



Salud Pública de México

ISSN: 0036-3634

spm@insp.mx

Instituto Nacional de Salud Pública
México

López-Carrillo, Lizbeth; Suárez-López, Leticia; Torres-Sánchez, Luisa
Detección del cáncer de mama en México: síntesis de los resultados de la Encuesta Nacional de
Salud Reproductiva
Salud Pública de México, vol. 51, núm. 2, 2009, pp. s345-s349
Instituto Nacional de Salud Pública
Cuernavaca, México

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=10616164027>

- Cómo citar el artículo
- Número completo
- Más información del artículo
- Página de la revista en redalyc.org

redalyc.org

Sistema de Información Científica
Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal
Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto

Detección del cáncer de mama en México: síntesis de los resultados de la Encuesta Nacional de Salud Reproductiva

Lizbeth López-Carrillo, DSP,⁽¹⁾ Leticia Suárez-López, DCPol y Soc,⁽¹⁾ Luisa Torres-Sánchez, DSP,⁽¹⁾

López Carrillo L, Suárez-López L, Torres-Sánchez L.
Detección del cáncer de mama en México: síntesis
de los resultados de la Encuesta Nacional
de Salud Reproductiva.
Salud Publica Mex 2009;51 suppl 2:S345-S349.

Resumen

Objetivo. Presentar una síntesis de los resultados de la Encuesta Nacional de Salud Reproductiva 2003 sobre la práctica de revisión y examen clínico de los senos. **Material y métodos.** Por medio de estadísticas descriptivas y modelos de regresión múltiple se identificaron las principales características sociodemográficas y sitios de información sobre la práctica de revisión y el examen clínico de los senos en cerca de 20 000 mujeres, de 15 a 49 años, residentes en áreas rurales y urbanas del país. **Resultados.** Las mujeres jóvenes con menor escolaridad y estrato socioeconómico, residentes de áreas urbanas, informaron una práctica significativamente baja tanto de la revisión como del examen clínico de los senos. La frecuencia de mujeres con cáncer de mama (CaMa) fue mayor en el área rural respecto de la urbana. **Conclusiones.** Es necesario establecer medidas para la estandarización y control de la calidad del examen clínico de los senos y coadyuvar a la prevención y control del CaMa en México.

Palabras clave: autoexamen de mamas; examen clínico de los senos; cáncer de mama; Encuesta Nacional de Salud Reproductiva; México

López Carrillo L, Suárez-López L, Torres-Sánchez L.
Breast cancer examination in Mexico: Summary
of the results from the National Survey
of Reproductive Health 2003.
Salud Publica Mex 2009;51 suppl 2:S345-S349.

Abstract

Objective. To present a summary of the results of the National Survey of Reproductive Health 2003 regarding the practice of self and clinical breast examination. **Material and Methods.** The main sociodemographic characteristics and site of information about self and clinical breast examination, in 20 000 women 15 to 49 years of age residing in rural and urban areas, were identified by simple statistics and logistic regression models. **Results.** Younger women with lower scholarship and socioeconomic status residing in rural areas informed a statistically lower self and clinical breast examination. A higher frequency of breast cancer was found in rural vs. urban area. **Conclusions.** Strategies for standardization and quality control for the clinical breast examination are needed to contribute in the prevention and control of breast cancer in Mexico.

Key words: breast self-examination; clinical breast examination; breast cancer; National Reproductive Health Survey, Mexico

Este trabajo es una actualización del artículo originalmente publicado en: *La salud reproductiva en México. Análisis de la Encuesta Nacional de Salud Reproductiva 2003*. México: CRIM/UNAM, 2007.

(1) Centro de Investigación en Salud Poblacional. Instituto Nacional de Salud Pública, México.

Solicitud de sobretiros: Dra. Lizbeth López-Carrillo. Instituto Nacional de Salud Pública. Av. Universidad 655,
Col. Santa María Ahuacatitlán. C.P. 62508, Cuernavaca, Morelos, México.
Correo electrónico: lizbeth@insp.mx

La supervivencia del cáncer de mama (CaMa) depende sobre todo de su detección, diagnóstico y tratamiento oportunos. La mamografía es la herramienta diagnóstica más utilizada en los programas de tamizaje y diagnóstico de CM; no obstante, la efectividad de la autoexploración de los senos y el examen clínico en la mortalidad por CM es todavía tema de debate en relación con su utilidad como herramientas diagnósticas auxiliares en países en desarrollo.^{1,2}

De acuerdo con el concepto de salud reproductiva adoptado en México a partir de la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo, llevada a cabo en El Cairo en 1994,³ la Encuesta Nacional de Salud Reproductiva (ENSAR) del año 2003 tomó en consideración la infertilidad, la menopausia, el cáncer cervicouterino y el cáncer de mama; dicha encuesta se enmarca dentro de la serie de encuestas nacionales sobre fecundidad y aspectos reproductivos que se han realizado en México desde 1976.⁴⁻¹¹

En este trabajo se presenta una síntesis de los resultados publicados con anterioridad¹² sobre la práctica de revisión y el examen clínico de los senos, en cerca de 20 000 mujeres de 15 a 49 años residentes en áreas rurales y urbanas del país.

Material y métodos

La ENSAR tiene carácter nacional y cuenta con representatividad urbana y rural para ocho entidades federativas (Chiapas, Guerrero, Oaxaca, Guanajuato, Puebla, San Luis Potosí, Sonora y Tamaulipas). La población de estudio se conformó, en primera instancia, con los hogares y, de modo subsecuente, con todas las mujeres de 15 a 49 años de edad que residían habitualmente en el hogar. Esta encuesta tuvo un esquema de muestreo probabilístico, polietápico y estratificado. La estratificación de las unidades muestrales se estableció mediante tres criterios: geográfico, tamaño de la localidad y características sociodemográficas. En total se visitaron 20 420 viviendas, en las cuales se identificaron 21 296 hogares y de éstos se obtuvo una entrevista completa en 19 710.

La población notificada en este trabajo está constituida por: a) las mujeres que revisan sus senos ($n=13\ 868$), b) las mujeres que acuden con el personal de salud a revisar sus senos ($n=6\ 668$) y c) las mujeres a las que se le detectaron abultamientos en los senos ($n=1\ 227$). En vista del diseño muestral y metodológico de la encuesta, esta información es representativa de 20 252 561 mujeres de todo el país que revisan sus senos, de 10 289 232 mujeres que acuden con el personal de salud para la exploración de las mamas y de 1 740 695 mujeres a las que se les detectaron abultamientos en los senos.

Por medio de análisis descriptivos y modelos de regresión logística se describen la prevalencia y los

factores relacionados con la práctica de la revisión de los senos y el examen clínico de las mamas. El paquete estadístico usado fue el STATA 9.0.*

Resultados

De acuerdo con los resultados de la ENSAR, 74% de las mujeres revisa sus mamas y un porcentaje menor (37.4%) acude al personal de salud para la revisión clínica de éstas. Como se observa en la figura 1, las principales características vinculadas con la revisión de los senos fueron la edad, el lugar de residencia, la escolaridad y el nivel socioeconómico. Dicha revisión fue significativamente mayor en las mujeres residentes de áreas urbanas respecto de las residentes de áreas rurales. Asimismo, se observó un incremento significativo de esta práctica conforme aumentó la edad, la escolaridad y el nivel socioeconómico de las entrevistadas.

Los motivos mencionados con más frecuencia por las mujeres que no revisan sus mamas fueron: no consideran que sea una práctica importante o no saben cómo realizarla. Las razones anteriores no variaron significativamente de acuerdo con el nivel de escolaridad de las entrevistadas (figura 2).

Casi la mitad de las mujeres que revisan sus mamas lo hace más de una vez al mes, y apenas 10% lo hace menos de una vez al mes. La frecuencia de esta práctica no varió de acuerdo con la zona de residencia ni el estrato socioeconómico.

Las unidades de la Secretaría de Salud fueron los lugares que proporcionaron con más frecuencia a las mujeres del área rural o con muy bajos recursos económicos la información para revisarse las mamas, en contraste con las mujeres del área urbana o con altos recursos económicos, que recibieron esa información sobre todo en su sitio de trabajo o la escuela.

Los determinantes sociodemográficos más importantes de la práctica de la revisión de las mamas se muestran en el cuadro I. Tanto la edad como la residencia y la escolaridad tuvieron un efecto significativo en la revisión de las mamas. En consecuencia, al ajustar por el efecto simultáneo de estas variables, la revisión de las mamas es tres veces más frecuente en las mujeres mayores de 30 años comparadas con aquéllas de 15 a 20 años ($RM=3.2$; $IC95\%: 2.7-3.9$); las mujeres que residen en áreas urbanas revisan sus mamas el doble de veces que las residentes en áreas rurales ($RM=1.9$; $IC95\%: 1.7-2.2$) y las mujeres con escolaridad de al menos preparatoria llevan a cabo esta práctica seis veces más frecuentemente que las mujeres sin estudios ($RM=6.0$; $IC95\%: 4.4-8.2$).

* College Station, TX: Stata Corp, LP 2005.

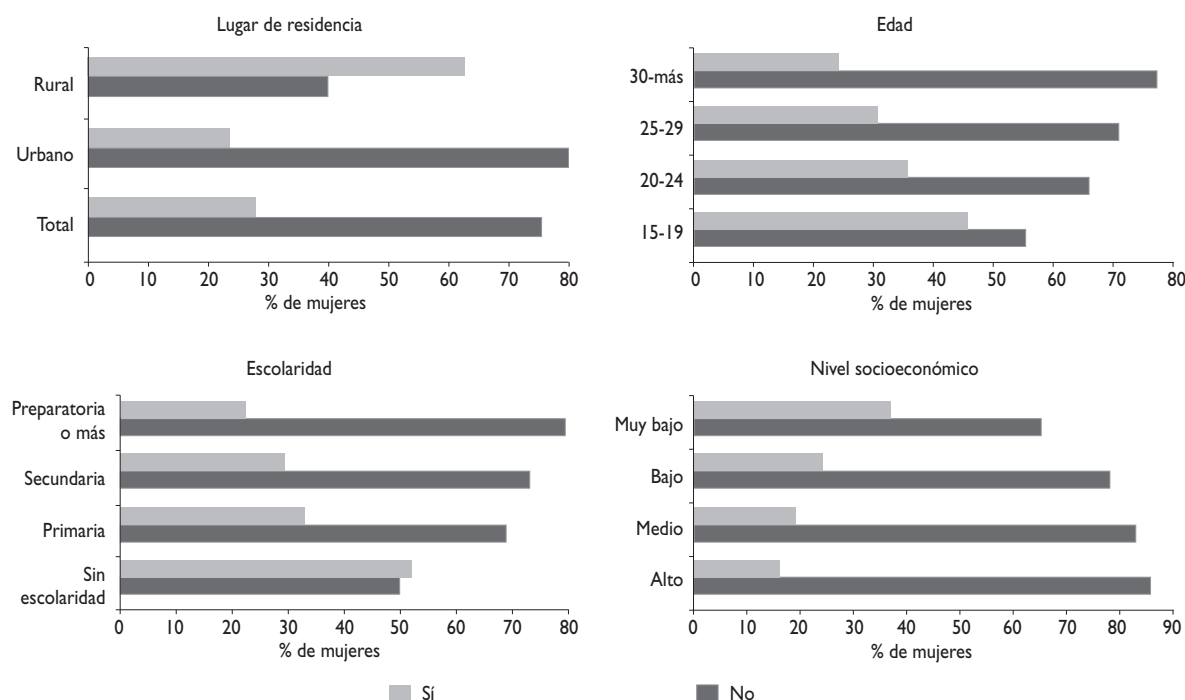


FIGURA 1. CARACTERÍSTICAS SOCIODEMGRÁFICAS RELACIONADAS CON LA PRÁCTICA DE LA REVISIÓN DE LOS SENOS, ENSAR 2003

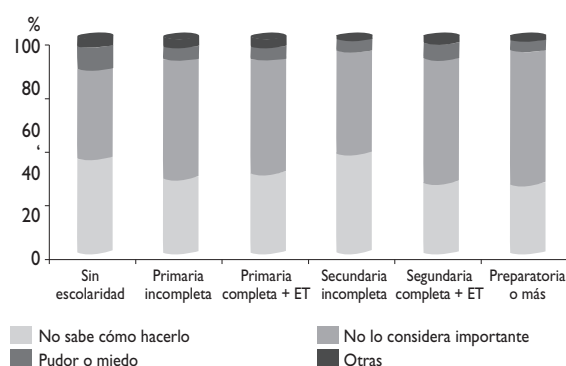


FIGURA 2. MUJERES QUE NO SE REVISARON LOS SENOS SEGÚN RAZÓN ADUCIDA PARA NO HACERLO Y NIVEL DE ESCOLARIDAD

Al igual que la autoexploración de las mamas, la frecuencia del examen clínico de éstas mostró un incremento significativo de acuerdo con el estrato socioeconómico, desde 29.3% para las mujeres de muy

bajos recursos económicos hasta 48.5% para las de recursos elevados (p de tendencia <0.001). Las mujeres sin escolaridad residentes en áreas rurales fueron las que acudieron con menor frecuencia al examen clínico de las mamas, en comparación con las mujeres con estudios mínimos de preparatoria residentes de áreas urbanas (20 contra 42.6%). Alrededor de 45% de las mujeres informó acudir al personal de salud para revisión de sus senos más de una vez al año y un porcentaje ligeramente menor una vez al año (42%); el resto muestra una menor frecuencia.

Asimismo, las unidades hospitalarias de la Secretaría de Salud fueron los lugares donde más a menudo se sometieron al examen clínico de las mamas las mujeres residentes del área rural, mientras que el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) y los hospitales privados proporcionaron este servicio entre las mujeres residentes del área urbana. Según fuera el estrato socioeconómico, las mujeres de muy bajos recursos fueron objeto del examen clínico de las mamas preferentemente en la Secretaría de Salud y las de bajos recursos en el IMSS, en contraste con aquéllas del nivel alto que se sometieron a la práctica en hospitales privados.

La edad, el lugar de residencia, la escolaridad y el estrato socioeconómico determinaron significativamente la frecuencia del examen clínico de las mamas (cuadro I). Las mujeres mayores de 30 años solicitan 7.6 ($RM=7.6$; $IC95\%: 6.3-9.3$) veces más el examen clínico que aquellas de 15 a 19 años; además, las mujeres de áreas urbanas lo hacen 1.3 veces más que las residentes de áreas rurales ($RM=1.3$; $IC95\%: 1.1-1.6$). Por su parte, las mujeres con al menos estudios de preparatoria acuden con una frecuencia dos veces mayor a la exploración de sus mamas que las pacientes sin escolaridad ($RM=2.2$; $IC95\%: 1.6-3.1$); por último, las mujeres de estrato socioeconómico alto también se someten a este examen con el doble de frecuencia respecto de las mujeres de estrato socioeconómico muy bajo ($RM=1.9$; $IC95\%: 1.5-2.4$).

El 6.3% de las mujeres entrevistadas informó la presencia de abultamientos en las mamas. El diagnóstico clínico correspondió a una frecuencia en el total de la población de 3.3% de enfermedad benigna de las

mamas, 0.3% de cáncer mamario, 2.2% con problemas varios: abscesos de grasa, ganglios inflamados, mastitis, calcificaciones o ningún problema (0.2% de falsos positivos), y en 0.5% de los casos no existió información suficiente para determinar un diagnóstico clínico.

Discusión

Un elevado porcentaje de los casos de CaMa en México lo detectan las propias mujeres, casi siempre en etapas avanzadas. En un estudio realizado en mujeres mexicanas se estimó que las pacientes reconocieron por sí mismas la presencia del algún síntoma o signo de CaMa en una proporción de 90%, lo que llevó a la búsqueda de atención médica y en la mayor parte de los casos correspondieron a estadios avanzados del tumor.¹³ En este contexto, la promoción del autoexamen y el examen clínico de los senos adquieren relevancia en la prevención y control del CaMa en países como México, que no cuentan con la infraestructura suficiente para el tamizaje poblacional por mamografía.

De acuerdo con la ENSAR 2003, hasta 74% de las mujeres de 15 a 49 años se exploró las mamas y sólo 37% de manera mensual. Es importante aclarar que la exploración de los senos no es sinónimo de la práctica del autoexamen, que comprende pasos sistemáticos con una frecuencia establecida, así como práctica y destreza para identificar los abultamientos. Un estudio realizado en Monterrey estimó una prevalencia similar de exploración mensual de las mamas (39%), la cual se redujo a un 5% cuando se evaluó el cumplimiento de cada uno de los componentes de esta técnica.¹⁴ Los autores concluyen que, bajo la premisa de que la técnica para realizarse el autoexamen es fácil de aprender y realizar, la comunidad médica ha fallado en difundirla en las pacientes. En otro estudio realizado en Morelos con mujeres de 12 a 47 años de edad, el principal determinante de la destreza para autodetectar tumores mamarios fue el tiempo empleado en la exploración y la motivación personal por el riesgo de presentar la enfermedad.¹⁵

Por su parte, en una población de mujeres derechohabientes del IMSS se encontró que en 58% de las mujeres el hallazgo del tumor fue casual y 90% ocurrió mientras se bañaban. La búsqueda de atención médica en la semana siguiente a la detección del tumor fue significativamente mayor entre las mujeres que efectúan con regularidad la autoexploración en comparación con las que habían detectado un tumor de manera casual (66 contra 32.5%). No obstante, no se observó diferencia significativa en el tamaño de los tumores en relación con el modo de detección (promedio y desviación estándar de 5.3 ± 3.3 cm contra 5.8 ± 4 cm).¹⁶ Es posible que el autexamen no modifique de manera positiva la mortalidad por

Cuadro I
RAZONES DE MOMIOS DE LAS CARACTERÍSTICAS
RELACIONADAS CON LA PRÁCTICA DE LA REVISIÓN
Y EXAMEN CLÍNICO DE LAS MAMAS

Características	Revisión de las mamas		Examen clínico de las mamas	
	RM	IC95%	RM	IC95%
Edad				
15-19	1		1	
20-24	1.5	1.3-1.9	2.9	2.3-3.7
25-29	2.3	1.8-2.8	5	4.0-6.3
30 o +	3.2	2.6-3.8	7.6	6.3-9.3
Residencia				
Rural	1		1	
Urbana	1.7	1.4-1.9	1.3	1.1-1.6
Escolaridad				
Sin escolaridad	1		1	
Primaria y secundaria	2.7	2.1-3.5	1.8	1.4-2.5
Preparatoria o más	4.3	3.1-5.9	2.2	1.6-3.1
Estrato socioeconómico				
Muy bajo	1		1	
Bajo	1.4	1.2-1.7	1.4	1.2-1.6
Medio	1.6	1.3-2	1.6	1.4-1.9
Alto	1.9	1.4-2.5	1.9	1.5-2.4

RM: razón de momios

IC95%: intervalo de confianza al 95%

CaMa, pero es una práctica de sensibilización sobre el cuidado de salud en la mujer.

Según la Norma Oficial Mexicana NOM-041-SSA2-2002¹⁷ para la prevención, diagnóstico, tratamiento, control y vigilancia epidemiológica del CaMa, el examen clínico de las mamas deben realizarlo un médico o enfermera capacitados, en forma anual, en todas las mujeres mayores de 25 años que asisten a las unidades de salud, previa autorización de la persona. En este marco, los resultados de la ENSAR muestran una cobertura baja, no mayor de 55%, y sugieren una práctica ineficiente del examen, ya que 42% de las mujeres que lo practican lo hace más de una vez al año.

El examen clínico de la mama es un procedimiento cuya sensibilidad y especificidad depende casi de modo exclusivo del entrenamiento y experiencia del médico o el personal de salud. A través de esta técnica es posible reconocer cerca de 50% de las lesiones que no son visibles en la mamografía, con un valor predictivo positivo de 73% y negativo de 87%.¹⁸ Si bien este procedimiento puede coadyuvar a la prevención y control del CaMa, en México es necesario establecer las medidas para estandarizar y vigilar su calidad.

En suma, la ENSAR muestra que el CaMa no es un problema restringido al estrato socioeconómico alto, como se describe en otros países del mundo,¹⁹ y las mujeres jóvenes, con menor escolaridad y estrato socioeconómico muy bajo, residentes de áreas rurales, son las más susceptibles a ser detectadas en fase tardía con dicho tumor maligno.

Referencias

1. Thomas DB, Gao DL, Ray RM, Wang WW, Allison CJ, Chen FL, et al. Randomized trial of breast self-examination in Shanghai: final results. *J Natl Cancer Inst* 2002;94:1445-1457.
2. Díaz S, Piñeros M, Sánchez O. [Early detection of breast cancer: critical aspects for an organized screening programme in Colombia]. *Rev Colomb Cancerol* 2005;9:93-105.
3. Organización de las Naciones Unidas. Conferencia internacional sobre la población y el desarrollo. [Consultado el 1 de diciembre de 2000]. Disponible en: <http://www.un.org/spanish/conferences/accion2.htm>.
4. Secretaría de Salud. Encuesta Mexicana sobre Fecundidad. México: Dirección General de Estadística, SSA, 1976.
5. Coordinación del Programa Nacional de Planificación Familiar. Encuesta Nacional de Prevalencia en el uso de métodos anticonceptivos 1979 (ENP 1979). México: Coordinación del Programa Nacional de Planificación Familiar, 1979.
6. Consejo Nacional de Población. Encuesta Nacional Demográfica 1982 (END 1982). México: Consejo Nacional de Población, 1982.
7. Secretaría de Salud. Encuesta Nacional de Fecundidad y Salud 1987 (ENFES 1987). México: Secretaría de Salud, 1987.
8. Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática. Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica 1992 (ENADID 1992). México: INEGI, 1992.
9. Consejo Nacional de Población. Encuesta Nacional de Planificación Familiar 1995 (ENPF 1995). México: Consejo Nacional de Población, 2008.
10. Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática. Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica 1997 (ENADID 1997). México: INEGI, 1997.
11. Secretaría de Salud/Centro Regional de Investigaciones Multidisciplinarias UNAM. Encuesta Nacional de Salud Reproductiva 2003 (ENSAR 2003). México: Secretaría de Salud/Centro Regional de Investigaciones Multidisciplinarias, UNAM, 2003.
12. López-Carrillo L, Suárez-López L. Cáncer de mama. En: Chávez-Galindo A, Uribe-Zuñiga P, Nuñez-Fernández L, Palma-Cabrera Y, editores. La salud reproductiva en México. Análisis de la Encuesta Nacional de Salud Reproductiva 2003. México: Secretaría de Salud/Centro Regional de Investigaciones Multidisciplinarias, UNAM, 2007:236-252.
13. Lopez-Carrillo L, Torres-Sanchez L, Lopez-Cervantes M, Rueda-Neria C. [Identification of malignant breast lesions in Mexico]. *Salud Publica Mex* 2001;43:199-202.
14. Sheley JF, Lessan GT. Limited impact of the breast self-examination movement: a Latin American illustration. *Soc Sci Med* 1986;23:905-910.
15. Ortega-Altamirano D, Lopez-Carrillo L, Lopez-Cervantes M. [Strategies for teaching self-examination of the breast to women in reproductive age]. *Salud Publica Mex* 2000;42:17-25.
16. Calderon-Garciduenas AL, Paras-Barrientos FU, Cardenas-Ibarra L, Gonzalez-Guerrero JF, Villarreal-Rios E, Staines-Boone T, et al. Risk factors of breast cancer in Mexican women. *Salud Publica Mex* 2000;42:26-33.
17. Secretaría de Salud. NOM 041-SSA2-2002, para la Prevención, Diagnóstico y Tratamiento, Control y Vigilancia Epidemiológica del Cáncer de Mama. México, DF: Diario Oficial de la Federación, 2003.
18. Dam PA, Van Goethem ML, Kersschot E, Vervliet J, Van dV I, De Schepper A, et al. Palpable solid breast masses: retrospective single- and multimodality evaluation of 201 lesions. *Radiology* 1988;166:435-439.
19. Parkin DM, Bray FI, Devesa SS. Cancer burden in the year 2000. The global picture. *Eur J Cancer* 2001;37(Suppl 8):S4-66.