



BUAP

Facultad de Medicina
Unidad Medicina Familiar No.2

**“PACIENTES ATENDIDAS CON DIAGNÓSTICO DE CÁNCER DE MAMA
EN LA UMF 2 IMSS PUEBLA Y SUS FACTORES DE RIESGO”**

Tesis presentada para obtener el título de
Especialidad en **Medicina Familiar**

PRESENTA:

DRA. LESLIE CHÁVEZ MÉNDEZ

RESIDENTE DE TERCER AÑO MEDICINA FAMILIAR

DIRECTOR:

DRA. ELIZABETH MÉNDEZ FERNÁNDEZ
COORDINADOR CLÍNICO DE EDUCACIÓN

E INVESTIGACION EN SALUD

ASESOR METODOLÓGICO:

DR. JOSÉ DAVID LÓPEZ BORBOLLA

DIRECTOR DE

UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO. 2

H. Puebla de Z. Febrero 2019

Dictamen de Autorizado

Comité Local de Investigación y Ética en Investigación en Salud **2103** con número de registro **13 CI 21 114 220** ante COFEPRIS

U MED FAMILIAR NUM 2, PUEBLA

FECHA **26/09/2016**

DRA. ELIZABETH MENDEZ FERNANDEZ

P R E S E N T E

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

PACIENTES ATENDIDAS CON DIAGNOSTICO DE CANCER DE MAMA EN LA UMF 2 IMSS PUEBLA Y SUS FACTORES RIESGO".

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

Núm. de Registro

R-2016-2103-12

ATENTAMENTE

DR.(A). JOSÉ DAVID LÓPEZ BORBOLLA

Presidente del Comité Local de Investigación y Ética en Investigación en Salud No. 2103

IMSS

SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

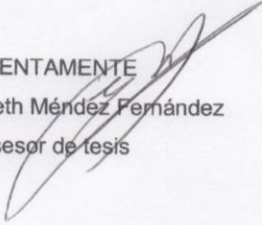
PUEBLA, PUEBLA OCTUBRE DE 2018

HOJA DE AUTORIZACIÓN DE TESIS

La que suscribe Dra. Elizabeth Méndez Fernández, Asesor de Tesis titulada "**PACIENTES ATENDIDAS CON DIAGNÓSTICO DE CÁNCER DE MAMA EN LA UMF 2 Y SUS FACTORES DE RIESGO**" realizada por la Dra. Leslie Chávez Méndez, Residente de la Especialidad en Medicina Familiar, hago constar que he revisado el contenido científico y la estructura metodológica por lo que autorizo su impresión.

ATENTAMENTE

Dra. Elizabeth Méndez Fernández
Asesor de tesis



DEDICATORIAS

Agradezco infinitamente a mi familia por siempre estar a mi lado en todo momento apoyándome en mis proyectos, han sido mi guía y mi ejemplo.
A mi novio por siempre estar a mi lado y ser el motor que me alienta a seguir adelante día con día.

AGRADECIMIENTOS

Agradezco al INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL, por brindarme la formación profesional, para desempeñarme en el ámbito tanto académico como profesional.

A todo el personal académico de este Instituto que brindó todo su apoyo.

ÍNDICE

	PÁGINA
1. RESUMEN	7
2. ANTECEDENTES	10
2.1. ANTECEDENTES GENERALES	10
2.2. ANTECEDENTES ESPECÍFICOS	12
3. JUSTIFICACIÓN	17
4. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	18
5. OBJETIVOS	19
5.1. OBJETIVO GENERAL	19
5.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS	19
6. HIPÓTESIS	20
7. MATERIAL Y MÉTODOS	21
7.1. TIPO Y DISEÑO DE INVESTIGACIÓN	21
7.2. UBICACIÓN ESPACIO –TEMPORAL	21
7.3. SELECCIÓN DE LA MUESTRA Y MUESTREO	21
7.3.1 CRITERIOS DE INCLUSIÓN	21
7.3.2. CRITERIOS DE EXCLUSIÓN	21
7.3.3. CRITERIOS DE ELIMINACIÓN	21
7.4. DISEÑO Y TIPO DE MUESTREO	21
7.5. MÉTODO DE RECOLECCIÓN DE DATOS	22
7.6 ESTRATEGIA DE TRABAJO	22
7.7. ANÁLISIS DE DATOS	22
8. BIOÉTICA	23
9. RESULTADOS	24
10. DISCUSIÓN	34
11. CONCLUSIONES	36
11.1 LIMITACIONES	37
12. PROPUESTAS	38
13. BIBLIOGRAFÍA	39
14. CONSENTIMIENTO INFORMADO	41
15. ANEXOS	43

RESUMEN

PACIENTES ATENDIDAS CON DIAGNOSTICO DE CANCER DE MAMA EN LA UMF2 IMSS PUEBLA Y SUS FACTORES DE RIESGO.

Dra. Elizabeth Méndez Fernández⁽¹⁾. Dra. Leslie Chávez Méndez ⁽²⁾. Coordinador Clínico de Educación e Investigación en Salud⁽¹⁾. Residente tercer año medicina familiar ⁽²⁾

ANTECEDENTES: El cáncer de mama es a nivel mundial, el tumor maligno más frecuente y con mayor mortalidad, en México ocupa el segundo lugar tanto en incidencia como en mortalidad. Según la NOM-041-SSA2-2011 para la Prevención, Diagnóstico, Tratamiento, Control y Vigilancia Epidemiológica del Cáncer de Mama, se deben contemplar tres medidas de detección: la autoexploración, el examen clínico de las mamas y la mastografía. Es de suma importancia la aplicación de estas medidas para su pronta detección.

OBJETIVO: Identificar los factores de riesgo para Cáncer de mama en pacientes ya diagnosticadas.

MATERIAL Y METODOS: Estudio de Casos y Controles, para valorar los factores de riesgo en pacientes con diagnóstico de Cáncer de mama, mediante la revisión del expediente clínico electrónico de 102 pacientes, de los cuales son de 51 pacientes con cáncer de mama (casos) y 51 pacientes con detección negativa de cáncer de mama (controles), en la Unidad de Medicina Familiar No. 2 IMSS, Puebla, de Febrero 2016 – Junio 2017.

RESULTADOS: Se obtuvo una muestra de 102 pacientes encontrándose una edad media de 56 años de edad y un promedio 57.3 años. Se encontró que la obesidad y uso de anticonceptivos orales por más de 5 años, fueron las variables con mayor prevalencia en cuanto a los factores de riesgo en un 35% y 47 %. El 10% presentaron menarca temprana, terapia de reemplazo hormonal 4% y antecedentes heredofamiliares de cáncer de mama 16%. Se utilizó OR para determinar factores de riesgo para desarrollar Cáncer de mama. No encontrándose relación entre cáncer de mama y los factores de riesgo analizados (uso anticonceptivos, obesidad, tabaquismo, nuliparidad, terapia de reemplazo hormonal, menarca temprana, AHF) con un intervalo de confianza mayor al 95%, una

estimación de riesgo de 0.775 (inferior 0.354 y superior de 1.471). Lo que traduce que los factores de riesgo no son predisponentes para padecer cáncer de mama en nuestra población de estudio.

ABSTRACT

PATIENTS ADVANCED WITH BREAST CANCER DIAGNOSIS IN THE UMF IMSS PUEBLA AND ITS FACTORS OF RISK.

MD. Elizabeth Méndez Fernández ⁽¹⁾. MD. Leslie Chávez Méndez ⁽²⁾. Clinical coordinator of health education and research⁽¹⁾. Resident third year family medicine ⁽²⁾.

BACKGROUND: Breast cancer is worldwide, the most frequent malignant tumor and with the highest mortality, in Mexico it occupies the second place in both incidence and mortality. According to NOM-041-SSA2-2011 for the Prevention, Diagnosis, Treatment, Control and Epidemiological Surveillance of Breast Cancer, three detection measures should be contemplated: self-examination, clinical examination of the Breast and Breast and mammography. The application of these measures for their early detection is very important.

OBJECTIVE: To identify the risk factor for Breast cancer in patients already diagnosed.

MATERIAL AND METHODS: Case Studies and Controls, to assess the risk factors in patients diagnosed with breast cancer, by reviewing the electronic clinical record of 102 patients, of which there are 51 patients with breast cancer (cases) and 51 patients with negative detection of breast cancer (controls), in Family Medicine Unit No. 2 IMSS, Puebla, February 2016 - June 2017.

RESULTS: A sample of 102 patients was obtained, with an average age of 56 years and an average of 57.3 years. It was found that obesity and the use of oral contraceptives for more than 5 years were the variables with the highest prevalence in terms of risk factors in 35% and 47%. 10% had early menarche, 4% hormone replacement therapy and hereditary family history of breast cancer 16%. OR was used to determine risk factors for developing breast cancer. No relationship was found between breast cancer and the risk factors analyzed (contraceptive use, obesity, smoking, nulliparity, hormone replacement therapy, early menarche, AHF) with a confidence interval greater than 95%, a risk estimate of 0.775 (lower 0.354 and higher of 1.471). Which translates that the risk factors are not predisposing to suffer breast cancer in our study population.

2. ANTECEDENTES

2.1 ANTECEDENTES GENERALES

La población mundial se encuentra en un proceso de evolución y envejecimiento creciente y ello implica enfrentar diferentes situaciones y cambios; entre otros está el incremento de casos de cáncer alrededor del mundo. Si bien en algunas regiones se conoce que ciertos tipos de cáncer han disminuido su incidencia (cáncer de pulmón, de colon y recto, y cáncer de mama), este avance preventivo y terapéutico no es homogéneo en países subdesarrollados porque en ellos la incidencia y mortalidad van en incremento. ⁽¹⁾

La mama constituye un órgano no solo de la estética femenina si no, además, una glándula que interviene en la lactancia materna que se localiza en la pared anterior del tórax, a cada lado de este, entre la segunda y sexta costillas, y el borde esternal y la línea axilar media. ⁽¹⁾

El cáncer de mama es una enfermedad caracterizada por la proliferación inadecuada de células que morfológica y funcionalmente son inmaduras y aberrantes, con capacidad para invadir los tejidos normales adyacentes y diseminarse a distancia. ⁽²⁾

Los cambios sociodemográficos que se han presentado durante los últimos años han favorecido que las enfermedades crónico-degenerativas, entre ellas el cáncer, impacten de manera importante las condiciones de salud de la población. La mejoría en la expectativa de vida en una población cada vez más numerosa, asociada a hábitos alimentarios, sedentarismo y obesidad, son algunos de los factores que han favorecido estos cambios epidemiológicos. El cáncer de mama es, quizás una de las patologías que mejor ejemplifica esta transición epidemiológica, ya que los factores de riesgo que se han definido para esta neoplasia prevalecen en una forma más evidente en la población femenina, que es principalmente quien lo padece. ⁽²⁾

En consecuencia el cáncer de mama es a nivel mundial, el tumor maligno más frecuente y con mayor mortalidad, incluyendo a ambos géneros, en México ocupa el segundo lugar tanto en incidencia como en mortalidad, sólo superado por el cáncer de próstata. Según Globocan de 2008, en México hubo 13,939 casos de cáncer de mama (27.2% de los casos de cáncer) y fallecieron 5,217 mujeres (10.1% de las muertes por cáncer en el

país), lo que corresponde al mayor número de muertes por cáncer en las mujeres desplazando ya tanto en incidencia como en mortalidad al cáncer cervicouterino desde el año 2006. ⁽³⁾

Esta patología es la que mayor número de defunciones produce entre mujeres de 35 a 55 años en los países desarrollados. Constituye además la tercera causa más frecuente de cáncer en el mundo (796,000 casos, en 1990), y la más alta incidencia en las mujeres (21% de todos los casos nuevos), con una tasa de crecimiento anual de 0.5%, por lo que se esperan 1.35 millones de casos nuevos para el año 2010. ⁽³⁾

Es un tumor no frecuente en menores de 25 años, y su frecuencia aumenta de forma continua con la edad, alcanzando la mayor incidencia en etapas avanzadas de la vida. Estudios realizados en las mujeres de los Estados Unidos con el objetivo de demostrar la relación existente entre tumor de mama, edad actual e incremento del riesgo de padecerlo en intervalos de 10, 20 y 30 años, demostraron que las mujeres están más expuestas a esta enfermedad a medida que envejecen. En los cuatro grupos de edades estudiados el riesgo incrementa paulatinamente siendo más llamativo en el grupo de pacientes con 60 años de edad, en el cuál el riesgo se duplica cada 10 años. Esto significa que 3 ó 4 de cada 100 mujeres que hoy en día tienen 60 años de edad contraerán cáncer de mama para cuando lleguen a los 70 años. ⁽⁴⁾

El cáncer de mama constituye un problema de salud pública y es la primera causa de incidencia y mortalidad por cáncer en la mujer adulta en Latinoamérica y en el ámbito mundial. La implementación de programas de salud para la detección precoz mediante pesquisa activa y tamizaje en mujeres sanas ha permitido el diagnóstico en etapas más tempranas, esto unido a las nuevas modalidades terapéuticas y los ensayos clínicos actuales ha permitido el conocimiento de los estadios clínicos al diagnóstico temprano y lograr mejor supervivencia en los casos diagnosticados, sin embargo a pesar de estar demostrado que es un cáncer prevenible y curable en etapas tempranas no se ha logrado en nuestro país reducir la mortalidad, se encuentra en el momento actual entre las primeras 4 causas de muerte por cáncer de la mujer. El cáncer de mama constituye un problema médico y también social y económico de gran importancia, por su frecuencia, por afectar a menudo a mujeres en la edad media de la vida (década de los 50 años), que tienen grandes responsabilidades familiares y económicas. ⁽⁵⁾

Los esfuerzos para combatir el cáncer de mama se han concentrado principalmente en diagnóstico precoz y tratamientos oportunos. Con la incorporación de programas de “tamizaje” por mastografía se diagnostican cada vez más pequeños, lo que ha logrado disminuir la mortalidad por cáncer de mama. En la actualidad, se han identificado diversos factores de riesgo que están presentes en mujeres sanas, pero que las hacen incrementar la probabilidad de presentar la enfermedad. La ventaja de conocer estos factores de riesgo, es poder reconocer grupos de mujeres de alto riesgo, cuantificar el riesgo, y clasificarlas según su nivel de riesgo y con ello elaborar estrategias de prevención que disminuyan el riesgo de desarrollar cáncer de mama en el futuro. ⁽⁶⁾

2.2 ANTECEDENTES ESPECÍFICOS

La tercera parte de los cánceres de mama se diagnostican en mujeres con edad igual o superior a 70 años y una de cada 15 mujeres en ese grupo de edad va a desarrollar este tumor. Existe una pendiente máxima de incidencia de este cáncer alrededor de los años perimenopáusicos y luego un pico entre los 75-79 años, disminuyendo posteriormente. El cambio de tendencia a esta edad puede estar sesgado por la disminución del cribado mamográfico en pacientes por encima de los 80 años. La incidencia del cáncer de mama aumenta a medida que lo hace el nivel de desarrollo económico, lo cual, junto al aumento progresivo de la esperanza de vida, ha tenido como consecuencia el hecho indiscutible de que este tumor se diagnostique cada vez más en la mujer de edad avanzada. Algunos estudios publicados indican que para el año 2035 el 60% de los nuevos casos se diagnosticarán en pacientes de más de 70 años. ⁽⁷⁾

Peña García y colaboradores realizaron un estudio en un hospital de Cuba de 2011 a 2015 con una muestra 75 pacientes (25 casos y 50 controles) analizando las variables antecedentes heredofamiliares de padecer cáncer de mama, menarca precoz, tabaquismo, uso de terapia hormonal, obesidad, nuliparidad; obteniendo como resultado que los factores de riesgo con mayor importancia fueron tabaquismo, tratamiento sustitutivo hormonal. ⁽⁸⁾

Las tasas de mortalidad por cáncer de mama en México muestran un aumento notorio en las últimas cinco décadas. Entre 1955 y 1960, la tasa era alrededor de dos a cuatro

muerter por 100,000 mujeres. Luego se elevó de manera sostenida en las mujeres adultas de todas las edades hasta alcanzar una cifra cercana a 9 por 100,000 para la mitad de la década de 1990 y se ha mantenido más o menos estable desde entonces. Se estima un incremento cercano a 16,500 nuevos casos anuales para 2020. ⁽⁹⁾

De manera general se puede observar que la tendencia de la mortalidad por grupos de edad tiene concordancia con la nacional. La tasa más elevada se ubica en el grupo de mujeres de 75 años en adelante, al pasar de 38.8 en 1980 a alcanzar el valor más alto (62.0) del periodo en 1998, y a partir de 1999 se mantuvo hasta 2008, año en que descendió a 58.9, y a 57.9 en 2009. En los grupos de 55 a 74 años de edad se presenta la misma tendencia que en el grupo anterior, con tasas que se incrementan. En cambio, en los grupos de edad de 35 a 54, aunque también existe una tendencia ascendente, a partir del 2000 tiende a decrecer.

Peña García y colaboradores en su estudio de casos y controles analizaron a 75 mujeres encontraron una media de edad de 58 años con una desviación estándar +/- 13 años y +/- 12 años para los controles. ^(8,10)

Amoretty y cols en un estudio realizado en el servicio de Oncología en el hospital Bertha Calderón Roque, Managua 2011 – 2016, donde se analizaron 50 pacientes con diagnóstico de cáncer de mama y tratamiento con mastectomía radical, con un promedio de edad de 60 años en más de un 62%, seguido de un 11% para las edades de 41-50 años. ⁽¹¹⁾

El cáncer de mama se inicia usualmente en los conductos mamarios (y por ello se denomina carcinoma ductal), aunque un 10% se inicia en los lóbulos mamarios (y se denomina entonces carcinoma lobulillar). Se sospecha que la mayoría de los carcinomas ductales se inician en una forma no invasiva (y por tanto, no grave en sí misma) que se denomina carcinoma intraductal. Este carcinoma intraductal (que debería cambiar su nombre para evitar alarmas innecesarias) no puede extenderse a distancia dando metástasis y por tanto se cura siempre por resección local. Finalmente, el cáncer de mama puede invadir los vasos sanguíneos locales y emitir células metastásicas que pueden emigrar a órganos distantes (hueso, pleura, pulmón, hígado) dando lugar a metástasis a distancia. ⁽¹²⁾

La principal condición de riesgo de aparición del cáncer mamario es la edad avanzada, presumiblemente atribuible a factores hormonales endógenos o exógenos, con 2 % a los 50 años y 10 % a los 80. En esta casuística, la enfermedad se diagnosticó con primacía entre los 51-65 años; hallazgos similares a los de Edwards, quien afirmaba en su artículo que alrededor de 18 % de los diagnósticos de esta afección se estableció en mujeres de 40-49 años y 77 % en las de 50 y más. ⁽¹³⁾

Existe un riesgo aumentado de cáncer de mama en mujeres con antecedentes familiares de este tumor, especialmente si se desarrolló en la premenopausia, si fue bilateral o sucedió en familiares de primer grado de parentesco, con un incremento mayor del riesgo a mayor número de familiares afectados. A este respecto hay que dejar bien claras las diferencias entre cáncer familiar y cáncer hereditario. En el primer caso, existen varios miembros de la misma familia afectados por la enfermedad, sin que exista transmisión autosómica dominante. Ya en el año 1995, Hoskins et al. realizaron estudios que determinaron que en su estudio el 70% de las pacientes analizadas no tenían relación con ningún antecedente heredofamiliar, solo con una probabilidad de presentarlo de un 13% ⁽¹³⁾

Los antecedentes personales de cáncer de ovario o endometrio elevan el riesgo de padecer cáncer de mama, y las mujeres que han padecido cáncer de mama tienen un riesgo aumentado de padecer cáncer en la mama contralateral. ⁽¹⁴⁾

La relación entre niveles estrogénicos y el desarrollo de cáncer de mama está claramente establecida. La exposición prolongada a altas concentraciones de estrógenos aumenta el riesgo de cáncer de mama. Se consideran factores de riesgo: menarquia precoz (antes de los 12 años), menopausia tardía, nuliparidad, tratamiento hormonal sustitutivo. Entre los factores protectores podemos destacar: lactancia materna y primer parto a edad temprana. El riesgo asociado al uso de anticonceptivos es todavía controvertido. ^(14,15)

Estudio realizado en Venezuela por Dimas E Hernández y cols, quienes analizaron a pacientes con diagnóstico de cáncer de mama; donde el 8% de las pacientes de edad media, 11% de pacientes jóvenes y 14 % de la tercera edad fueron nulíparas, se obtuvo una tendencia semejante entre las pacientes de edad media y las pacientes de tercera edad con el mismo riesgo. ⁽¹⁶⁾

Un estudio de descriptivo y transversal realizado por Cuenca Rodríguez y cols, con 70 pacientes, refieren un factor de riesgo importante la obesidad hasta en un 50% de su población estudiada. ⁽¹⁷⁾

Actualmente no es posible prevenir la aparición de un cáncer de mama, porque los principales factores de riesgo conocidos (sexo, edad, antecedentes familiares y personales, menarquia precoz, etc.) no son modificables. Por tanto, la prevención secundaria es la alternativa para interrumpir su historia natural. El cáncer de mama cumple los criterios epidemiológicos requeridos para ser susceptible de cribado: elevada morbilidad y mortalidad, prevalencia alta del estado preclínico detectable, posibilidad de tratamiento efectivo y existencia de un test de cribado de alta sensibilidad y especificidad, bajo costo y escasos efectos secundarios. El cribado se dirige a una población «asintomática», por ello debe cumplir requisitos más estrictos que los exigibles a pruebas diagnósticas empleadas en pacientes sintomáticas. ⁽¹⁸⁾

La mastografía (MX) constituye el Gold standard del tamizaje en cáncer de mama. La sensibilidad de la primera es entre el 77-95%, con una especificidad de un 95%. Ambas disminuyen en mujeres jóvenes o en aquellas con mamas más densas. Esta variabilidad depende de la experiencia del radiólogo que evalúa la prueba. Su interpretación es una labor compleja, ya que la presentación radiológica del cáncer de mama es variable y algunas lesiones requieren de entrenamiento y especialización para poder ser detectadas. ⁽¹⁹⁾

La ecografía (ECO) es un método de cribado complementario a la mastografía. Nunca sustituye a la mastografía en el cribado por sus limitaciones. Su realización por radiólogos expertos consigue valorar mejor determinados hallazgos mastográficos, otorgando un mejor grado de sospecha. ⁽¹⁹⁾

La resonancia magnética (RM) es la técnica de imagen de elección para el diagnóstico precoz del cáncer de mama en aquellas mujeres con implantes de mama, y es la técnica complementaria a la MX en el estudio de mujeres de alto riesgo. Es capaz de detectar nódulos y alteraciones de la arquitectura que la superposición de imágenes en la

mastografía convencional puede ocultar, o bien descartar alteraciones inicialmente sospechosas. Esta nueva tecnología consiste en la realización, con un mastógrafo digital especialmente adaptado, obtiene una serie de imágenes radiográficas de la mama, desde diferentes ángulos siguiendo un movimiento circular en arco. Simultáneamente el equipo realiza una mastografía digital convencional y la reconstrucción en 3D de los cortes adquiridos.⁽²⁰⁾

La precisión individual ha sido estimada en 0.58 a cinco años, utilizando como definición de riesgo un índice de Gail mayor a 1.67 a cinco años y a los 90 años. En general, a pesar de todas sus limitaciones, el Breast Cancer Risk Assessment Tool otorga en forma rápida la estimación del riesgo de cáncer de mama. Es una herramienta útil y es el modelo que ha sido utilizado y que se está utilizando en los grandes estudios de prevención.⁽²¹⁾

3. JUSTIFICACIÓN

Entre las mujeres mexicanas, el Cáncer de mama es la segunda causa de muerte, después del cáncer cérvico uterino; Según la Organización Mundial de Salud, se aproxima que a partir del 2020 se registrarán cada año 20 millones de casos nuevos en el mundo de los cuales el 70 % surgirán en países que destinan menos del 5 % de sus recursos para prevenir la enfermedad.

A pesar de que del 65% al 70% de los cánceres de mama ocurren en mujeres de 50 años o más, miles de mujeres jóvenes son diagnosticadas cada año con patología mamaria maligna. La OMS menciona que cada 11 minutos muere una mujer en el mundo a causa de este padecimiento; el cáncer se presenta actualmente como la segunda causa de muerte en México y aproximadamente el 6% de las defunciones por cáncer corresponden al cáncer de mama, ocupando el sexto lugar dentro de las causas de muerte.

Existen una serie de factores de riesgo asociados al cáncer de mama que incrementan la probabilidad de padecer este problema de salud. Existe información epidemiológica que sustenta la asociación de varios factores de riesgo con el cáncer de mama, en particular los relacionados con la etapa reproductiva, genética y factores ambientales; no se conoce cuál es la importancia real entre ellos, pero la mayoría de los profesionales de la salud están de acuerdo en que la edad constituye un riesgo mayor a padecer la enfermedad, este riesgo se incrementa a partir de los 50 años. Se ha documentado que los períodos de máxima incidencia son de entre los 45 y 49 años de edad y el segundo en la postmenopausia.

4. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Actualmente, las patologías mamarias constituyen una de las principales causas de morbimortalidad de las mujeres en el mundo. Es importante tener en cuenta que toda mujer, lleva implícito el riesgo de desarrollar en cualquier momento de su vida determinadas lesiones tumorales de mama, ya sea benigna o maligna. En las últimas décadas, las patologías han aumentado significativamente en la población femenina a nivel nacional. El cáncer de mama, no solo está apareciendo cada día en mujeres más jóvenes, sino que se encuentra dentro de las tres primeras causas de muerte, por lo que se está convirtiendo en un problema de salud a nivel mundial, que adquiere cada vez mayores dimensiones.

PREGUNTA DE LA INVESTIGACIÓN

¿Cuáles son los factores de riesgo para cáncer de mama en pacientes ya diagnosticadas en la UMF2 del IMSS Puebla?

5. OBJETIVOS.

OBJETIVO GENERAL.

Identificar los factores de riesgo para Cáncer de mama en pacientes ya diagnosticadas.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Clasificar en grupos de edad a las pacientes con cáncer de mama.
- Identificar los antecedentes familiares con cáncer de mama.
- Identificar la nuliparidad de las pacientes con cáncer de mama.
- Describir el uso anticonceptivos por más de 5 años en pacientes con cáncer de mama.
- Identificar la terapia hormonal de reemplazo en pacientes con Cáncer de mama.
- Conocer el impacto de los factores de riesgo en pacientes con Cáncer de mama.

6. HIPÓTESIS

Ho. ALTERNA

Hay relación entre los factores de riesgo para padecer cáncer de mama.

Ho. NULA

No hay relación entre los factores de riesgo para padecer cáncer de mama.

7. MATERIAL Y MÉTODOS

7.1 TIPO Y DISEÑO DE INVESTIGACIÓN

- Casos y controles
- Por la participación del investigador: el estudio es observacional.
- Por la direccionalidad: el estudio es transversal.
- Por la temporalidad: el estudio es Retrospectivo.

7.2 UBICACIÓN ESPACIO-TEMPORAL: El estudio se llevó a cabo en la Unidad de Medicina Familiar No. 2 del Instituto Mexicano del Seguro Social, delegación Puebla; de paciente con diagnóstico de cáncer. En un periodo de febrero 2016 – junio 2017.

7.3 SELECCIÓN DE LA MUESTRA Y MUESTREO

7.3.1 CRITERIOS DE INCLUSIÓN.

Pacientes con diagnóstico histopatológico de cáncer de mama. (Casos)

Pacientes con diagnóstico descartado de cáncer de mama (Controles), con exposición a los factores de riesgo de las pacientes, casos.

Pacientes con expediente clínico completo.

7.3.2 . CRITERIOS DE EXCLUSIÓN.

Pacientes que hayan fallecido por esta causa o alguna otra no asociada.

Pacientes que no acepten participar en el estudio.

7.3.3. CRITERIOS DE ELIMINACIÓN.

Pacientes que no cuenten con expediente clínico completo

7.4. DISEÑO Y TIPO DE MUESTREO.

El muestreo fue no probabilístico, la muestra estuvo determinada por todas las pacientes que reunieron los criterios de selección.

El tamaño de la muestra fue a conveniencia a la investigadora.

7.5 MÉTODO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

La población de estudio fue en base a los criterios de inclusión y de exclusión.

7.6 ESTRATEGIA DE TRABAJO.

Previa autorización del proyecto de investigación por parte del comité CLIES 2103, se solicitó autorización al director de la unidad y Jefes de servicio, para la revisión de expedientes.

Se revisaron un total de 122 expedientes de pacientes en la Unidad de Medicina Familiar No. 2. Delegación Puebla; de los cuales 71 expedientes contaban con diagnóstico histopatológico de cáncer de mama; se excluyeron 20 expedientes clínicos por no cumplir con los criterios de inclusión; además 51 expedientes de pacientes con diagnóstico descartado de cáncer de mama.

Se aplicaron lineamientos para determinar los factores de riesgo basándose en la Guía de práctica Clínica Diagnóstico y tratamiento de cáncer de mama. IMSS-232-09

Posterior se realizó el análisis estadístico, plasmándose en la base de datos.

7.7 ANÁLISIS ESTADÍSTICO

Se empleó estadística descriptiva para los datos generales de la población en estudio. Para identificar los factores de riesgo se aplicó el estudio estadístico de prueba odds ratio, mediante el cociente entre el número de veces que ocurre el suceso frente a cuántas veces no ocurre. Así un odds de 3 indica que 3 personas sufrirán el suceso frente a 1 que no lo hará.

8. BIOÉTICA.

Este estudio se realizó bajo los lineamientos del comité local de ética CLIES 2103.

Se mantuvo en todo momento la confidencialidad en el manejo de los datos personales y se respetaron los principios establecidos por la Ley General de Salud.

Se cuenta con consentimiento de autorización que fue otorgado a los investigadores por el director de la Unidad de Medicina Familiar No. 2 y jefes de servicio.

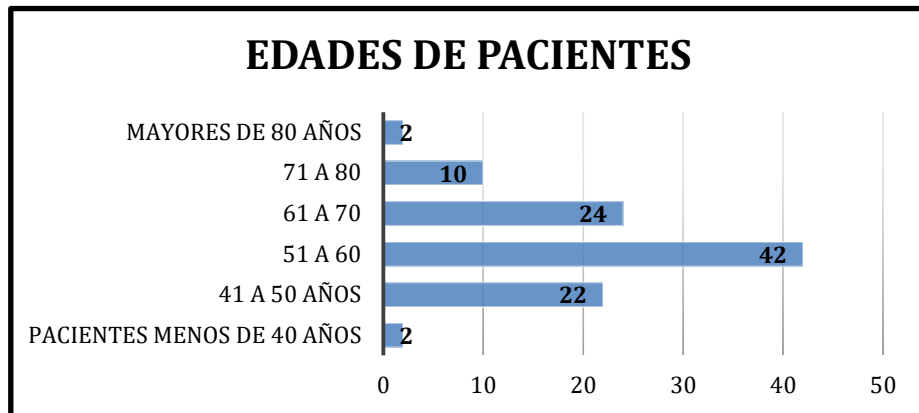
Los procedimientos propuestos están de acuerdo con las normas éticas, el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud y con la declaración de Helsinki de 1975 y sus enmiendas, así como los códigos y normas Internacionales vigentes para las buenas prácticas en la investigación clínica.

9. RESULTADOS.

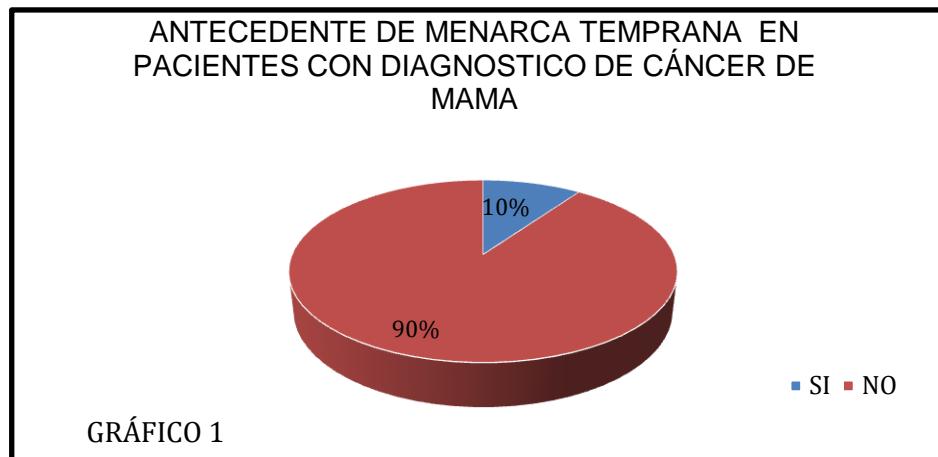
Nuestra muestra total fue de 102 pacientes, 51 pacientes con diagnóstico histopatológico de cáncer de mama (casos), y 51 pacientes con diagnóstico descartado de cáncer de mama (controles), las cuales cumplieron con los criterios de inclusión necesarios para este estudio.

Con una moda de 56 años de edad, una media de 56 años de edad, un promedio de 57.3 años. (Tabla 1)

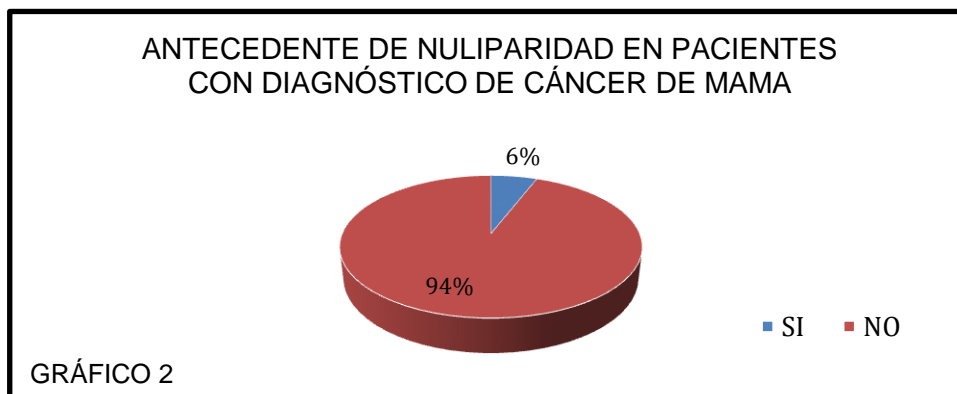
Tabla 1



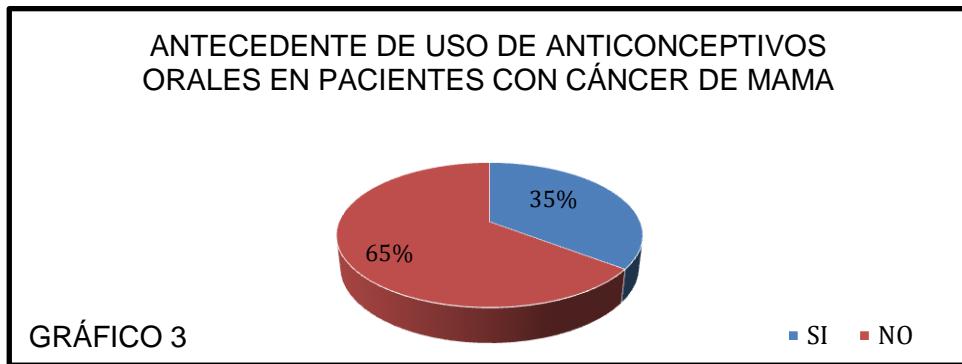
FACTORES DE RIESGO PARA CÁNCER DE MAMA



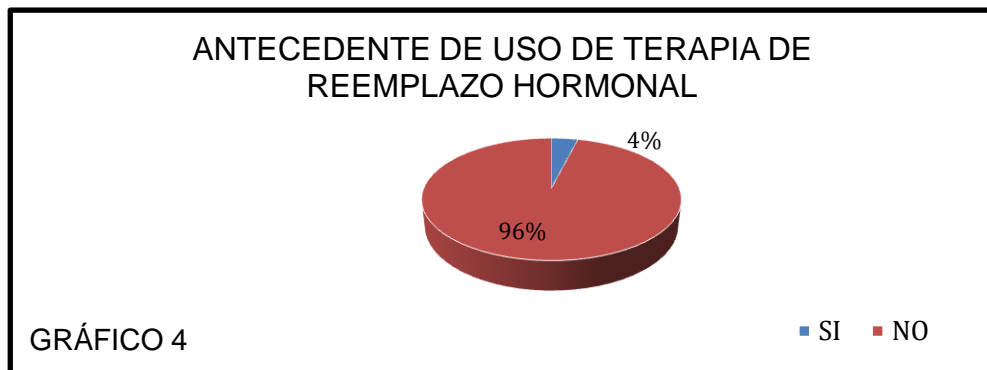
Se encontró un total de 5 pacientes con antecedentes de menarca temprana, con diagnóstico de cáncer de mama, equivalente a una 10% de la población estudiada.(gráfico 1)



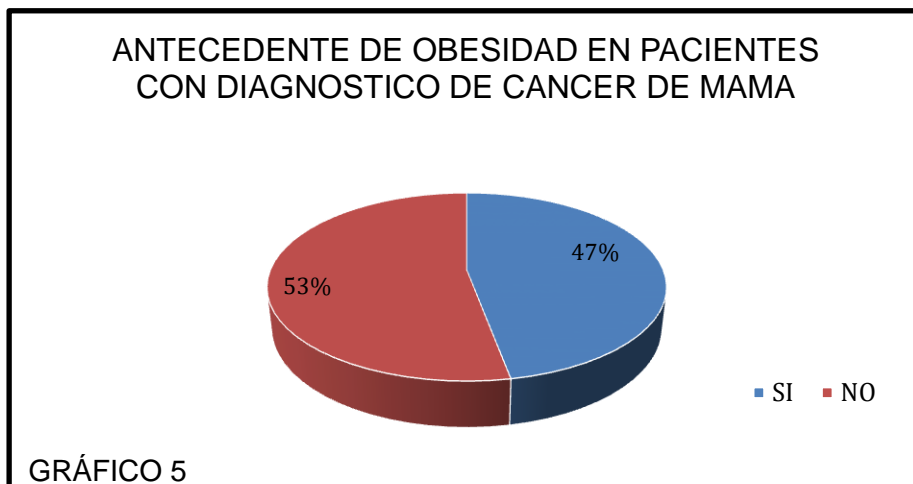
Un total de 3 pacientes con este factor de riesgo lo que equivale a un 6% de la población estudiada como casos.(gráfico 2)



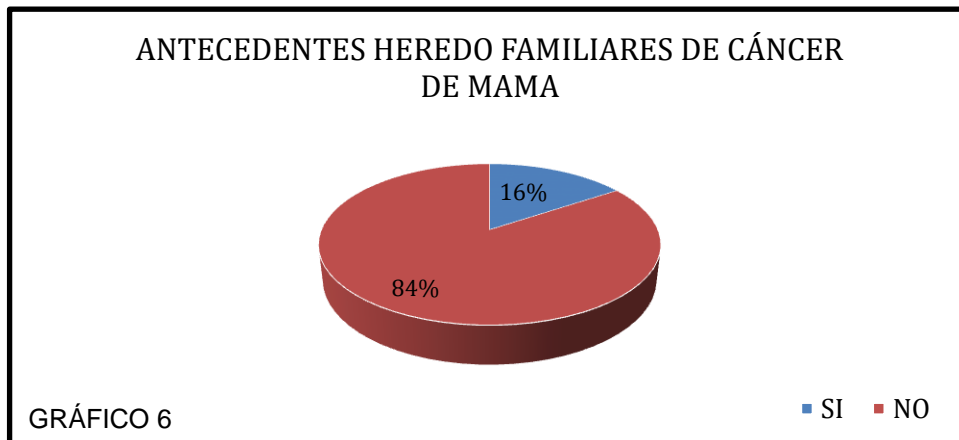
Un 65% de la población analizada presentó antecedente de uso de anticonceptivos orales por más de 5 años, con un total de 17 pacientes. (gráfico 3)



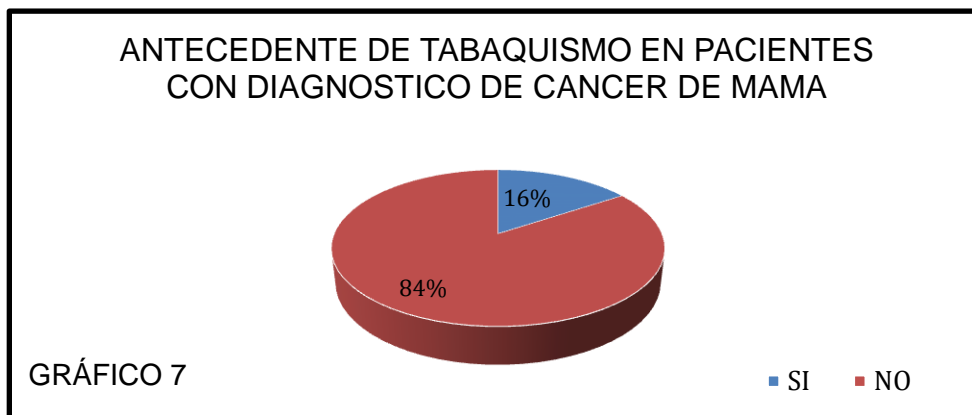
En cuanto al Uso de Terapia de Reemplazo Hormonal se encontró solo en un 4% de la población estudiada. Con un número de 2 pacientes.(gráfico 4)



La Obesidad y sobrepeso fue el factor de riesgo con mayor frecuencia encontrado en este estudio con un 53% de la población con un IMC mayor a 24.9 con un total de 24 pacientes.(gráfico 5).

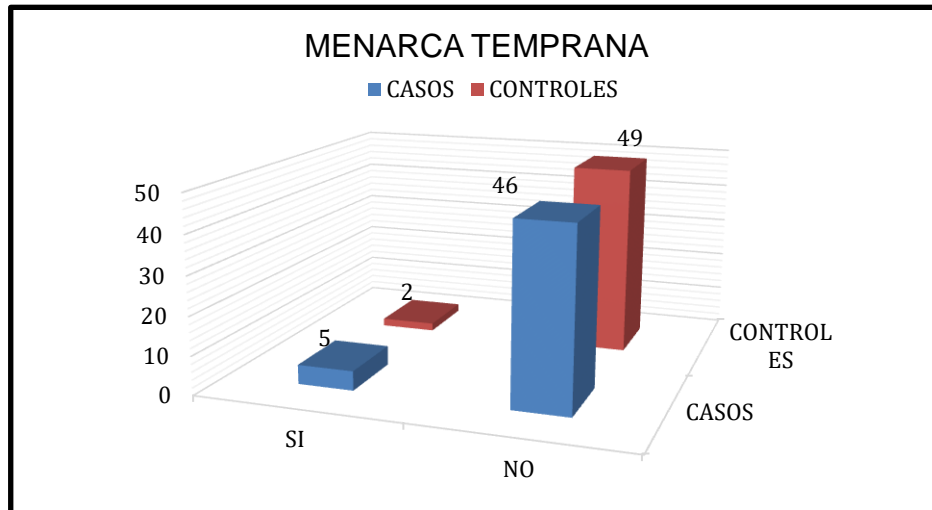


Pacientes con antecedentes heredofamiliares de cáncer de mama se encontraron 8 casos, lo que equivale a 16 % de nuestra población estudiada. (gráfica 6)

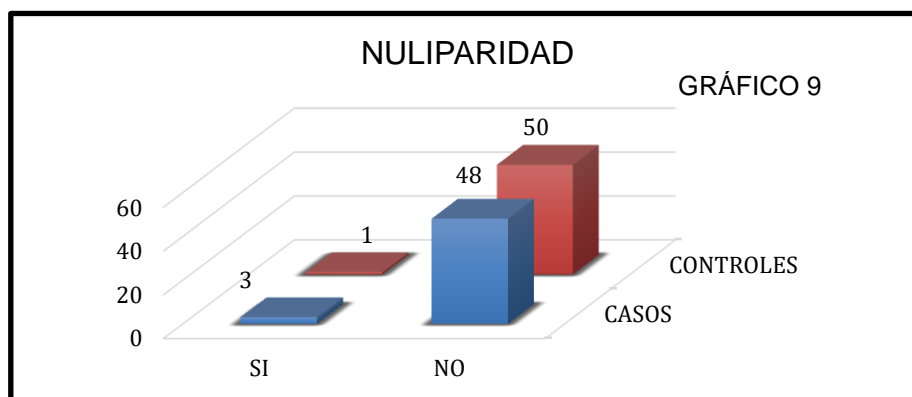


El tabaquismo positivo activo al momento del diagnóstico, se presentó solo en un 16% de la población. Solo 8 pacientes de las 51 pacientes analizadas tenía tabaquismo. (gráfica 7)

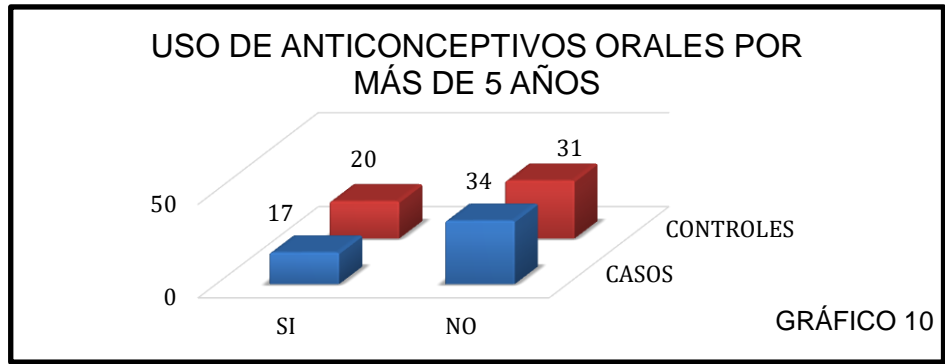
Se analizó la información encontrada en los expedientes clínicos de las pacientes en este estudio con un total de revisión de 102 expedientes tomando en cuenta casos y controles. Se obtuvieron los siguientes resultados.



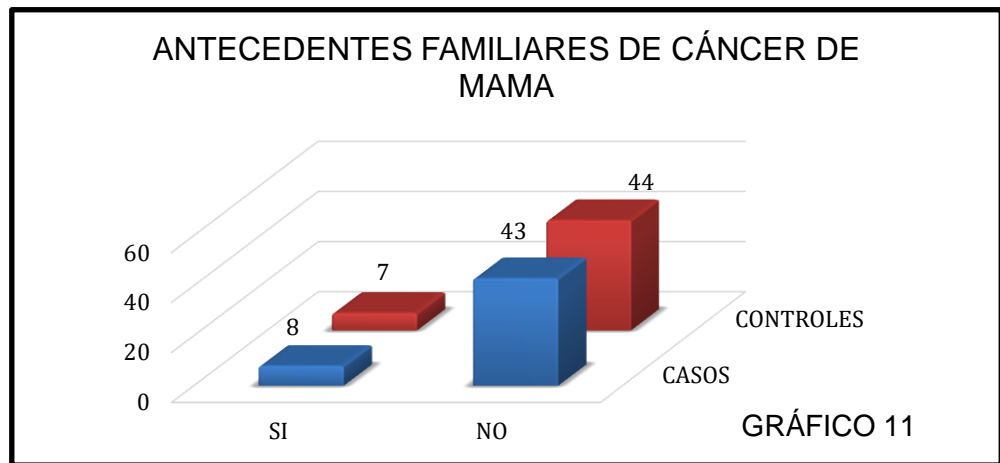
Se obtuvo en total de 2 pacientes que presentaron menarca temprano (controles) y solo un total de 5 pacientes con diagnóstico de cáncer de mama (casos) que tenían este factor de riesgo. De un total de 102 pacientes analizadas.



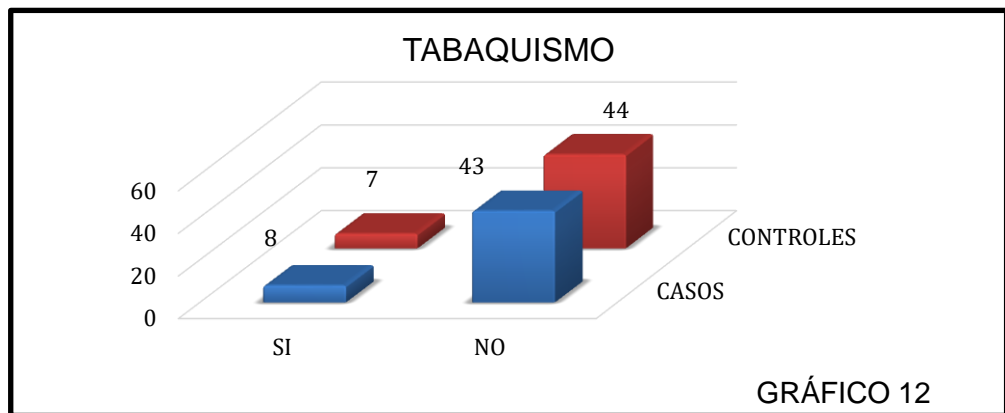
La nuliparidad como antecedentes de ginecobstetrico se encontró en un total de 3 pacientes con diagnóstico de Cáncer de mama y solo 1 presentó este factor de riesgo de los controles. (GRÁFICO 9)



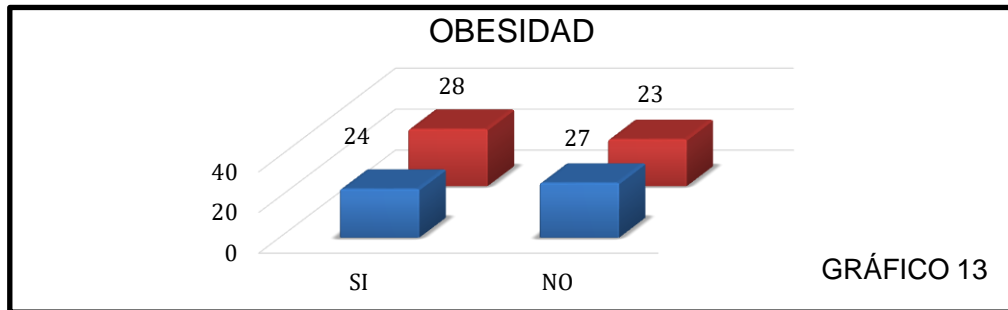
El uso de anticonceptivos orales en pacientes con cáncer de mama, fue de solo 17 mujeres con este factor de riesgo como antecedente ginecoobstétrico .(GRÁFICO 10)



Se encontraron 8 pacientes con antecedente de cáncer de mama en primera línea familiar y 43 pacientes con diagnóstico de cáncer que no tuvieron familiares de primera línea con cancer de mama. En pacientes sanas encontramos 7 pacientes con antecedente familiar de cáncer, y al momento del estudio no han presentado a enfermedad.(GRÁFICO 11)



El tabaquismo se encontró en 8 pacientes con cáncer de mama, y en 7 pacientes sanas. . (GRÁFICO 12)



Se observó que la obesidad como factor de riesgo para desarrollar cáncer de mama, es un antecedente de suma importancia, ya que 24 de la 51 pacientes estudiadas presentaban obesidad al momento del diagnóstico de cáncer de mama. (GRÁFICO 13)

Se analizaron los resultados obtenidos con prueba estadística OR, intervalo de confianza de 95 %, con un con el programa SPSS para IOS, y conocer el impacto de estos factores de riesgo identificados en nuestra población; obteniendo como resultados lo siguientes.

Para fines de este estudio en particular es que los factores de riesgo que presentaron las pacientes 51 pacientes con diagnóstico de cáncer de mama y las 51 pacientes sanas que tuvieron la misma exposición a los factores de riesgo. Se obtuvieron los siguientes resultados.

Tabla 2			
Estimación de riesgo MENARCA TEMPRANA			
Razón de ventajas para casos_ controles (caso / control)	Valor	Intervalo de confianza de 95 %	
		Inferior	Superior
		2.663	0.492

La Menarca temprana tomando en cuenta como norma la literatura pacientes menores de 12 años con un OR de 2.663 (IC de 95%) (tabla 2)

Tabla 3			
Estimación de riesgo ANTECEDENTES HEREDO FAMILIARES			
Razón de ventajas para casos_ controles (caso / control)	Valor	Intervalo de confianza de 95 %	
		Inferior	Superior
		1.169	0.39

Los Antecedentes heredofamilires de cáncer de mama como factor de riesgo tuvieron un valor OR de 1.669 (IC 95%) (tabla 3).

Tabla 4			
Estimación de riesgo NULIPARIDAD			
Razón de ventajas para casos_ controles (caso / control)	Valor	Intervalo de confianza de 95 %	
		Inferior	Superior
		3.125	0.314

La Nuliparidad presentó un valor de OR de 3.121 (IC 95%) con intervalo de confianza de 0.314 – 31.094 por lo que este factor de riesgo no fue predisponente para nuestra población estudiada. (tabla 4)

Tabla 5			
Estimación de riesgo TABAQUISMO			
Razón de ventajas para casos_ controles (caso / control)	Valor	Intervalo de confianza de 95 %	
		Inferior	Superior
		1.169	0.39

El Tabaquismo positivo en nuestras pacientes representó un OR de 1.669 (IC 95%) (tabla 5)

Tabla 6			
Estimación de riesgo OBESIDAD			
Razón de ventajas para casos_ controles (caso / control)	Valor	Intervalo de confianza de 95 %	
		Inferior	Superior
		0.730	0.335

La obesidad presentó un OR de 0.73 (IC 95), con un intervalo de confianza de 0.335 – 1.591 (tabla 6)

Tabla 7			
Estimación de riesgo USO DE ANTICONCEPTIVOS ORALES			
Razón de ventajas para casos_ controles (caso / control)	Valor	Intervalo de confianza de 95 %	
		Inferior	Superior
		0.775	0.345

El uso de anticonceptivos orales por más de 5 años tuvo un OR de 0.775 con un intervalo de confianza de 95%. (TABLA 7)

Tabla 8 Estimación de riesgo USO DE TERAPIA DE REEMPLAZO HORMONAL			
Razón de ventajas para casos_ controles (caso / control)	Valor	Intervalo de confianza de 95 %	
		Inferior	Superior
		0.961	0.909

El Uso de terapia reemplazo hormonal se obtuvo un OR de 0.961 (IC de 95%) con un intervalo de confianza de 0.909 – 1.016. (tabla 8)

10.DISCUSIÒN

La incidencia a nivel mundial de càncer de mama continúa en aumento día a día; es por ello que los sistemas de salud han invertido en estrategias para un diagnóstico temprano y mejorar el pronóstico de las pacientes. Se han realizado sin número de estudios alrededor del mundo, enfocados principalmente en la determinación e impacto de los factores de riesgo para desarrollar càncer de mama.

En este estudio encontramos que la obesidad fue el factor de riesgo para desarrollar càncer de mama, más frecuente en las pacientes con un 53% del total de nuestra población; estos resultados son muy similares a los encontrados en el estudio realizado en el centro Oncología de ISSEMyM en el año 2011 – 2012 donde se analizaron a 115 pacientes con diagnóstico histopatológico de càncer de mama y 115 pacientes sanas, para conocer los factores de riesgo para desarrollar càncer, se encontró como factor de riesgo más prevalente con un 53.9%, la obesidad.

Otros factores de riesgo analizados en este estudio fueron: la menarca tempranas (menos de 12 años) se ha vinculado con un incremento del riesgo de padecer càncer de mama, de entre un 10%, en comparación con las mujeres cuya primera menstruación fue después de los 14 años. La nuliparidad también se ha relacionado con un mayor riesgo de hasta un 6%. Dimas E Hernández y cols a diferencia de nuestro estudio encontraron una frecuencia de nuliparidad entre 8-14%.

Existen un número significativo de estudios que analizan los factores de riesgo en diferentes poblaciones de cada país; siendo que esta patología es multifactorial los resultados varían de acuerdo a la población analizada; un estudio de casos y controles realizado en Cuba en un periodo comprendido entre 2011 – 2015, en el cual obtuvieron que presencia de antecedentes heredofamiliares de càncer de mama era el factor de riesgo más significativo en su población de hasta un 60% en los casos y un 52% en los controles. En este estudio encontramos que los principales factores de riesgo encontrados en nuestra población fueron la obesidad y el uso de anticonceptivos orales por más de 5 años.

Existen muchos métodos imagenológicos para diagnosticar cáncer de mama, sin embargo es de suma importancia mencionar que la herramienta más importante con la que cuenta el médico es la exploración física y una adecuada anamnesis para realizar un tamizaje adecuado a toda la población

11. CONCLUSIONES

Como conclusión de este estudio se pudieron identificar los principales factores de riesgo para desarrollar cáncer de mama en la población de la Unidad de Medicina Familiar no. 2 IMSS, Delegación Puebla; encontrándose que el uso de anticonceptivo orales por más de 5 años y la obesidad en un 65% y 54% respectivamente, fueron los más prevalentes en nuestra población con dicha patología.

Posterior a realizar el análisis estadístico de los factores de riesgo encontramos que en nuestra población no fueron predisponentes para desarrollar cáncer de mama; sin embargo el factores de riesgo es la obesidad que presentan en la mayoría de nuestra población, es por ello que como médicos de primer nivel de atención y con enfoque preventivo, se debe prevenir este factor de riesgo modificable en nuestra población; así también debemos mencionar el uso de anticonceptivos hormonales orales por más de 5 años como factor de riesgo importante.

Identificando de forma oportuna los factores de riesgo con una adecuada historia clínica, para realizar un adecuado tamizaje y prevención el cáncer de mama en nuestra población.

LIMITACIONES

En este estudio se pudo observar que existen ya como la literatura y otras investigaciones de esta índole lo demuestran, que etiología del Cáncer de mama es multifactorial; teniendo una gran importancia los factores de riesgo en nuestra población, sin embargo al iniciar este estudio nos pudimos percatar que el expediente clínico es nuestra principal arma para obtener dicha información en la historia clínica. Se encontraron historias clínicas con información incompleta, por lo cual aplicaron los criterios de exclusión en 20 expedientes clínicos de pacientes con historia clínica incompleta. Por tal motivo, el número de casos que fueron analizados en este estudio fue menor al número de pacientes reales con cáncer de mama.

12. PROPUESTAS

Recordemos que el primer nivel de atención debe tener un enfoque principalmente preventivo de las patologías que afectan a toda la población.

No debemos olvidar las herramientas clínicas con las que contamos los médicos, como lo son realizar una adecuada exploración física y una completa historia clínica a todos nuestros pacientes para identificar los factores de riesgo; cabe mencionar que haciendo uso de estrategias creadas por el Instituto Mexicano del Seguro Social como lo es el RIC (Registro Nacional de Cáncer), plataforma que fue creada en el año 2015 con el objetivo de recopilar y clasificar todos los nuevos casos de Cáncer en nuestro país, y así mejora en la calidad de atención a la población. Esto ayudara a los médicos en todos los niveles de atención a tener un adecuado seguimiento de los pacientes diagnosticados con cáncer.

Es importante mencionar que se realizó un estudio de casos y controles, donde la población analizada, sin presencia de la enfermedad al momento del estudio, está expuesta a los mismos factores de riesgo que las paciente con cáncer de mama; como recomendación a próximos estudios es, realizar seguimiento a esas pacientes identificadas con factores de riesgo en un estudio de seguimiento. Y realizar un enfoque preventivo para modificar esos factores de riesgo en todas esas pacientes que sean identificadas a lo largo de los estudios.

13. BIBLIOGRAFÍA

1.- Martínez Y, Escudero P, et al. Epidemiología del cáncer en pacientes adultos del Hospital de Oncología del Centro Médico Siglo XXI, Instituto Mexicano del Seguro Social. Cir Cir 2013; 81:508-516.

2.- Pérez G, Álvarez J, et al. Actividades educativas en mujeres con factores de riesgo de cáncer de mama. MEDISAN 2011; 15:754-761.

3.- Márquez G. Cáncer de mama. Perinatol Reprod Hum 2012; 26:81-82.

4.- Sánchez J, Verga B. Cáncer de mama: ¿Es posible prevenirlo? Rev. Ciencias Médicas 2011; 15:14-28.

5.- Ruiz R, Rubio M, et al. Experiencia en mujeres con cáncer de mama durante un trienio. Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología. 2011; 37:349-358.

6.- Peralta O. CÁNCER DE MAMA: ESTRATEGIAS DE PREVENCIÓN Y VIGILANCIA SEGÚN NIVEL DE RIESGO. REV. MED. CLIN. CONDES 2011; 22:436-443.

7.- Díaz N, Cuadrado C, et al. Actualización del cáncer de mama en atención primaria (V/V). Semergen 2014; 10.1016/j.semerg.2014.03.014.

8.- Yoenny Peña García¹ Maikel Maceo González Diamela Ávila Céspedes Licet Utria Velázquez Yohandra Más . Risk Factors for Breast Cancer in the Female Population. 2017

9.- Grajales E, Cazares C, et al. Factores de riesgo para el cáncer de mama en México: revisión de estudios en poblaciones mexicanas y México-americanas. CES Salud Pública. 2014; 5:50-58.

10.- De la Vara E, Suárez L, et al. Tendencias de la mortalidad por cáncer de mama en México, 1980-2009. Salud Publica Mex 2011; 53:385-393.

11.- Álvarez C, Vich P, et al. Actualización del cáncer de mama en Atención Primaria (III/V). Semergen. 2014; 10.1016/j.semerg.2014.04.006.

12.- Martín M, Herrero A, et al. EL CÁNCER DE MAMA. Arbor 2015; 191:10.3989/arbor.2015.773n3004.

13.- Núñez A, Frómata C, et al. Factores ambientales y genéticos asociados al cáncer de mama en féminas del área de salud "28 de Septiembre". MEDISAN 2011; 15:162-169.

14.- Vich P, Brusint B, et al. Actualización del cáncer de mama en Atención Primaria (I/V). Semergen. 2014; 40:326-333.

- 15.- Martín M, Arroyo M, et al. Cáncer de mama. *Medicine*. 2013; 11:1629-40.
- 16.- Hernández D, Borgas R, et al. Cáncer de Mama en Mujeres de Edad Media. Evaluación de los Factores de Riesgo. *Revista Venezolana de Oncología* 2011; 23:238-245.
- 17.- Cuenca C, Despaigne A, et al. Factores de riesgo de cáncer de mama en mujeres pertenecientes a un consultorio médico del Centro Urbano "José Martí". *MEDISAN* 2013; 17:4089-4095.
- 18.- Ricardo J, Rodríguez R. Factores asociados a la aparición del cáncer de mama en un área de salud rural. *MEDISAN* 2012; 16:1025-1032.
- 19.- Mellado M, Osa A. Breast cancer screening: Current status. *Radiología*. 2013; 55:305-314.
- 20.- Vich P, Brusint B, et al. Actualización del cáncer de mama en Atención Primaria (II/V). *Semergen*. 2014; 40:381-391.
- 21.- Carrillo R, Baza J, et al. Riesgo de cáncer de mama. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc* 2011; 49:655-658.
- 22.- Arce C, Lara F, et al. Evaluación del tratamiento del cáncer de mama en una institución del tercer nivel con el Seguro Popular, México. *Revista de Investigación Clínica* 2012; 64:9-16.
- 23.- Álvarez C, Brusint B, et al. Actualización del cáncer de mama en atención primaria (IV/V). *Semergen*. 2014; 10.1016/j.semereg.2014.03.004.
24. Lew JQ, Freedman ND, Leitzmann MF, Brinton LA, Hoover RN, Hollenbeck AR, Schatzkin A, Park Y. Alcohol and risk of breast cancer by histologic type and hormone receptor status in postmenopausal women. *Am J Epidemiol* 2009; 170: 308-317.
25. Romero-Figueroa MS, Santillán-Arreygue L, Olvera-Hernández PC, Morales-Sánchez MA, Ramírez-Mendiola VL. Frecuencia de factores de riesgo de cáncer de mama. *Ginecol Obstet Mex* 2008; 76 (11): 667-72.
26. Factores de riesgo como pronóstico de padecer cáncer de mama en un estado de México. M.a J. Aguilar Cordero, M. Neri Sánchez, C. A. Padilla López, M. L. Pimentel Ramírez, A. García Rillo y A. M. Sánchez López. 2012

14. CONSENTIMIENTO INFORMADO

		INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN Y POLÍTICAS DE SALUD COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD
CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO (ADULTOS)		
CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN		
Nombre del estudio:	"PACIENTES ATENDIDAS CON DIAGNOSTICO DE CÁNCER DE MAMA EN LA UMF 2 IMSS PUEBLA Y SUS FACTORES RIESGO."	
Patrocinador externo (si aplica):	Ninguno	
Lugar y fecha:	Unidad de Medicina Familiar no 2 IMSS Puebla en el mes de Febrero 2016 a Junio del 2017.	
Número de registro:	R-2016-2103-12	
Justificación y objetivo del estudio:	EXISTEN UNA SERIE DE FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS AL CÁNCER DE MAMA QUE INCREMENTAN LA PROBABILIDAD DE PADECER ESTE PROBLEMA DE SALUD, Y SE DEFINE AL FACTOR DE RIESGO COMO EL CONJUNTO DE CONDICIONES PARTICULARES QUE INCREMENTAN LA PROBABILIDAD DE DESARROLLAR ESTA PATOLOGÍA. EXISTE INFORMACIÓN EPIDEMIOLÓGICA QUE SUSTENTA LA ASOCIACIÓN DE VARIOS FACTORES DE RIESGO CON EL CÁNCER DE MAMA, EN PARTICULAR LOS RELACIONADOS CON LA ETAPA REPRODUCTIVA, VARIACIÓN GEOGRÁFICA, GENÉTICA Y FACTORES AMBIENTALES; NO SE CONOCE CUÁL ES LA IMPORTANCIA REAL ENTRE ELLOS, PERO LA MAYORÍA DE LOS PROFESIONALES DE LA SALUD ESTÁN DE ACUERDO EN QUE LA EDAD CONSTITUYE UN RIESGO MAYOR A PADECER LA ENFERMEDAD, ESTE RIESGO SE INCREMENTA A PARTIR DE LOS 50 AÑOS ESTIMADO SEÑOR(A) SI USTED ACEPTA PARTICIPAR EN NUESTRO ESTUDIO SE LE APLICARÁ UN CUESTIONARIO PARA IDENTIFICAR FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS AL CÁNCER DE MAMA.	
Procedimientos:	Estimado señor o señora no genera ningún riesgo.	
Posibles riesgos y molestias:	SE LE OTORGARÁN RECOMENDACIONES A SEGUIR DE ACUERDO A SU GRADO DE RIESGO Y SU ENVÍO A UN 2º NIVEL DE ATENCIÓN EN CASO NECESARIO.	
Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio:	ESTIMADA PACIENTE USTED AL TÉRMINO DEL CUESTIONARIO SE LE DARÁN A CONOCER LOS FACTORES DE RIESGO RELACIONADOS CON EL DESARROLLO DEL CÁNCER DE MAMA, PARA SU PROPIO NÚCLEO FAMILIAR COMO AMISTADES, Y CONOCERÁ EL SEGUIMIENTO NECESARIO RELACIONADO CON SU PATOLOGÍA.	
Información sobre resultados y alternativas de tratamiento:	USTED PODRÁ RETIRARSE DEL ESTUDIO EN EL MOMENTO EN QUE LO DESEE.	
Participación o retiro:	EL EQUIPO DE INVESTIGADORES RESGUARDARÁ SU INFORMACIÓN EN TODO MOMENTO Y SE MANEJARÁ DE MANERA CONFIDENCIAL. SOLO SE UTILIZARÁ PARA LOS FINES DEL ESTUDIO MENCIONADO Y NADIE MÁS TENDRÁ ACCESO SUS DATOS PERSONALES CUIDANDO LOS ASPECTOS ÉTICOS DEL PROCESO DE INVESTIGACIÓN	
Privacidad y confidencialidad:		
En caso de colección de material biológico (si aplica):	<input type="checkbox"/> No autoriza que se tome la muestra. <input type="checkbox"/> Si autorizo que se tome la muestra solo para este estudio. <input type="checkbox"/> Si autorizo que se tome la muestra para este estudio y estudios futuros.	
Disponibilidad de tratamiento médico en derechohabientes (si aplica):		
Beneficios al término del estudio:	DETECTAR FACTORES DE RIESGO PARA CÁNCER DE MAMA	
En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con el estudio podrá dirigirse a:		
Investigador Responsable:	DRA. ELIZABETH MENDEZ FERNANDEZ 2223107847	
Colaboradores:	DRA. LESLIE CHÁVEZ MÉNDEZ 2221239212	
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 Cusuhútemoc 330 4º piso Bloque "B" de la Unidad de Congressos, Colonia Doctores, México, D.F., CP 06720. Teléfono (55) 56 27 69 00 extensión 21230. Correo electrónico: comision.etica@imss.gob.mx	
_____ Nombre y firma del sujeto	_____ DRA. LESLIE CHAVEZ MENDEZ Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento	
_____ Testigo 1	_____ Testigo 2	
_____ Nombre, dirección, relación y firma	_____ Nombre, dirección, relación y firma	
Este formato constituye una guía que deberá completarse de acuerdo con las características propias de cada protocolo de investigación, sin omitir información relevante del estudio		
Clave: 2810-009-013		



Heroica Puebla de Zaragoza; a 24 de Mayo de 2017

Dr. José David López Borbolla
Director Unidad de Medicina Familiar No. 2
IMSS DELEGACIÓN PUEBLA

Con la atención a Dra. Elizabeth Méndez Fernández
Jefes de Servicio Medico

Por medio del presente le envío un cordial saludo; el motivo del presente oficio es solicitar la autorización para revisión de expedientes clínicos de pacientes adscritos a la unidad de medicina familiar No. 2 Delegación Puebla; Con el fin de complementar y recabar la información necesaria para la realización del trabajo de investigación con título: "Pacientes atendidas con diagnóstico de Cáncer de Mama en la UMF 2 Puebla y sus Factores de Riesgo". Con Número de Registro R-2016-2103-12, recordando que la información obtenida será exclusivamente para fines de investigación cumpliendo los criterios de confidencialidad.

Sin más por el momento y esperando una respuesta favorable a esta petición, y agradeciendo de antemano su apoyo me despido con un cordial saludo.

ATENTAMENTE

Dra. Leslie Chávez Méndez Matricula 98228358
Médico Residente de Segundo año de la Especialidad en Medicina Familiar.
Matricula 98228358

Dr. José David López Borbolla
Dir. U.M.F. 2
Ced. Prof. 26961
Mat. 1429411
IMSS

CC. Dra. Elizabeth Méndez Fernández
Coordinadora de Educación e Investigación en Salud

15. ANEXOS

HOJA DE RECOLECCION DE DATOS		
FOLIO:		
FICHA DE IDENTIFICACIÓN		
NOMBRE:		
NSS:		
SEXO:		
EDAD:		
FACTORES DE RIESGO:		
	SI	NO
MENARCA TEMPRANA		
NULIPARIDAD		
USO DE ANTICONCEPTIVOS MAYOR A 5 AÑOS		
USO DE TERAPIA DE REEMPLAZO HORMONAL		
OBESIDAD		
TABAQUISMO		
ANTECEDENTES FAMILIARES CON CA DE MAMA		