinoma, 0 (0%) con Adenocarcinoma mucinoso, 0 (0%) con carcinoma ductal invasor, 0 (0 %) con carcinoma ductal metastásico, y 0 (0%) con tumor filloide maligno. De las que se refieren de 28 a 37 años se diagnosticaron 4 (80 %) con Carcinoma ductal infiltrante, 0 (0%) con Adenocarcinoma, 0 (0%) con Adenocarcinoma mucinoso, 0 (0 %) con carcinoma ductal invasor, 0 (0%) con carcinoma ductal metastásico, y 1 (20 %) con tumor filloide maligno. De las que se refieren con 38 a 47 años se diagnosticaron 19 (61.29 %) con Carcinoma ductal infiltrante, 11 (35.48%) con Adenocarcinoma, 1 (3.22%) con Adenocarcinoma mucinoso, 0 (1.11%) con carcinoma ductal invasor, 0 (0%) con carcinoma ductal metastásico, y 0 (0%) con tumor filloide maligno. De las que se refieren de 48 a 57 años se diagnosticaron 19 (55.89 %) con Carcinoma ductal infiltrante, 11 (32.35 %) con Adenocarcinoma, 1 (2.94%) con Adenocarcinoma mucinoso, 2 (5.88%) con carcinoma ductal invasor, 1 (2.94 %) con carcinoma ductal metastásico, y 0 (0%) con tumor filloide maligno. De las que se refieren de 58 a 67 años se diagnosticaron 15 (53.57 %) con Carcinoma ductal infiltrante, 11 (39.28 %) con Adenocarcinoma, 1 (3.57%) con Adenocarcinoma mucinoso, 1 (3.57 %) con carcinoma ductal invasor, 0 (0%) con carcinoma ductal metastásico y 0 (0%) con tumor filloide maligno. De las que se refieren de 68 a 77 años se diagnosticaron 5 (83.33 %) con Carcinoma ductal infiltrante, 1 (16.66 %) con Adenocarcinoma, 0 (0%) con Adenocarcinoma mucinoso, 0 (0%) con carcinoma ductal invasor, 0 (0%) con carcinoma ductal metastásico, y 0 (0%) con tumor

filoide maligno. De las que se refieren de 78 a 83 años se diagnosticaron 1 (50 %) con Carcinoma ductal infiltrante, 0 (0 %) con Adenocarcinoma, 0 (0%) con Adenocarcinoma mucinoso, 0 (0%) con carcinoma ductal invasor, 0 (0%) con carcinoma ductal metastásico, y 1 (50 %) con tumor filoide maligno. Se realiza correlación estadística encontrado un valor de 31.917 a 30 gl con un valor de p 0.37 (Ver tabla No. 7).

Al realizar el análisis de los factores asociados a la institución se encontró lo siguiente: Con relación a la accesibilidad 32 (30.5%) refieren si tener problemas de accesibilidad y 76 (69.5%) refieren no tener problema de accesibilidad. De los que refieren si tener problemas de accesibilidad se diagnosticaron 19 (59.3%%) en BIRADS IV y 13 (40.7%) en BIRADS V. De los que refieren no tener problemas de accesibilidad se diagnosticaron 55 (72.4%) en BIRADS IV y 26 (27.6%) en BIRADS V. Se realiza correlación estadística encontrado un valor de 1.762 a 1 gl con un valor de p 0.184 (Ver tabla No. 6). De los que refieren si tener problemas de accesibilidad se diagnosticaron 22 (66.66 %) con Carcinoma ductal infiltrante, 7 (21.21 %) con Adenocarcinoma, 2 (6.06%) con Adenocarcinoma mucinoso, 1 (3.03 %) con carcinoma ductal invasor, 0 (0%) con carcinoma ductal metastásico, y 0 (0 %) con tumor filoide maligno. De los que refieren no tener problemas de accesibilidad se diagnosticaron 44 (58.66 %) con Carcinoma ductal infiltrante, 27 (36 %) con Adenocarcinoma, 1 (1.33 %) con Adenocarcinoma mucinoso, 2 (2.66 %) con carcinoma ductal invasor, 1 (1.33 %) con carcinoma ductal metastásico y 1 (1.33 %) con tumor filoide maligno Se realiza correlación estadística encontrado un valor de 4.603 a 5 gl con un valor de p 0.46 (Ver tabla No. 8).

Con relación al proceso prolongado 30 (27.8%) refiere si pensar que el proceso de atención es prolongado y 78 (72.2%) refieren no pensar que el proceso es prolongado. De las que refieren si pensar que el proceso es prolongado 21 (70%) en BIRADS IV y 9 (30%) en BIRADS V. De las que refieren no pensar que el proceso es prolongado 53 (67.9%) en BIRADS IV Y 25 (32.1%) en BIRADS V. Se realiza correlación estadística encontrando un valor 0.421 con 1 gl y un valor de p 0.837 (Ver tabla No. 6). De las que refieren si pensar que el proceso es prolongado se diagnosticaron 18 (60 %) con Carcinoma ductal infiltrante, 9 (30 %) con Adenocarcinoma, 2 (6.66 %) con

Adenocarcinoma mucinoso, 1 (0%) con carcinoma ductal invasor, 0 (0%) con carcinoma ductal metastásico, y 0 (50 %) con tumor filoide maligno De las que refieren no pensar que el proceso es prolongado se diagnosticaron 48 (61.53 %) con Carcinoma ductal infiltrante, 25 (32.05 %) con Adenocarcinoma, 1 (1.28 %) con Adenocarcinoma mucinoso, 2 (2.56 %) con carcinoma ductal invasor, 1 (1.28 %) con carcinoma ductal metastásico, y 1 (1.28 %) con tumor filoide maligno Se realiza correlación estadística encontrando un valor 3.114 con 5 gl y un valor de p 0.682 (Ver tabla No. 8).

Con relación a la negativa de la unidad de atender el padecimiento se encontró que si hubo negativa en 0 pacientes (0%) y no hubo negativa en 108 pacientes (100%). De las cuales 74 (68.5%) se diagnosticaron en BIRADS IV y 34 (31.5%) en BIRADS V. Acorde a los resultados no se realizó prueba de correlación (Ver tabla No. 6). De las cuales 66 (61.11 %) se diagnosticaron con Carcinoma ductal infiltrante, 34 (31.48 %) con Adenocarcinoma, 3 (2.77 %) con Adenocarcinoma mucinoso, 3 (2.77 %) con carcinoma ductal invasor, 1 (0.93 %) con carcinoma ductal metastásico, y 1 (0.93 %) con tumor filoide maligno. Acorde a los resultados no se realizó prueba de correlación (Ver tabla No. 8).

DISCUSIÓN

La presente investigación pretende dar a conocer algunos factores que pudieran influir en un tamizaje y diagnóstico tardío de cáncer de mama. Tras conocer que el retraso en el diagnóstico puede ser multifactorial es que nos dimos a la tarea de indagar factores relacionados a los procesos en las instituciones de salud y aquello que pudiera relacionarse a las pacientes. Siendo una encomienda de todo médico familiar el lograr cambio de conductas y actitudes que preserven a nuestros pacientes en un estado de salud y no de enfermedad y bajo la competencia desarrollada de una comunicación pragmática es que pensamos pudiera valerse de los factores que influyen en no realizar sus diagnósticos de forma oportuna. Ante la imperante necesidad de realizar diagnósticos oportunos en el cáncer de mama en la mujer es que nos dispusimos a investigar dicho tema.

En esta investigación encontramos una distribución normal de la distribución de la población por edad, con un media de 51 años \pm 11.5 años, pero con una edad mínima de 18 años y máxima de 83 años. De acuerdo a la distribución por edad encontramos pacientes en rangos que no forman parte grupos blanco de tamizaje para cáncer de mama. Probablemente porque el cáncer es una entidad multifactorial. Semejante a otros estudios donde se encuentra en promedio de 50 años \pm 13.3 y que en mujeres menores de 40 años y mayores de 70 años se asociaban significativamente a una etapa avanzada de cáncer de mama y/o metástasis comparado con mujeres que se encontraban dentro del rango de edad de tamizaje ⁽³⁴⁾.

A pesar de que el análisis de la información es de mujeres que fueron diagnosticadas con cáncer de mama por histopatología y encontramos pacientes con diagnóstico de más de una década, algunas condicionantes que se encuentran en su entorno siguen prevaleciendo en la actualidad y que seguimos encontrando mujeres que llegan a este diagnóstico en pruebas de tamizaje que por lo general sugieren cáncer de mama, en la presente investigación se llegó al diagnóstico histopatológico como resultado de BIRADS IV en un 68.5% de los casos y en BIRADS V en un 31.5%, esto relacionado en su mayoría por factores paciente y no a institución. Es importante mencionar que las mujeres con diagnóstico histopatológico de cáncer de mama fueron identificadas

en pruebas de tamizaje acorde a criterios de actuación ya que sus pruebas de tamizaje fueron BIRADS IV y V probablemente nuestros procesos de tamizaje y diagnósticos se encuentran acorde a criterios de calidad según estándares internacionales, ya que como lo sabemos la prevención se basa en el tamizaje de nuestra población, primordialmente en la realización de mamografía y si es necesario estudios complementarios como lo es el ultrasonido ⁽³⁵⁾.

Afortunadamente el cáncer más prevalente en nuestra población fue el carcinoma ductal infiltrante (61.1%) y el adenocarcinoma infiltrante (31.5%), haciendo la aclaración que así se encontraban clasificados los diagnósticos, pero que nos lleva a predominio de carcinoma ductal del 92.6% siendo semejante a la literatura encontrada ⁽³⁴⁾ y aún más en correlación a la baja prevalencia de carcinoma invasor (2.8%) como lo reportado previamente. Haciendo pensar que esto se relaciona probablemente a la eficiencia de los procesos de diagnóstico y tratamiento de nuestra institución, en los cuales se menciona, con base a la norma oficial mexicana, la identificación de factores de riesgo, el tamizaje en mujeres de 40 a 69 años de edad, entre otros. ⁽³⁶⁾

Tras analizar los factores por los cuales probablemente la población llega a un diagnóstico de cáncer de mama con pruebas de tamizaje iniciales que ya sugieren la sospecha de tal diagnóstico (BIRADS IV y V) o identifican las variantes histopatológicas encontradas, nos propusimos investigar aquellos identificados en la población estudiada y probablemente asociados, tanto modificables como no modificables.

Para nuestra tranquilidad que la mayoría refería haber tenido conocimiento del tema al momento del diagnóstico (69.5%) y que en su mayoría estas mujeres fueron diagnósticas en BIRADS IV (75.7%) y no en BIRADS V, aunque esta correlación no fue significativa estadísticamente para el diagnóstico ($p = 0.283$). Con relación al conocimiento y el tipo histopatológico no se encontró significancia estadística ($p = 0.455$) ya que en ambos grupos se encontró con mayor frecuencia se encontró carcinomas ductales (90%) y un mínimo porcentaje de carcinomas metastásicos. Esto nos sugiere que debemos seguir realizando acciones de prevención y promoción para lograr el mayor conocimiento del tema por nuestra población, ya que la morbilidad y mortalidad por esta enfermedad es un problema de salud con un gran impacto, por lo cual es de

suma importancia el que nuestras pacientes conozcan cuales son los factores de riesgo y la realización de la autoexploración ⁽³⁷⁾

Algo que impacta en nuestros resultados fue que otro factor muy modificable, como lo es el tener vergüenza para realizarse los tamizajes se encontró aun presente en el 54.7% de la población investigada, resultando estadísticamente significativo (p 0.011) y que aquellas pacientes que referían no tener vergüenza (81.2%) fueron diagnosticadas en etapas más tempranas (BIRADS IV). En lo relacionado a los diagnósticos histopatológicos encontramos que los casos de carcinomas invasores o metastásicos se identificaron con mayor frecuencia en pacientes que referían tener vergüenza realizarse tamizajes (p 0.01) (lo que nos lleva a pensar en estrategias para abatir este factor socialmente programado en las mujeres, así como nuevas líneas de investigación al respecto, un estudio realizado en Colombia muestra que en su población las determinantes propias de su población estaban asociadas a un diagnóstico tardío, la mayoría de la población aún mantiene los roles de género femenino tradicionales dirigida a realizar actividades relacionadas al hogar ⁽³⁸⁾ Aunque el factor miedo no resulta estadísticamente significativo para el diagnóstico por BIRADS (p 0.181) ni por histopatología (p 0.268), si es importante mencionar que aquellas mujeres (15.7%) que referían no tener miedo, en su mayoría (82.4%) fueron diagnosticadas en BIRADS IV, y ninguna con carcinomas invasores o metastásicos. Lo anterior nos dirige a pensar que debemos insistir como sector salud que el miedo impide realizar diagnósticos oportunos de cáncer de mama ya que muchas de las pacientes refieren que por dicho sentimiento prefieren no realizar la auto-exploración, ya que dicho sentimiento es tan fuerte que prefieren no saber si existe alguna enfermedad ⁽³⁹⁾.

Con relación al nivel socioeconómico los diagnósticos fueron con mayor frecuencia en BIRADS IV sin tener significancia estadística (p 0.281) ni por diagnóstico histopatológico (p 0.869) la relación con el nivel socioeconómico de la paciente, lo mismo sucede al referirnos a la escolaridad de las pacientes ya que tampoco muestra significancia estadística por BIRADS (p 0.886) ni por diagnóstico histopatológico (p 0.217) ya que teniendo pacientes sin escolaridad a niveles superiores la mayoría de

los diagnósticos fueron sugeridos por BIRADS IV y con los mismos diagnósticos histopatológicos. Con relación a la edad de las pacientes es importante mencionar que el rango de edad en el cual se diagnosticaron las pacientes fue muy amplio (de 18 a 83 años) saliéndose en los extremos de las edades para pertenecer a poblaciones blando para diagnóstico, pero nuestro estudio tuvo un promedio de edad de 51 años acorde a la literatura consultada, ya que la edad en la que se realiza el tamizaje es de los 40 a los 69 años ⁽⁷⁾, al analizar por grupo de edad se obtuvo una significancia estadística (p 0.038) identificando que en todos los grupos se diagnosticó en su mayoría en BIRADS IV, pero que en el grupo de 48 a 57 años se diagnosticaron más pacientes en BIRADS V a diferencia del resto de los grupos de edad. Para los tipos de diagnóstico no se encontró significancia estadística (p 0.37) con la edad pero es importante mencionar que en el grupo de 48 a 57 años se encontraron más frecuentemente los carcinomas invasores y metastásicos. Lo anterior nos lleva a pensar que el grupo de 48 a 57 años sigue siendo la población blanco, pero que en el presente se encontraron que son más importantes el factor conocimiento, miedo, vergüenza y la edad de las pacientes (estos dos últimos factores estadísticamente significativos), el practicar el autocuidado cambia conforme cada cultura y situación siendo dichos factores inhibidores de estas prácticas y conductas ⁽⁴⁰⁾

Con relación a los factores de la institución la mayoría refirió no tener problemas de accesibilidad a la unidad médica (69.5%), pero no resulta estadísticamente significativo para el diagnóstico en etapa BIRADS IV o V (p 0.184) ni para el diagnóstico histopatológico (p 0.46). Con relación a si el proceso lo observaban como prolongado, la mayoría refiere no ser prolongado (72.2%) pero en ambos casos se llega al diagnóstico en BIRADS IV ((p 0.837) y no existen diferencias significativas en los diagnósticos histopatológicos (p0.682). Relacionado a si existió negativa de la unidad por realizar pruebas para llegar al diagnóstico el 100% refiere no haber tenido negativas en el proceso.

Una vez analizado lo anterior pudimos encontrar más peso sobre los factores propios de las pacientes, de estos algunos que son modificables como la vergüenza y otros no modificables como la edad, pero este último permitiéndonos sugerir nuevas líneas de

investigación tanto con acercamientos cualitativos como cuantitativos, así como realizando recomendaciones acorde a los grupos blanco y aquellos en que tenemos que incrementar las acciones de prevención, promoción y educación a la población derechohabiente.

CONCLUSION

El grupo de pacientes en estudio se encontró entre los 18 y los 83 años de edad, con una media de 51.06, \pm 1 desviación estándar 11.52, siendo el grupo de mayor frecuencia de los 48 a los 57 años (31.5%). En su mayoría fueron tamizadas en BIRADS IV (68.5%) según clasificación BI-RADS. El diagnóstico histopatológico más frecuente fue de Carcinoma ductal infiltrante fueron 66 (61.1%) y adenocarcinoma ductal infiltrante fueron 34 (31.5%),

Con relación a los factores que influyen en el diagnóstico en etapas tardías se identificó que de aquellos asociados al paciente la mayoría refiere que al momento del diagnóstico si tener conocimiento de la enfermedad (69.5%), si tener vergüenza de realizarse pruebas diagnósticas (54.7%) y si tener miedo de realizarse pruebas (84.3%). La mayoría se refieren con nivel socioeconómico bajo (51.9%), con escolaridad básica (74%) y por grupo de edad entre los 48 a 57 años (31.48%). De los anteriores resulta estadísticamente significativa la vergüenza para su detección BIRADS (p 0.001) y por diagnóstico histopatológico (p 0.01).

Con relación a los factores que influyen en el diagnóstico en etapas tardías se identificó de aquellos asociados a la institución la mayoría refiere una adecuada accesibilidad a la unidad médica (69.5%), no pensar que el proceso es tardado (72.2%) y no haber recibido negativas de atención (100%).

Finalmente encontramos que con mayor frecuencia se encuentran asociados a la detección en etapas tardías de cáncer de mama los factores asociados al paciente, entre estos y con una alta frecuencia el miedo y la vergüenza. Por lo anterior proponemos acciones encaminadas a lograr cambio de actitud hacia realizarse pruebas de tamizaje en grupos blanco y en aquellos que tengan factores asociados a cáncer de mama aun cuando no pertenezcan a estos grupos.

RECOMENDACIONES

Futuras líneas de investigación

Realizar futuras investigaciones orientadas a pacientes con diagnóstico temprano y tardío y en diferentes áreas de la ciudad. Así como abordajes cualitativos que nos permitan analizar los factores propios de las pacientes que siguen impidiendo acercamientos tempranos a los diagnósticos de cáncer de mama.

A la Institución de Salud

Continuar con las acciones de la institución con relación a la promoción y prevención de la patología con un enfoque educativo que permita el cambio de la actitud de las pacientes y sus familias con relación al cáncer de mama.

Realizar capacitación al personal encargado de acciones preventivas integrales, atención médica en los diferentes niveles de atención, y bajo un perfil educativo mejorar el cambio de actitudes de las pacientes acorde a grupos de edad que permitan sensibilizar al paciente mediante acciones de promoción en realizar pruebas de tamizaje oportunamente y no esperar a sentirse mal.

Realizar a nivel administrativo acciones de mejora en los procesos de detección, diagnóstico y tratamiento de pacientes con cáncer de mama y así seguir evitando aquellos factores asociados a la Unidad Médica.

Aumentar los rangos de edad para pruebas de tamizaje de cáncer de mama, acorde al panorama epidemiológico y sociodemográfico.

A la población derechohabiente

Continuar buscando información relacionada a preservar su salud propia y de su familia mediante el uso racional y preventivo propio de un primer nivel de atención.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Cárdenas Sánchez J, Erazo Valle-Solis A., Arce Salinas C, Bergalló Rocha JE, al. e. Consenso Mexicano Sobre Diagnostico y Tratamiento del Cáncer mamario. In. Colima; 2019. p. 5-127.
2. al. BDe. A Review Article on Breast Cancer. International Journal of Pharmacy & Pharmaceutical Research. 2018;; p. 286-296.
3. Society AC. Breast Cancer Facts & Figures 2019-2020. In. Atlanta; 2019. p. 1-32.
4. Salud OMDI. Cancer Today. [Online].; 2018 [cited 2020 Agosto. Available from: https://gco.iarc.fr/today/online-analysis-pie?v=2018&mode=cancer&mode_population=continents&population=900&populations=900&key=total&sex=0&cancer=39&type=0&statistic=5&prevalence=0&population_group=0&ages_group%5B%5D=0&ages_group%5B%5D=17&nb_items=7&group.
5. Bright K, Barghash M, Donach M, Gutiérrez de la Barrera M. The role of health system factors in delaying final diagnosis and treatment of breast cancer in Mexico City, Mexico. The Breast. 2011; 20: p. 54-59.
6. Ataollahi MR, SJ, Paknahad MR, PA. Breast cancer and associated factors: a review. Journal of Medicine and Life. 2015;; p. 6-9.
7. Merino Bonillaa JA, Torres Tabanerab M, Ros Mendozac LH. El cáncer de mama en el siglo XXI: de la detección precoz a los nuevos tratamientos. Radiología. 2017;; p. 1-12.
8. Weledji EP, Tambe J. Breast Cancer Detection and Screening. Medical & Clinical Reviews. 2018;; p. 1-12.
9. Shah R, Rosso R, Nathanson SD. Pathogenesis, prevention, diagnosis and treatment of breast cancer. World Journal of Clinical Oncology. 2014;; p. 283-293.
10. Unger Saldaña K, Ventosa-Santaularia D, Miranda A, al. e. Barriers and Explanatory Mechanisms of Delays in the Patient and Diagnosis Intervals of Care for Breast Cancer in Mexico. The Oncologist. 2018;(23).
11. Sífuentes Álvarez A, Castañeda Marinez LY, Lugo Nevarez M, Reyes Romero MA. Factores de riesgo asociados con el cáncer de mama en mujeres del estado de Durango, México. Ginecol Obstet Mex. 2015;; p. 662-669.
12. Harbecki N, Penault- Llorca F, Cortes J, Gnant M. Breast cancer. PRIMER. 2019;; p. 1-313.
13. Colombia INdCE. Manual para la deección de cáncer de mama. In. Bogotá; 2015. p. 3-50.
14. Jafari SH, Saadatpour Z, Salmaninejad A, al. e. Breast cancer diagnosis: Imaging techniques and biochemical markers. Journal of Cellular Physiology. 2017;; p. 5200-5209.

15. Guo R, Lu G, Qin B, Fei B. ULTRASOUND IMAGING TECHNOLOGIES FOR BREAST CANCER DETECTION AND MANAGEMENT: A REVIEW. *Ultrasound in Medicine & Biology*. 2017 Septiembre.
16. Alonso Roca S, Delgado Laguna AB, Arantzeta Lexarreta J, Cajal Campo B. Screening in patients with increased risk of breast cancer (part 1): Pros and cons of MRI screening. *Radiología*. 2020 Enero; 4(62).
17. Carbajal-Irigoyen J, Ayala-González F, J.E. CG. Análisis de biopsias de mama, por aspiración con aguja fina, guiadas por imagen. *Anales de radiología*. 2017 Octubre; 4(16).
18. Camacho-Piedra C, Espíndola-Zarazúa V. Actualización de la nomenclatura BI-RADS® por mastografía y ultrasonido. *Anales de radiología*. 2018 Julio;(17).
19. Anjum F, Razvi N, Masood MA. Breast cancer therapy: a mini review. *MOJ Drug Des Develop Ther*. 2017 Mayo; 1(2).
20. Z. S, Zhang L, Liu X, cols. y. Prognosis of COVID-19 in patients with breast cancer. *Medicine*. 2020 Junio.
21. Gasparri ML, Gentilini OD, Lueftner D, cols. y. Changes in breast cancer management during the Corona Virus Disease 19 pandemic: An international survey of the European Breast Cancer Research Association of Surgical Trialists (EUBREAST). *The Breast*. Mayo 2020; 52.
22. Marigne C, Spicer J, Morris M, cols. y. The impact of the COVID-19 pandemic on cancer deaths due to delays in diagnosis in England, UK: a national, population-based, modelling study. *The Lancet*. 2020 Agosto; 21.
23. Curigliano G, Cardoso MJ, Poortmans P, cols. y. Recommendations for triage, prioritization and treatment of breast cancer patients during the COVID-19 pandemic. *The Breast*. 2020 Abril;(52).
24. Instituto Nacional Del Cancer. [Online]. [cited 2020 09 1. Available from: <https://www.cancer.gov/espanol/publicaciones/diccionario/def/diagnostico>.
25. jurídico DPde. Diccionario Panhispánico del español jurídico. [Online].; 2020 [cited 2020 09 16. Available from: <https://dpej.rae.es/lema/accesibilidad#:~:text=Adm.,incluidas%20las%20personas%20con%20discapacidad>.
26. Española RA. Real Academia Española. [Online].; 2020 [cited 2020 09 16. Available from: <https://www.rae.es/dpd/accesible>.
27. Española RA. Real Academia Española. [Online].; 2020 [cited 2020 09 16. Available from: <https://dle.rae.es/proceso>.
28. Española RA. Real Academia Española. [Online].; 2020 [cited 2020 09 16. Available from: <https://dle.rae.es/negativo>.

29. Jalisco SdEd. Definiciones Basicas. [Online]. [cited 2020 09 16. Available from: <http://sig.jalisco.gob.mx/Estadistica/Conceptos/Conceptos.htm>.
30. Española RA. Real Academia Española. [Online].; 2020 [cited 2020 09 16. Available from: <https://dle.rae.es/socioecon%C3%B3mico>.
31. Española RA. Real Academia Española. [Online].; 2020 [cited 2020 09 16. Available from: <https://dle.rae.es/conocimiento>.
32. Española RA. Real Academia Española. [Online].; 2020 [cited 2020 09 16. Available from: <https://dle.rae.es/verg%C3%BCenza>.
33. Española RA. Real Academia Española. [Online].; 2020 [cited 2020 09 16. Available from: <https://dle.rae.es/miedo>.
34. Seneviratne S, Lawrenson R, Harvey V, Ramsaroop R, Elwood M, Scott Nea. Stage of breast cancer at diagnosis in New Zealand: impacts of socio-demographic factors, breast cancer screening and biology. BMC Cancer. 2016.
35. Arroyo Yustos M, Martín Angulo M, Álvarez-Mon Soto M. Cáncer de mama. Medicine. 2017.
36. Secretaria de Salud. NORMA Oficial Mexicana NOM-041-SSA2-2011, Para la prevención, diagnóstico, tratamiento, control y vigilancia epidemiológica del cáncer de mama. Diario Oficial de la Federación; 2011.
37. Osorio Bazar N, Bello Hernandez C, Vega Bazar L. Factores de riesgo asociados al cáncer de mama. Revista Cubana de Medicina General Integral. 2020; 2(36).
38. Ceballos-Fontes M, García Oramas MJ. Roles de género tradicionales y personalidad tipo c en cáncer de mama. Ciencia Multidisciplinaria UNAM. 2016.
39. Huaman Alfaro NM. DETECCIÓN OPORTUNA DEL CÁNCER DE MAMA EN MUJERES ASEGURADAS DEL HOSPITAL IV "AUGUSTO HERNANDEZ MENDOZA". 2017..

ANEXOS

Anexo No. 1 Consentimiento Informado

	INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN UMF 46 CIUDAD JUAREZ, CHIHUAHUA. CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO
	CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN
Nombre del estudio:	“FACTORES QUE INFLUYEN EN EL DIAGNÓSTICO DE CÁNCER DE MAMA EN ETAPAS AVANZADAS EN UMF NO. 67 DE CD. JUÁREZ, CHIH”
Lugar y fecha:	Cd. Juárez, Chih. Marzo 2020-Febrero 2021
Número de registro:	R-2020-802-024
Justificación y objetivo del estudio:	Destacamos la importancia de realizar detección temprana de cáncer de mama, así como identificar los factores que influyen en un diagnóstico tardío. El objetivo es identificar cuáles son los factores que influyen en el diagnóstico de cáncer de mama en etapas tardías.
Procedimientos:	Se solicitará respuesta un instrumento de recolección con la información solicitada para identificar los factores mencionados. Además se le pedirá a usted que responda un cuestionario de Graffar- Méndez-Castellanos para identificar Nivel socioeconómico.
Posibles riesgos y molestias:	No representa ningún riesgo a su salud.
Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio:	Detectar la los factores asociados al retraso en el diagnóstico oportuno de cáncer de mama.
Información sobre resultados y alternativas de tratamiento:	Se dará información sobre el panorama epidemiológico de cáncer de mama.
Participación o retiro:	La participación en este proyecto es voluntaria y puede terminar en el momento en que así lo decida y lo exprese a los investigadores responsables, sin que ello afecte la atención médica que recibe en el instituto.
Privacidad y confidencialidad:	Se garantiza que la información solo será utilizada para los fines del presente estudio, salvaguardando la confidencialidad y privacidad de la misma. Autorizó a los investigadores y a quienes ellos indiquen a realizar el cuestionario que conforma el proyecto y hacer uso de la información con fines científicos, docentes y estadísticos, siempre y cuando se haga en el marco de la ética profesional y se guarde la confidencialidad de los mismos.
Disponibilidad de tratamiento médico en derechohabientes (si aplica):	Se garantiza la existencia de tratamiento médico para su padecimiento de así necesitarlo.
Beneficios al término del estudio:	Detectar los factores de riesgo asociados al retraso en el diagnóstico de cáncer de mama
En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con el estudio podrá dirigirse a:	
Investigador Responsable:	Dra. Gloria Flores Montalvo Matrícula 97085127, Tel 6562154275 Residente de Medicina Familiar
Colaboradores:	Dra. Martha Alejandra Maldonado Burgos Matrícula 98081637 Av. Universidad No. 115, Col. San Felipe Viejo 31203 Tel: (614) 4 13 31 56 Correo Electrónico: martha.maldonadob@imss.gob.mx Dr. Daniel Ramírez Hernández Matrícula 98089441 Av. Santos Dumont 654, Panamericana C.P. 32695 Cd. Juárez, Chihuahua Teléfono: (656) 6 31 60 20 ext. 3005 Correo Electrónico: danielrh182@hotmail.com Dra. Edna Edith Licerio Pérez Matrícula 98081056 Av. Santos Dumont 654, Panamericana C.P. 32695 Cd. Juárez, Chih Teléfono: (656) 6 31 60 20 ext. 3005 Correo Electrónico: ednalicerio@hotmail.com
En caso de dudas o aclaraciones sobre sus derechos como participante podrá dirigirse a:	Comisión de Ética de Investigación de la CNIC del IMSS: Avenida Cuauhtémoc 330 4° piso Bloque “B” de la Unidad de Congresos, Colonia Doctores, México, D.F., CP 06720. Teléfono (55) 56 27 69 00 extensión 21230, Correo electrónico: comiteeticainv.imss@gmail.com
Nombre y firma de ambos padres o tutores o representante legal	Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento
Testigo 1	Testigo 2
Nombre, dirección, relación y firma	Nombre, dirección, relación y firma

Anexo No. 3 Instrumento Graffar Méndez Castellanos

VARIABLES	PUNTAJE	ITEMS
1. PROFESIÓN DEL JEFE DE FAMILIA	1	Profesión Universitaria, financistas, banqueros, comerciantes, todos de alta productividad. Oficiales de las Fuerzas Armadas (Si tienen un rango de Educación Superior).
	2	Profesión técnica superior, medianos comerciantes o productores.
	3	Empleados sin profesión universitaria, con técnica media, pequeños comerciantes o productores.
	4	Obreros especializados y parte de los trabajadores del sector informal (con primaria completa).
	5	Obreros no especializados y otra parte del sector informal de la economía (sin primaria completa).
2. NIVEL DE INSTRUCCIÓN DE LA MADRE	1	Enseñanza universitaria o su equivalente.
	2	Técnica superior completa, enseñanza secundaria completa, técnica media.
	3	Enseñanza secundaria incompleta, técnica inferior.
	4	Enseñanza primaria, o analfabeta (con algún grado de instrucción primaria).
	5	Analfabeta.
3. PRINCIPAL FUENTE DE INGRESO DE LA FAMILIA	1	Fortuna heredada o adquirida.
	2	Ganancias o beneficios, honorarios profesionales.
	3	Sueldo mensual.
	4	Salario semanal, por día, entrada a destajo.
	5	Donaciones de origen público o privado.
4. CONDICIONES DE ALOJAMIENTO	1	Vivienda con óptimas condiciones sanitarias en ambientes de gran lujo.
	2	Vivienda con óptimas condiciones sanitarias en ambientes con lujos sin exceso y suficientes espacios.
	3	Vivienda con buenas condiciones sanitarias en espacios reducidos o no, pero siempre menores que en las viviendas 1 y 2.
	4	Viviendas con ambientes espaciosos o reducidos y/o con deficiencias en algunas condiciones sanitarias.
	5	Rancho o vivienda con condiciones sanitarias marcadamente inadecuadas.

METODO GRAFFAR-MENDEZ CASTELLANOS

ESTRATO	TOTAL DE PUNTAJE OBTENIDO
ESTRATO I	4-6
ESTRATO II	7-9
ESTRATO III	10-12
ESTRATO IV	13-16
ESTRATO V	17-20

Anexo No. 4 Tablas de resultados

Tabla No. 1 Medidas de tendencia central y dispersión de la variable edad

Medidas descriptivas de edad		
Media		51.06
Mediana		51.00
Moda		42
Desviación estándar		11.523
Varianza		132.771
Mínimo		18
Máximo		83
Percentiles	25	42.25
	50	51.00
	75	59.00

Fuente.- Base de datos RIC UMF 67

Tabla No. 2 Pacientes por rango de edad con diagnóstico de cáncer de mama en etapas tardías

Distribución de pacientes por edad		
Rangos de edad	Frecuencia	Porcentaje
De 18 a 27 años	3	2.8
De 28 a 37 años	5	4.6
De 38 a 47 años	31	28.7
De 48 a 57 años	34	31.5
De 58 a 67 años	28	25.9
De 68 a 77 años	6	5.6
De 78 a 83 años	1	.9
Total	108	100.0

Fuente.- Base de datos RIC UMF 67

BIRADS	Frecuencia	Porcentaje
IV	74	68.5
V	34	31.5
Total	108	100.0

Tabla No. 3 Pacientes con cáncer de mama de acuerdo al BIRADS con el cual se identificaron

Fuente.- Base de datos RIC UMF 67

Tabla No. 4 Pacientes con cáncer de mama según su diagnóstico histopatológico

Diagnóstico Histopatológico	Frecuencia	Porcentaje
Carcinoma ductal infiltrante	66	61.1
Adenocarcinoma ductal infiltrante	34	31.5
Adenocarcinoma mucinoso	3	2.8
Carcinoma ductal invasor	3	2.8
Carcinoma ductal metastasico	1	.9
Tumor filloide maligno	1	.9
Total	108	100.0

Fuente.- Base de datos RIC y Expediente electrónico UMF 67

Tabla No. 5.- Distribución pacientes con diagnóstico BIRADS IV Y V y que son asociados al paciente.

FACTOR PACIENTE	BIRADS		TOTAL	CORRELACION		
	BIRADS IV	BIRADS V		CHI CUADRADA	GL	VALOR DE P
CONOCIMIENTO						
SI	25	8	33	1.154	1	0.283
NO	49	26	75			
	74	34	108			

VERGÜENZA						
SI	35	24	59	6.492	1	0.011
NO	39	9	48			
	74	34	108			
MIEDO						
SI	60	31	91	1.790	1	0.181
NO	14	3	17			
	74	34	108			
N. SOCIOECONOMICO						
BAJO	36	20	56	2.54	2	0.281
MEDIO	24	6	30			
ALTO	14	8	22			
	73	34	108			
ESCOLARIDAD						
SIN ESCOLARIDAD	9	5	14	0.644	3	0.886
BASICO	55	25	80			
MEDIO	7	2	9			
SUPERIOR	3	2	5			
	74	34	108			
EDAD						
De 18 a 27 años	3	0	3	13.327	6	0.038
De 28 a 37 años	4	1	5			
De 38 a 47 años	25	6	31			
De 48 a 57 años	20	14	34			
De 58 a 67 años	20	8	28			

De 68 a 77 años	1	5	6			
De 78 a 83 años	1	0	1			
	74	34	108			

Fuente.- Elaboración propia acorde a fuentes de datos

Tabla No. 6.- Pacientes con diagnóstico BIRADS IV y V y que son asociados a la institución.

FACTOR INSTITUCIÓN	BIRADS		TOTAL	CORRELACIÓN		
	BIRADS IV	BIRADS V		CHI CUADRADA	GL	VALOR DE P
ACCESIBILIDAD						
SI	19	13	32	1.762	1	0.184
NO	55	21	76			
	74	34	108			
PROCESO PROLONGADO						
SI	21	9	30	0.42	1	0.837
NO	53	25	78			
	74	34	108			
NEGATIVA UNIDAD						
SI	0	0	0	N/A		
NO	74	34	108			
	74	34	108			

Fuente.- Elaboración propia acorde a fuentes de datos

Tabla No. 7. Pacientes según diagnóstico histopatológico y que son asociados al paciente.

FACTOR PACIENTE	DX HISTOPATOLOGICO						TOTAL	CORRELACION		
	C. Ductal infiltrante	Adenocarcinoma ductal inf.	Adenocarcinoma mucinoso	Carcinoma ductal inv	Carcinoma ductal metas	Tumor filoides maligno		CHI CUADRADA	G L	VALOR DE P
CONOCIMIENTO										
SI	19	10	1	2	1	0	33	4.685	1	0.455
NO	47	24	2	1	0	1	75			
	66	34	3	3	1	1	108			
VERGÜENZA										
SI	40	15	2	1	1	1	60	6.492	1	0.011
NO	26	19	1	2	0	0	48			
	66	34	3	3	1	1	108			
MIEDO										
SI	51	32	3	3	1	1	91	6.415	5	0.268
NO	15	2	0	0	0	0	17			
	66	34	3	3	1	1	108			

N. SOCIOECONOMICO											
BAJO	34	17	2	1	1	1	56	5.312	1	0.8	
									0	69	
MEDIO	18	9	1	2	0	0	30				
ALTO	14	8	0	0	0	0	22				
	66	34	3	3	1	1	108				
ESCOLARIDAD											
SIN ESCOLARIDAD	9	3	1	0	1	0	14	18.91	1	0.2	
								7	5	17	
BASICO	49	27	1	2	0	1	80				
MEDIO	3	4	1	1	0	0	9				
SUPERIOR	5	0	0	0	0	0	5				
	66	34	3	3	1	1	108				
EDAD											
De 18 a 27 años	3	0	0	0	0	0	3	31.94	3	0.3	
								2	0	70	
De 28 a 37 años	4	0	0	0	0	1	5				
De 38 a 47 años	19	11	1	0	0	0	31				
De 48 a 57 años	19	11	1	2	1	0	34				

De 58 a 67 años	15	11	1	1	0	0	28			
De 68 a 77 años	5	1	0	0	0	0	6			
De 78 a 83 años	1	0	0	0	0	1	1			
	66	34	3	3	1	1	108			

Fuente.- Elaboración propia acorde a fuentes de datos

Tabla No. 8. Pacientes según diagnóstico histopatológico y que son asociados a la Institución.

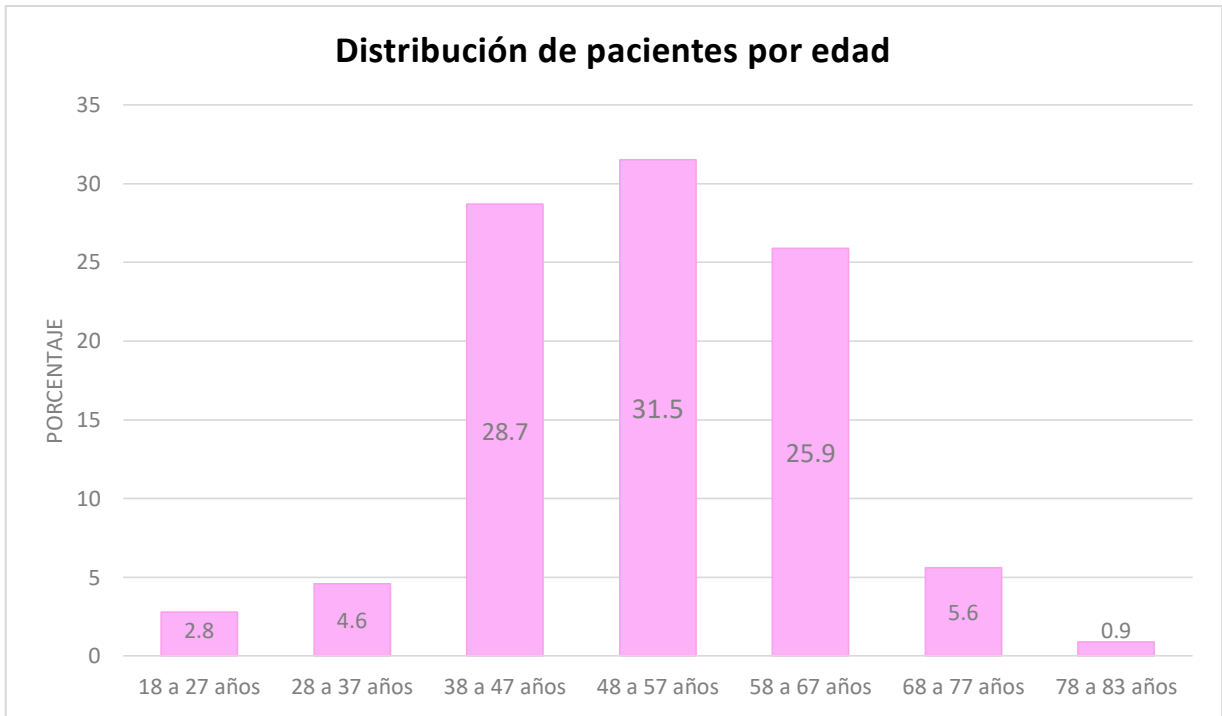
FACTOR INSTITUCION	DX HISTOPATOLOGICO						TOTAL	CORRELACION		
	C. Ductal infiltrante	Adenocarcinoma ductal inf.	Adenocarcinoma mucinoso	Carcinoma ductal inv	Carcinoma ductal I metas	Tumor filoides maligno		CHI CUADRADA	G L	VALOR DE P
ACCESIBILIDAD										
SI	22	7	2	1	0	0	33	4.603	5	0.466
NO	44	27	1	2	1	1	75			
	66	34	3	3	1	1	108			
PROCESO PROLONGADO										
SI	18	9	2	1	0	0	30	3.114	5	0.682
NO	48	25	1	2	1	1	78			
	66	34	3	3	1	1	108			
NEGATIVA DE LA UNIDAD										
SI	0	0	0	0	0	0	0	NA		

NO	66	34	3	3	1	1	108			
	66	34	3	3	1	1	108			

Fuente.- Elaboración propia acorde a fuentes de datos

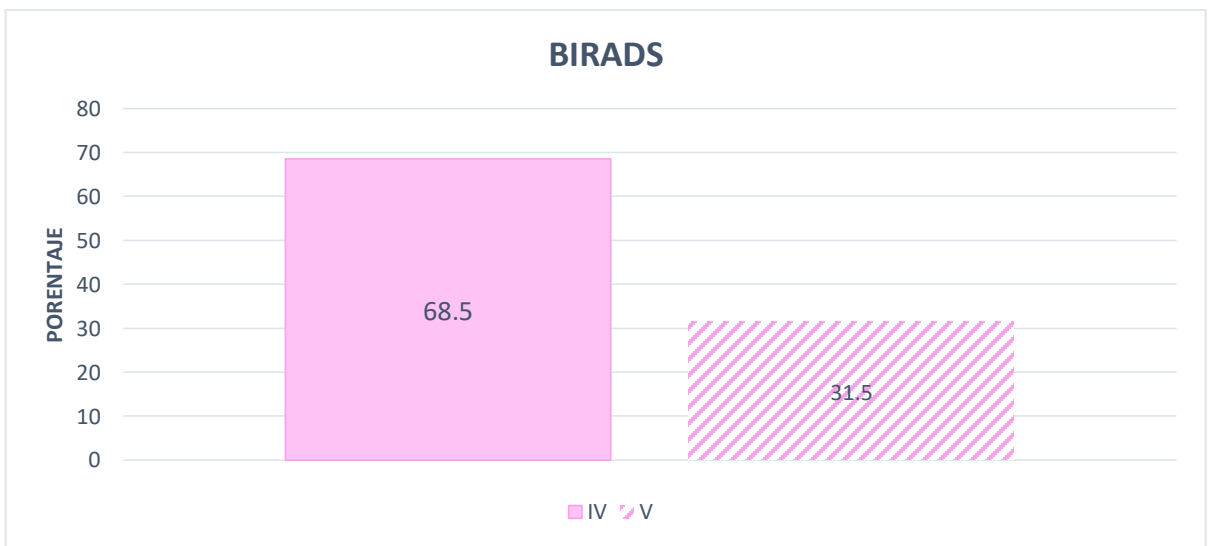
Anexo No. 5 Gráficos

Gráfico No. 1 Pacientes con diagnóstico de cáncer de mama por grupo de edad



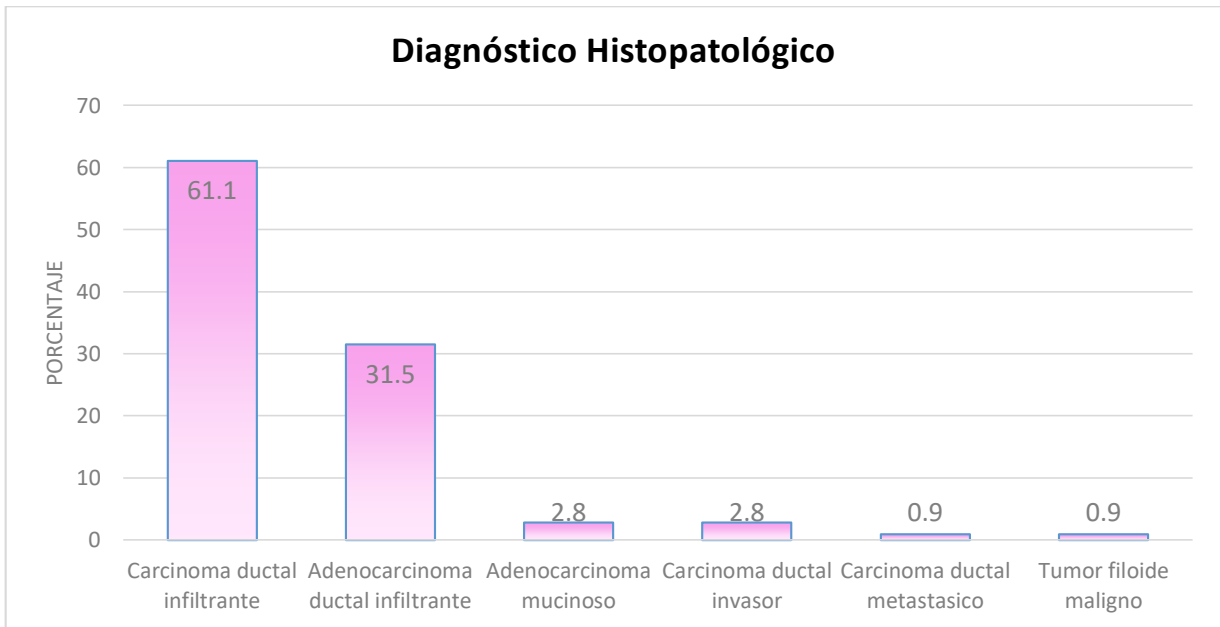
Fuente.- Base de datos RIC UMF 67

Gráfico No. 2 Pacientes con diagnóstico de cáncer de mama de acuerdo al BIRADS con el cual se identificaron



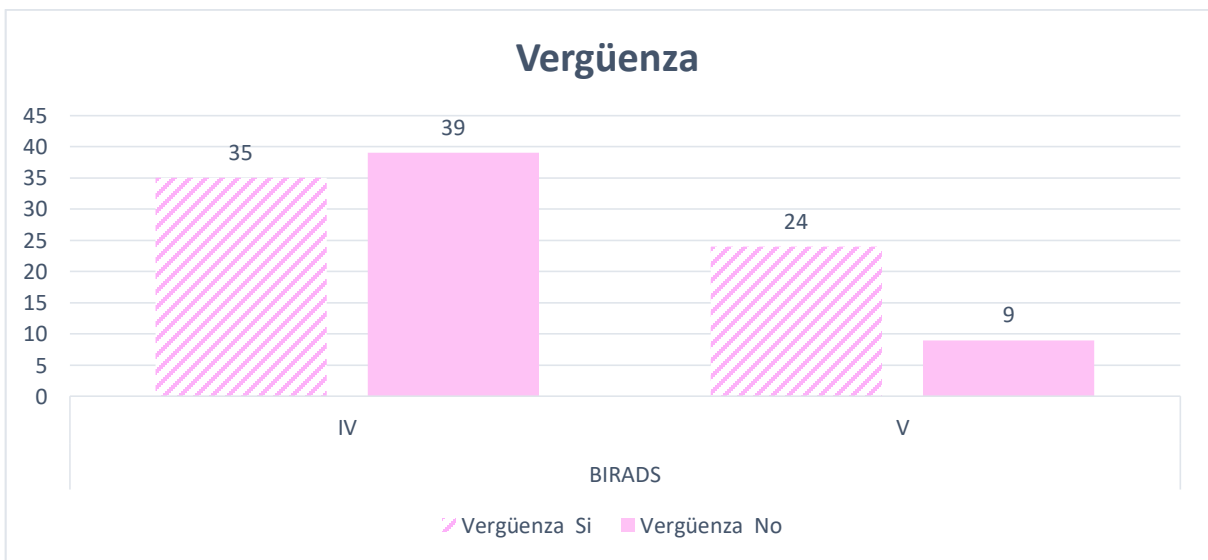
Fuente.- Base de datos RIC UMF 67

Gráfico No. 3 Pacientes con diagnóstico de cáncer de mama por diagnóstico histopatológico



Fuente.- Base de datos RIC UMF 67 y Expediente Electrónico UMF 67

Gráfico No. 4 Pacientes con diagnóstico de cáncer de mama por factor asociado a paciente: vergüenza



Fuente.- Base de datos RIC UMF 67 y Expediente Electrónico UMF 67