



UNIVERSIDAD DE ESPECIALIDADES ESPÍRITU SANTO

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

TÍTULO: INCIDENCIA DE FACTORES DE RIESGO DEL CÁNCER DE MAMA EN PACIENTES QUE ACUDEN AL CENTRO DE SALUD SANTA ELENA. SEPTIEMBRE DEL 2016 A FEBRERO DEL 2017

TRABAJO DE TITULACIÓN QUE SE PRESENTA COMO REQUISITO PREVIO A OPTAR EL GRADO DE MÉDICO.

NOMBRE DEL ESTUDIANTE:

ELISA PAOLA AVILA MUÑOZ

NOMBRE DEL TUTOR:

DR. DARWIN GUSTAVO GARCIA MACIAS

SANTA ELENA, OCTUBRE DEL 2017

APROBACION DEL TUTOR

Samborondón, 11 de Octubre del 2017

Estimado
Señor Doctor
Pedro Barberán Torres

Decano de la Facultad de Ciencias Médicas
Universidad Espiritu Santo
Presente

Yo, **Dr. Darwin García Macías**, en calidad de tutor del trabajo de grado de la Srta. Elisa Paola Ávila Muñoz, estudiante de 6to año de la carrera de Medicina con código estudiantil 2009100313, certifico que se ha procedido a la revisión de los contenidos teóricos, diseño metodológico, ortografía, redacción y referencias bibliográficas del primer borrador del trabajo de investigación: **"INCIDENCIA DE FACTORES DE RIESGO DEL CÁNCER DE MAMA EN PACIENTES QUE ACUDEN AL CENTRO DE SALUD SANTA ELENA. SEPTIEMBRE DEL 2016 A FEBRERO DEL 2017"**, previo a la obtención del título Médico

Certifico esto para fines pertinentes.



Hospital General de Samborondón
Dr. Darwin García Macías
MÉDICO CIRUJANO GENERAL
REGISTRO No. 2800071022

Dr. Darwin García Macías
Cirujano general
Medicina Familiar

DEDICATORIA

Mi trabajo de titulación se los dedico a mi familia que ha sido el pilar fundamental de mi vida, mis padres y hermanos quienes siempre me han brindado su apoyo incondicional para que sea perseverante en la realización de mis sueños y que alcance todas mis metas.

A mis docentes quienes me han brindado su conocimiento científico y han sembrado en mí el valor humanitario característico de un médico.

A mis más queridos amigos con quienes he compartido mis años de estudio y noches de desvelo para adquirir todos los conocimientos necesarios, quienes edifican su vida junto a mí, entorno a servir al prójimo, mis futuros colegas.

RECONOCIMIENTO

Extiendo mi gratitud y profundo agradecimiento a mi tutor de trabajo de titulación, el Dr. Darwin Gustavo García Macías quien fue incentivo y ejemplo de perseverancia para el desarrollo y culminación de mi trabajo de investigación, brindándome su incondicional apoyo, asesoría y conocimiento científico.

INDICE GENERAL

INDICE DE TABLAS.....	vii
INDICE DE GRAFICOS.....	viii
RESUMEN.....	x
INTRODUCCION.....	1
CAPITULO 1.....	2
1.1. Antecedentes.....	2
1.2. Planteamiento del problema.....	4
1.3. Justificación.....	4
1.4. Objetivos de la investigación.....	4
1.4.1. Objetivo general.....	4
1.4.2. Objetivos específicos.....	5
1.4.3. Formulación de la hipótesis o preguntas de investigación.....	5
CAPITULO 2: MARCO TEORICO O CONCEPTUAL.....	6
2.1. Estructura de la Glándula Mamaria.....	6
2.2. Epidemiología.....	7
2.3. Etiología.....	9
2.4. Sintomatología.....	10
2.5. Factores Sociodemográficos.....	10
2.5.1. Edad y Sexo.....	10
2.5.2. Raza.....	11
2.6. Factores de Riesgo.....	11
2.6.1. Antecedentes patológicos personales y familiares.....	11
2.6.2. Factores Menstruales y Reproductores.....	12
2.6.3. Radiaciones Ionizantes.....	12
2.6.4. Peso corporal y dieta.....	13
2.6.5. Uso de anticonceptivos.....	13
2.6.6. Tratamiento Hormonal de Reemplazo.....	14
2.6.7. Alcohol.....	14

CAPITULO 3: METODOLOGIA.....	15
3.1. Diseño de la investigación.....	15
3.1.1. Tipo de investigación.....	15
3.1.2. Lugar de la investigación.....	15
3.1.3. Operacionalización de las variables.....	15
3.1.4. Cronograma de actividades.....	17
3.2. Población y muestra.....	20
3.2.1. Criterios de inclusión.....	21
3.2.2. Criterios de exclusión.....	21
3.3. Descripción de instrumentos de recolección de datos y procedimientos de la investigación.....	21
3.4. Aspectos éticos.....	22
3.4.1. Confidencialidad de los pacientes.....	22
CAPITULO 4: RESULTADOS Y DISCUSION.....	23
4.1. Resultados.....	23
4.2. Discusión.....	54
CAPITULO 5: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....	57
5.1. Conclusiones.....	57
5.2. Recomendaciones.....	58
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.....	59
ANEXOS.....	64

INDICE DE TABLAS

Tabla 1. Grupos etarios.....	23
Tabla 2. Sexo.....	25
Tabla 3. Raza.....	27
Tabla 4. Estado Nutricional.....	29
Tabla 5. Nuliparidad.....	31
Tabla 6. Primer Parto después de los 30 años.....	33
Tabla 7. Menarquia precoz.....	34
Tabla 8. Menopausia Tardía.....	36
Tabla 9. Uso de Anticonceptivos.....	37
Tabla 10. Tratamiento Hormonal de Reemplazo.....	38
Tabla 11. Radiaciones Ionizantes.....	39
Tabla 12. Consumo excesivo de alcohol.....	40
Tabla 13. Antecedente Patológico Familiar de cáncer de mama.....	41
Tabla 14. Tablas cruzadas, grupo etario vs nuliparidad.....	42
Tabla 15. Tablas cruzadas, raza vs nuliparidad.....	43
Tabla 16. Tablas cruzadas, grupo etario vs primer parto después de los 30 años.....	44
Tabla 17. Tablas cruzadas, raza vs primer parto después de los 30 años.....	45
Tabla 18. Tablas cruzadas, grupo etario vs menarquia precoz.....	46
Tabla 19. Tablas cruzadas, grupo etario vs uso de anticonceptivos.....	47
Tabla 20. Tablas cruzadas, grupo etario vs menopausia tardía.....	48
Tabla 21. Tablas cruzadas, grupo etario vs estado nutricional.....	49
Tabla 22. Tablas cruzadas, grupo etario vs tratamiento hormonal de reemplazo.....	50
Tabla 23. Tablas cruzadas, grupo etario vs consumo excesivo de alcohol.....	
Tabla 24. Tablas cruzadas, grupo etario vs radiaciones ionizantes.....	52
Tabla 25. Tablas cruzadas, grupo etario vs antecedente patológico familiar de cáncer de mama.....	53

INDICE DE GRAFICOS

Grafico 1. Edad por grupos etarios.....	23
Grafico 2. Porcentaje de pacientes según grupo etario.....	24
Grafico 3. Número de pacientes de acuerdo con el sexo.....	25
Grafico 4. Porcentaje de pacientes según sexo.	26
Grafico 5. Número de pacientes según su raza.....	27
Grafico 6. Porcentaje de pacientes según su raza.....	28
Grafico 7. Número de pacientes según estado Nutricional.....	29
Grafico 8. Porcentaje de pacientes según su estado nutricional.....	30
Grafico 9. Pacientes mujeres nulíparas.....	31
Grafico 10. Porcentaje de pacientes nulíparas.....	32
Grafico 11. Pacientes mujeres que han tenido su primer parto después de los 30 años.....	33
Grafico 12. Porcentaje de mujeres que han presentado su primer parto después de los 30 años.....	33
Grafico 13. Pacientes mujeres que han presentado menarquia tardía....	34
Grafico 14. Porcentaje de mujeres que han presentado menopausia tardía.....	35
Grafico 15. Pacientes mujeres que han presentado menopausia tardía.....	36
Grafico 16. Porcentaje de mujeres que han presentado menopausia tardía.....	36
Grafico 17. Pacientes mujeres que usaban anticonceptivos.....	37
Grafico 18. Porcentaje de mujeres que usaban anticonceptivos.....	37
Grafico 19. Pacientes mujeres en tratamiento hormonal de reemplazo...	38
Grafico 20. Porcentaje de mujeres en tratamiento hormonal de reemplazo.....	38
Grafico 21. Pacientes que han sido expuestos a radiaciones ionizantes.....	39

Grafico 22. Porcentaje de pacientes expuestos a radiaciones ionizantes.....	39
Grafico 23. Pacientes con consumo excesivo de alcohol.....	40
Grafico 24. Porcentaje de pacientes con consumo excesivo de alcohol.....	40
Grafico 25. Pacientes con antecedente patológico familiar de cáncer de mama.....	41
Grafico 26. Porcentaje de pacientes con antecedente patológico familiar de cáncer.....	41

RESUMEN

Introducción: Estudios a nivel mundial y la bibliografía medica nos han demostrado cuales son los principales factores de riesgo de padecer de cáncer de mama por lo que es necesario realizar estudios para conocer a la población en riesgo de esta patología y de esta manera establecer programas de promoción de la salud y prevención asociados a cambios en el estilo de vida para disminuir la incidencia del cáncer de mama.

Materiales y Métodos: Se tomó como población de este estudio a 180 pacientes entre 18 a 70 años de edad que acudieron a la consulta externa de medicina general en el Centro de Salud Santa Elena en el periodo de septiembre del 2016 a febrero del 2017, a quienes se realizó una entrevista y posterior interrogatorio con base a un cuestionario sobre su estilo de vida. Para el estudio estadístico se realizó tabulación en base a frecuencia absoluta y relativa para observar diferencia de medias de edad, además de pruebas de significancia estadística (chi cuadrado).

Resultados: Los porcentajes de mayor presentación en la población en este estudio fueron los siguientes: pacientes en el grupo etario entre los 60 a 70 años de edad 28%, sexo femenino 88%, raza mestiza 85%; pacientes con normopeso 56%, nuliparidad 15%, primer parto después de los 30 años 53%, menarquia precoz 56%, menopausia tardía 17%, anticonceptivos hormonales 44%, tratamiento hormonal de reemplazo 9%, exposición a radiaciones ionizantes 13%, consumo excesivo de alcohol 17%, antecedente patológico familiar de cáncer de mama 8% de la población en general.

Conclusiones: Los factores de riesgo de mayor incidencia en la población fueron: sexo femenino, edad entre 60-70 años, menarquia tardía, primer parto después de los 30 años y anticonceptivos hormonales respectivamente. Pacientes mujeres de cualquier edad que presenten otro factor de riesgo correspondiente a su sexo aumentan la probabilidad de desarrollar esta patología. El estado nutricional, consumo excesivo de alcohol, antecedente patológico familiar y exposición a radiaciones ionizantes no aumentan la probabilidad de presentar cáncer de mama. La raza no es un factor que aumenta la probabilidad de presentar esta patología.

INTRODUCCION

El cáncer de mama es una de las enfermedades oncológicas considerado como un problema de salud pública a nivel mundial. La sociedad americana del cáncer ha estimado que una de cada ocho mujeres tiene riesgo de padecer cáncer de mama a lo largo de su vida y que una de cada 28 se encuentra en riesgo de fallecer por la misma.

Números estudios a nivel mundial y la bibliografía medica nos han demostrado que los principales factores de riesgo de padecer de cáncer de mama son: sexo femenino, edades entre 40 a 69 años, raza blanca, antecedentes patológicos personales y familiares de cáncer de mama, factores menstruales como menarquia precoz y menarquia tardía, factores reproductores como nuliparidad y primer embarazo antes de los primeros 30 años de vida, exposición a radiaciones ionizantes, consumo excesivo de alcohol, tratamiento hormonal de sustitución y uso de anticonceptivos.(1)

Los estudios poblaciones son imprescindibles para conocer a la población en riesgo para cada enfermedad y de esta manera establecer programa de promoción de la salud y prevención asociados a cambios en el estilo de vida para disminuir la incidencia del cáncer de mama haciendo énfasis en los factores modificables como la obesidad y el consumo de alcohol.

En el Ecuador, la Sociedad de lucha contra el cáncer (SOLCA) estimo que el Cáncer de Mama es la principal causa de muerte por cáncer en el sexo femenino, con una tasa de incidencia del 34,03% en el año del 2007 al 2010 y una tasa de mortalidad del 11% en el 2012. (3)

CAPITULO 1

1.1. Antecedentes

El Cáncer de mama es una patología que ha acompañado a la humanidad desde tiempos ancestrales. El Papiro de Edwin Smith escrito en los años 3000-2500 A.C. describe minuciosamente 8 casos de tumores mamarios. (1)

Hipócrates médico de la Antigua Grecia en el 460-370 A.C. dio el nombre de cáncer a las enfermedades malignas haciendo referencia a su similitud con un cangrejo y señaló en sus escritos posteriores la evolución mortal de las mujeres con tumores mamarios ocultos. Posteriormente se mencionó esta patología en los papiros de Ever en el año 300 y 200 A.C, los cuales contenían reportes y conocimientos de forma empírica de la patología mamaria.

Por un largo tiempo los postulados de Hipócrates y Galeno persistieron considerándose una herejía cualquier cuestionamiento sobre estos. Durante El renacimiento artistas, pintores y escultores-científicos, como Miguel Ángel y Leonardo Da Vinci mostraron con sus pinturas y esculturas parte de la anatomía humana, conocimientos posiblemente obtenidos de la disección prohibida en ese entonces de cadáveres humanos.

Los conocimientos de anatomía y desarrollo de instrumentos dieron paso al tratamiento quirúrgico de los tumores mamarios, mediante la mastectomía total, la cual implementaba un instrumento circular con cuchillas en su interior a manera de guillotina, colocando la mama entre las dos hojas de la pinza, haciendo el corte con el cierre de las mismas.

La historia habla a su vez de una segunda técnica que consistía en la colocación de riendas en los bordes de la mama en forma circular, la cual las elevaba dejando libre su borde inferior para realizar un corte rápido de toda la base de la glándula. Para la hemostasia se utilizaba el hierro candente y compresión.

Jean Lovis Petit postuló el concepto de curación del cáncer de mama con cirugía, su enunciado afirmaba que “Las raíces del cáncer son los ganglios linfáticos crecidos, los ganglios deben ser buscados y extirpados con la fascia pectoral y algunas fibras del músculo deben ser removidas sin dejar cualquier tejido sospechoso”.

Fue Henry Francois Le Dran en 1685-1770 quién consideró al cáncer como una enfermedad local en sus etapas iniciales y consideraba que la única esperanza de curación era la cirugía temprana haciendo referencia a hipótesis de enfermedad local.

Halsted en 1893 sosteniendo esta misma hipótesis de enfermedad local pronuncia su hipótesis de diseminación ordenada del cáncer mamario, al afirmar que el cáncer tenía su origen en la mama, y este a través de los ganglios linfáticos se extendía a los ganglios axilares; lo que ocasionaba recurrencia y proponía la resección en bloque de la mama incluyendo gran porción de la piel que la recubre, los músculos pectorales mayores, y el contenido celulo-adiposo ganglionar de la axila, desde el borde anterior del dorsal ancho por fuera hasta el ligamento costo-clavicular por dentro.

En 1907, Halsted mencionó que había una sobrevida del 85 % libre de enfermedad a 3 años, al resear los ganglios axilares no se encontraron metástasis y la sobrevida disminuía considerablemente al 34 % cuando estaban afectados. Así finalmente; marcó el inicio del tratamiento moderno con la mastectomía radical que fue la intervención quirúrgica estándar durante varias décadas. (2)

1.2. Planteamiento del Problema

El cáncer es una patología que al ser mencionada en cualquier ámbito conlleva un sin número de reacciones entre ellas la principal es el miedo, como consecuencia de la afectación personal, familiar y social que esta conlleva. Es una correlación de un antes y después en estado físico y emocional, que activa instintos y estigmas personales que generan temor.

En el Ecuador el Cáncer de Mama es la principal causa de muerte por cáncer en el sexo femenino, con una tasa de incidencia del 34,03% en el año del 2007 al 2010 y una tasa de mortalidad del 11% en el 2012, datos evidenciado por SOLCA en las estadísticas del Cáncer de Mama en Guayaquil. (3)

1.3. Justificación

En la población de Santa Elena existe una alta tasa de desconocimiento sobre esta patología, su gravedad e incidencia. Ante la ausencia de estudios poblacionales sobre esta enfermedad, es preciso establecer la incidencia de los factores de riesgo del Cáncer de Mama para implementar medidas de promoción y prevención de la misma.

1.4. Objetivos de la Investigación

1.4.1. Objetivo General

Determinar la Incidencia de los factores de riesgo del Cáncer de Mama en pacientes de 18 a 70 años de edad atendidos en el Centro de Salud Santa Elena.

1.4.2. Objetivos Específicos

1. Identificar los factores de riesgo del cáncer de mama.
2. Describir los factores sociodemográficos del cáncer de mama.
3. Establecer la relación existente entre cada factor de riesgo con el aumento de la probabilidad de padecer de cáncer de mama.

1.5. Formulación de la Hipótesis o preguntas de investigación.

¿Cuáles son los factores de riesgo y sociodemográficos del cáncer de mama?, ¿Cuál es la relación existente entre cada factor de riesgo con el aumento de la probabilidad de padecer de cáncer de mama?

CAPITULO 2: MARCO TEORICO O CONCEPTUAL

2.1. Estructura de la Glándula Mamaria

La mama femenina pesa de 30 a 500 gramos, es uno de los órganos más llamativos del cuerpo, externamente las glándulas mamarias se encuentran recubiertas por piel y una areola que rodea el pezón en la que encontramos pequeñas protuberancias que son glándulas sudoríparas encargadas de la humectación.

La mama está estructurada por 15 a 20 lóbulos, compuestos por lobulillos y pequeños conductos ramificados que se unen para formar conductos mayores localizados en la región subareolar, estos antes de entrar al pezón se dilatan formando el seno lactífero, lugar en el que se acumulará la leche materna.

Las glándulas mamarias se localizan en la fascia superficial de la pared torácica anterior, fijadas profundamente a la fascia del musculo pectoral mayor y superficialmente a la dermis mediante los ligamentos suspensorios de Cooper. Las glándulas mamarias tienen una prolongación lateral hasta el interior de la axila, la Cola de Spencer.

Su irrigación proviene de las arterias mamarias interna y externa. La linfa desemboca en los ganglios linfáticos pectorales, axilares y supraclaviculares aunque también en menor proporción en los ganglios de la cadena mamaria interna. El sistema venoso por otra parte se divide en superficial y profundo. Su sistema venoso superficial está constituido por vasos transversos en un 95% por vasos perforantes que desembocan en la vena torácica interna y a su vez por vasos superficiales que ascienden a la zona supraesternal y desembocan en los vasos superficiales de la zona del cuello. (4)

El sistema venoso profundo tiene tres partes: las ramas perforantes de la vena torácica interna que desemboca en las venas innominada, la vena axilar y subtributarias que drenan la pared costal, el músculo pectoral y el tejido mamario profundo y finalmente el drenaje directo a través de las venas intercostales. Estas venas comunican con los vasos vertebrales, la ácigos y a través de ellos con la cava superior. Estos tres sistemas profundos tienen muchas comunicaciones con la red capilar pulmonar lo que implicaría metástasis pulmonar de los tumores malignos de mama, de igual manera por las venas vertebrales se puede ocasionar metástasis óseas.

2.2. Epidemiología

El cáncer de mama es un problema de salud pública a nivel mundial, se estima que en los Estados Unidos al inicio de la presente década se ha incrementado el cáncer de mama por diversos factores tanto modificables como no modificables. En los países industrializados el cáncer de mama ocupa el primer lugar y los países latinoamericanos el segundo lugar de igual manera en los asiáticos luego del cáncer de cérvix.

En el 2008, se estimó cifras altas de casos nuevos de cáncer de mama en número de 1'152.161 casos alrededor del mundo en un lapso de tiempo de un año, se tradujo en una tasa de incidencia estandarizada por edad de 37,4 por 100.000 mujeres. (4)

Es una patología que se produce por crecimiento anormal de células en el tejido mamario. En el 2012 a nivel mundial, una publicación de la Agencia Internacional de Registro de Cáncer (IARC), el estudio GLOBOCAN 2012 estimó 14.1 millones de casos nuevos de cáncer diagnosticados, 8.2 millones de personas murieron por cáncer y 32.6 millones de personas habían llegado a la marca de 5 años de supervivencia al cáncer. De estas cifras el 12% de todos los cánceres diagnosticados fueron de cáncer de

mama, 1.7 millones de personas; y el 6% de todas las muertes por cáncer; 522,000 personas. (5)

Sin embargo la mortalidad ha descendido considerablemente debido al diagnóstico precoz mediante exámenes de cribado y a los avances en la terapéutica.

Análisis de supervivencia han evidenciado en el estudio EUROCORE que en conjunto con 25 estudios más estimaron un total de 119.139 mujeres diagnosticadas de cáncer de mama en Europa en el que se observó que la supervivencia más elevada a los 5 años corresponde países como Suiza con el 78%, Finlandia 74% e Italia y Francia con el 71% y finalmente a Escocia con el 61%. La edad es un factor importante a considerar en una supervivencia más elevada en todos los países, mujeres con edades entre 40 y 49 años tuvieron una supervivencia más elevada. (4,5)

El pronóstico del cáncer de mama depende directamente del estadio de la neoplasia al momento del diagnóstico, así las mujeres en estadio I presentan tasas de supervivencia a los 5 años que varían entre 84% y el 18 % en mujeres diagnosticadas en el estadio IV de la enfermedad. (4)

En nuestro país SOLCA estimo que el Cáncer de Mama es la principal causa de muerte por cáncer en el sexo femenino, con una tasa de incidencia del 34,03% en el año del 2007 al 2010 y una tasa de mortalidad del 11% en el 2012 en la ciudad de Guayaquil. (3,4,5)

2.3. Etiología

El ciclo menstrual ocasiona un sin número de cambios en el cuerpo femenino en la edad fértil, entre ellos; los estrógenos incrementan la proliferación celular y la progesterona ocasiona un realce este efecto e incrementa el volumen mamario, además de la hipertrofia celular; estos

cambios contribuyen a la aparición de patologías benignas mamarias sobre todo en edades tempranas como en el caso de fibroadenoma mamario.

Para que ocurra una displasia a nivel mamario, la mama debe estar biológica o genéticamente predispuesta a que causas endocrinas o exocrinas afecten la glándula acorde a algunos autores e investigadores que discrepan de esta teoría.

El cáncer de mama se origina de las células del seno, formando una agrupación células cancerosas que invaden los tejidos circundantes o hacen metástasis. En la actualidad el manejo del cáncer está concentrado en la implementación de programas de diagnóstico precoz y no solamente en el tratamiento de esta patología. El diagnóstico precoz está encaminado a que la población conozca los factores de riesgo y aparición sintomática del cáncer de mama, siendo uno de los pilares fundamentales el autoexamen de mama por parte del paciente además del examen por parte de los profesionales de la salud. La mamografía es útil para el diagnóstico de cánceres cada vez más pequeños, disminuyendo de esta manera la mortalidad en un 30%. (6)

Se han identificado factores predisponentes al cáncer de mama en mujeres sanas, los cuales aumentan la probabilidad de presentar la enfermedad en el futuro; estos factores nos han permitido establecer grupos de alto riesgo e implementar medidas para disminuir la incidencia del cáncer de mama. (7)

2.4. Sintomatología

El cáncer de mamá es una enfermedad que en su inicio tiene una fase preclínica que por lo general es asintomática debido a que la lesión es muy pequeña. Luego se puede presentar de varias formas clínicas: nódulo palpable, doloroso o no doloroso, que es la sintomatología más frecuente. Posterior a esto el tumor puede aumentar su tamaño y presentar

irregularidades en la forma de la mama, falta de movilidad, retracción del pezón o alteraciones en la piel tales como enrojecimiento o úlceras.

Además se pueden presentar sintomatología rara como secreción de líquido seroso o sanguinolento por el pezón. En casos de metástasis localizada en un órgano o tejido en específico puede provocar síntomas de alerta. (8)

2.5. Factores Sociodemográficos

2.5.1. Edad y Sexo

La incidencia del cáncer de mama es proporcional entre mujer y hombre es de 100:1 en todo el mundo. La edad es un factor aislado pero el más importante de ellos, conforme aumenta la edad se presenta un aumento progresivo de los índices de incidencia específica por edades, hasta la edad de la menopausia, mujeres de 25 años tienen una tasa de incidencia al cáncer muy baja, desde los 30 años en adelante se presentan dos picos de máxima incidencia: entre los 35 y 45 años y el segundo después de los 55 años.

2.5.2. Raza

El predominio de incidencia corresponde a las mujeres de raza blanca. Se ha publicado que las mujeres hispanas tienen un 50 a 60% del riesgo total que tienen las mujeres blancas no hispánicas. (8,9)

2.6. Factores de Riesgo

2.6.1. Antecedentes patológicos personales y familiares.

Se debe investigar antecedente personal de cáncer de mama en mujeres mayores de 40 años con antecedente personal de cáncer de mama, el riesgo relativo de un nuevo cáncer fluctúa entre 1.7 y 4.5. Si la mujer es menor de 40 años el riesgo relativo se eleva a 8.0.

La historia familiar del cáncer de mamá debe ser estudiada en parientes de 1º, 2º o 3º grado, después de los 60 años de edad.

Existen básicamente tres condiciones para sospechar la existencia de mutaciones genéticas:

- La presencia de varios familiares femeninos con diagnóstico de cáncer de mama o de ovario preferentemente a edades tempranas (menores de 50 años).
- Mujeres con cáncer de mama u ovario previo
- Transmisión vertical en dos o más generaciones, incluyendo la transmisión a través de la línea paterna.

2.6.2. Factores Menstruales y Reproductores

La menarquia precoz y la menopausia tardía, traen como consecuencia una mayor exposición a ciclos menstruales durante la vida de la mujer aumentando el riesgo en un 30%. De acuerdo con lo dicho anteriormente una ooforectomía bilateral antes de los 40 años por otra parte disminuye en un 50% el riesgo a lo patología.

La nuliparidad y primer parto después de los 30 años, son antecedentes gineco-obstetricos importantes en esta patología ya que se asocian con un aumento del riesgo en un 25%.

Por el contrario la lactancia es considerada un efecto protector, estudios han demostrado que periodos prolongados de lactancia materna se relacionan con una disminución del riesgo de cáncer de mama. (7,8,9,10)

2.6.3. Radiaciones Ionizantes

Se considera a las radiaciones ionizantes como factor de riesgo para cáncer de mama, por ejemplo pacientes con diagnóstico de tuberculosis que fueron expuestas a múltiples radiografías de tórax. Se ha evidenciado resultados similares en mujeres con tratamiento radiante por linfoma u otra causa.

Sin embargo, no se ha establecido una relación entre radioterapia al campo mamario en el tratamiento del cáncer de mama y la aparición de un segundo primario.

2.6.4. Peso corporal y dieta

El riesgo a padecer cáncer de mama es directamente proporcional al peso corporal relativo y se asocia con una probabilidad mayor de incidencia, en las pacientes post-menopáusicas.

Una dieta rica en grasas es un factor desencadenante en el aumento del riesgo de cáncer de mama Sin embargo, no hay evidencia significativa para afirmar este postulado.

Sin embargo, la Agencia Internacional de investigación sobre cáncer estima que existen factores de riesgo desencadenantes que aumentan el riesgo en un 25% de los casos, entre ellos tenemos: sobrepeso y obesidad de la mano con un estilo de vida sedentario, ya que estos factores producen un incremento del nivel de

estrógenos y testosterona, y a su vez hiperinsulinemia y resistencia a la insulina, incremento en la inflamación, y depresión en la función inmune.

2.6.5. Uso de Anticonceptivos

Otro factor de riesgo para el cáncer de mama es el uso de anticonceptivos, estudios evidencian que los anticonceptivos combinados orales no parecen ejercer ningún efecto sobre el riesgo de padecer cáncer mamario, al ser utilizados por mujeres en la mitad de la edad reproductora, el riesgo aumenta únicamente cuando son utilizados durante períodos prolongados desde edades muy tempranas o antes del primer embarazo a término.

Sin embargo el estudio CARE demostró que no existe riesgo con el uso de anticonceptivos orales. Actualmente no se considera el uso de anticonceptivos orales como un factor de riesgo de padecer cáncer de mama, incluso si las mujeres que los consumen se encuentran en el grupo de alto riesgo.

2.6.6. Tratamiento Hormonal de Reemplazo

Estudios demuestran que el riesgo relativo con este factor de riesgo oscila entre 0.7 y 2.0 dependiendo del estudio y de las formulaciones empleadas. Se concluye entre todos los estudios que no existe ningún aumento del riesgo de cáncer de mama con tratamiento de estrógenos.

2.6.7. Alcohol

Los estudios de caso-control, no parecen indicar un aumento del riesgo de incidencia. Algunos estudios que le atribuyen un aumento

del riesgo, se afirma que el consumo de dos o más bebidas alcohólicas por día incrementa al doble el riesgo de cáncer de mama comparado con mujeres que no consumen bebidas alcohólicas como consecuencia del incremento de los niveles de estrógenos en la sangre y de una depresión en la respuesta del sistema inmunológico. (7,8,9,10)

CAPITULO 3: METODOLOGIA

3.1. DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

3.1.1. TIPO DE INVESTIGACION

Se realizó un estudio no experimental, prospectivo, observacional, descriptivo, correlacional, de corte transversal de incidencia de los factores de riesgo del cáncer de mama en pacientes de 18 a 70 años de edad que acudieron a la consulta externa de medicina general en el Centro de Salud Santa Elena en el periodo de septiembre del 2016 a febrero del 2017.

3.1.2. LUGAR DE LA INVESTIGACION

Centro de Salud N° 1 de Santa Elena

3.1.3. OPERACIONALIZACION DE LAS VARIABLES

VARIABLE	DEFINICIÓN	VALORES	TIPO DE VARIABLE	FUENTE DE LA INFORMACIÓN
Edad	Intervalo de tiempo de vida del paciente	Grupos etarios: - 18 a 29 años - 30 a 39 años - 40 a 49 años	Cuantitativa Continua	Se obtiene en la entrevista con el paciente

		<ul style="list-style-type: none"> - 50 a 59 años - 60 a 70 años 		
Sexo	Características cromosómicas sexuales	<ul style="list-style-type: none"> - Masculino - Femenino 	Cualitativa Dicotómica	Se obtiene en la entrevista con el paciente
Raza	se refiere a los grupos en que se subdivide la especie humana	<ul style="list-style-type: none"> - Blanca - Afroamericana - Mestiza 	Cualitativa Nominal	Se obtiene en la entrevista con el paciente
Antecedentes patológicos familiares.	Historia familiar de cáncer de mama.	<ul style="list-style-type: none"> - Si - No 	Cualitativa Dicotómica	Se obtiene en la entrevista con el paciente
Menarquia precoz	Cambios físicos y psíquicos que se producen por el ciclo menstrual femenino.	<ul style="list-style-type: none"> - Si - No 	Cualitativa Nominal	Se obtiene en la entrevista con el paciente
Menopausia Tardia	Cambios físicos y psíquicos que se producen por el ciclo menstrual femenino.	<ul style="list-style-type: none"> • Si • No 	Cualitativa Nominal	Se obtiene en la entrevista con el paciente
Radiaciones ionizantes	Radiación a la que son expuestos los pacientes que	<ul style="list-style-type: none"> - Si - No 	Cualitativa Dicotómica	Se obtiene en la entrevista con el paciente

	se realizan exámenes de imagen diagnóstica de cualquier patológica.			
Nuliparidad	Características gineco-obstétricas referentes a sus partos preexistentes.	<ul style="list-style-type: none"> • Si • No • 	Cualitativa Nominal	Se obtiene en la entrevista con el paciente
Primer parto después de los 30 años	Características gineco-obstétricas referentes a sus partos preexistentes.	<ul style="list-style-type: none"> • Si • No 	Cualitativa Nominal	Se obtiene en la entrevista con el paciente
Peso corporal	Índice de masa corporal calculado con el peso en kg y la talla en cm	<ul style="list-style-type: none"> - Desnutrición - Normal - Sobrepeso - Preobesidad - Obesidad - Obesidad Mórbida 	Cuantitativa Nominal	Se obtiene en la entrevista con el paciente el peso y la talla y se calcula el índice de masa corporal mediante la fórmula.

Uso de anticonceptivos	Anticonceptivos hormonales orales o inyectables.	- Si - No	Cualitativa Dicotómica	Se obtiene en la entrevista con el paciente
Tratamiento hormonal de reemplazo	Tratamiento hormonal que reciben las mujeres menopausicas	- Si - No	Cualitativa Dicotómica	Se obtiene en la entrevista con el paciente
Consumo excesivo de alcohol	Más de una copa de vino o un vaso de cerveza al día.	- Si - No	Cualitativa Dicotómica	Se obtiene en la entrevista con el paciente

3.1.4. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

Actividad	Responsable	MESES											
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
1. Elaboración de ficha técnica.	Elisa Ávila	x											
2. Solicitud de permiso por escrito para realización de tesis.	Elisa Ávila		x										
3. Solicitud de permiso por escrito del hospital.	Elisa Ávila			x									
4. Elaboración de anteproyecto.	Elisa Ávila				x	x	x						
5. Entrega del primer borrador	Elisa Ávila											x	
6. Aprobación del anteproyecto.	Elisa Ávila							x					
7. Recolección de datos.	Elisa Ávila								x	x			
8. Procesamiento de datos.	Elisa Ávila										x		
9. Elaboración final del trabajo de titulación.	Elisa Ávila										x		
10. Entrega final de tesis.	Elisa Ávila												x
11. Entrega de documentos habilitantes para sustentación.	Elisa Ávila												x

atención fue por el servicio de consulta externa de Medicina General, durante el periodo de 6 meses, que inicia desde el 01 de Septiembre del 2016, hasta el 28 de Febrero del 2017.

Los pacientes que se incluyeron para el estudio cumplieron con los siguientes

3.2.1. CRITERIOS DE INCLUSIÓN:

- Pacientes de 18 a 70 años de edad que acudan a la consulta externa de medicina general del Centro de Salud de Santa Elena.
- Pacientes que hayan accedido a realizar la entrevista y posterior encuesta, luego de haber firmado el respectivo consentimiento informado.

También se procedió a excluir a los pacientes que cumplieron con uno de los siguientes

3.2.2. CRITERIOS DE EXCLUSIÓN:

- Pacientes que presente alguna discapacidad que no les permita responder a la encuesta.
- Pacientes con cáncer de mama previamente diagnosticado.

3.3. DESCRIPCION DE INSTRUMENTOS DE RECOLECCION DE DATOS Y PROCEDIMIENTOS DE LA INVESTIGACION.

Para obtener los datos relacionados con esta investigación se implementara un cuestionario previamente estructurado que fue analizado por Médicos del área de ginecología y maestros que ayudan en el área de metodología a la investigación quienes realizaron preguntas las cuales

fueron tomadas en consideración para la realización de nuestra herramienta.

Esta herramienta de recolección de datos estará constituida por los factores predisponentes que desarrollan dicha patología.

Para el estudio estadístico se realizó una base de datos en Microsoft office Excel 2007 y posterior tabulación en base a frecuencia absoluta y relativa para observar diferencia de medias de edad, además se utilizó el programa de datos estadísticos SPSS para realizar pruebas de significancia estadística (chi cuadrado) y se recepto como valores estadísticamente significativos a valores p inferiores de 0.05. Se procede a la investigación remota dentro del margen y tiempo establecido.

Como objetivo de este trabajo, tenemos la determinación de la incidencia de los factores de riesgo del cáncer de mama en los pacientes de 18 a 70 años de edad atendidos en el Centro de Salud Santa Elena en el periodo de septiembre del 2016 a Febrero del 2017; para empezar se solicitará se firme un consentimiento informado para recolección de datos personales de la población en estudio, posterior a esto se realizará una entrevista y se obtendrán los datos necesitados mediante un cuestionario sobre su estilo de vida.

3.4. ASPECTOS ETICOS

3.4.1. CONFIDENCIALIDAD DE LOS PACIENTES

Este estudio tiene como base respetar los principios de confidencialidad de los pacientes, de acuerdo con las normas internacionales establecidas, mediante la obtención del consentimiento informado escrito y verbal de cada uno de los entrevistados previo a su inclusión en este estudio.

CAPITULO 4. RESULTADOS Y DISCUSION.

4.1. RESULTADOS

La población total estudiada de acuerdo al intervalo de confianza fue de 180 pacientes, en la cual fue entrevista y de acuerdo a los datos obtenido en ella, se detalla a continuación los siguientes resultados:

GRUPOS ETARIOS	# DE PACIENTES
18 - 29	39
30 - 39	22
40 - 49	31
50 - 59	36
60 - 70	51
TOTAL	180

Tabla 1. Grupos etarios

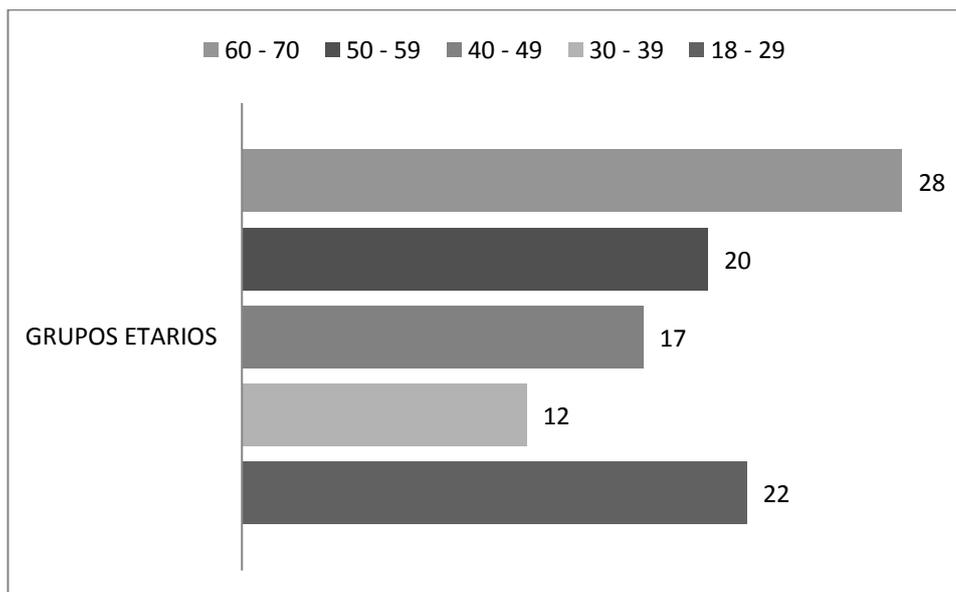


Grafico 1. Edad por grupos etarios.

Para el análisis estadístico de acuerdo con la edad la población total fue dividida en grupo etarios. De acuerdo con los resultados obtenidos, la población entre los 18 a 29 años de edad con 39 pacientes fue del 22%, entre 30 a 39 años de edad con 22 pacientes un 12%, entre los 40 a 49 años de edad con 31 pacientes un 17%, entre los 50 a 59 años de edad con 36 pacientes un 20% y entre los 60 a 70 años de edad con 51 pacientes un 28% respectivamente. Siendo el grupo etario entre 60 a 70 años de edad el de mayor presentación en mi población estudiada.

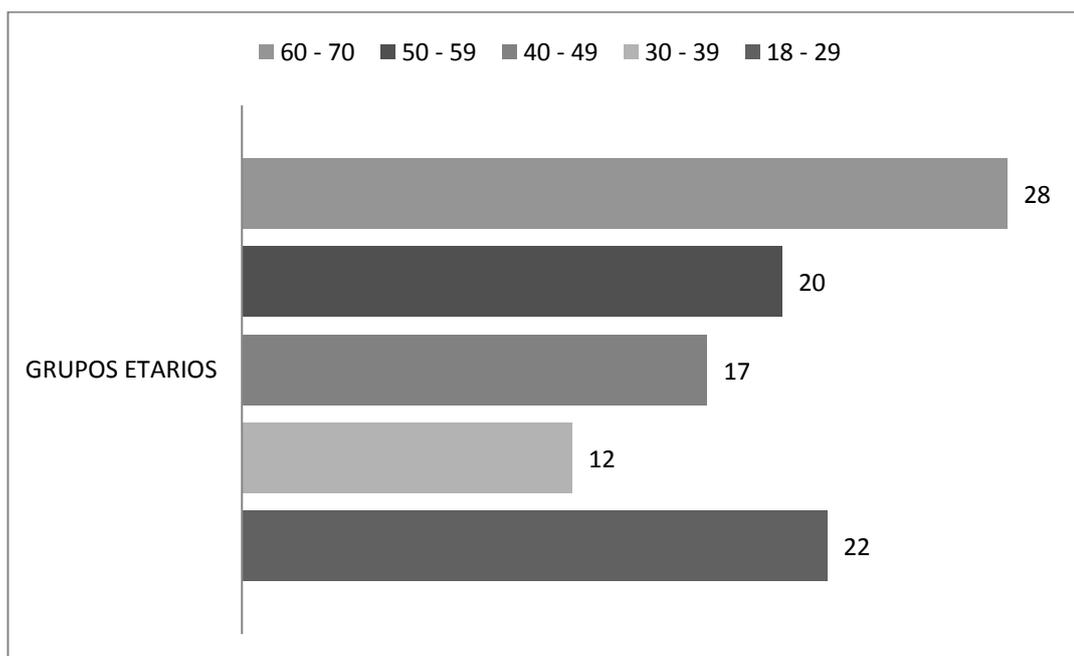


Gráfico 2. Porcentaje de pacientes según grupo etario.

La población en estudio fue dividida por sexo en masculino y femenino, obteniendo los siguientes datos:

SEXO	# DE PACIENTES
MASCULINO	22
FEMENINO	158
TOTAL	180

Tabla 2.Sexo

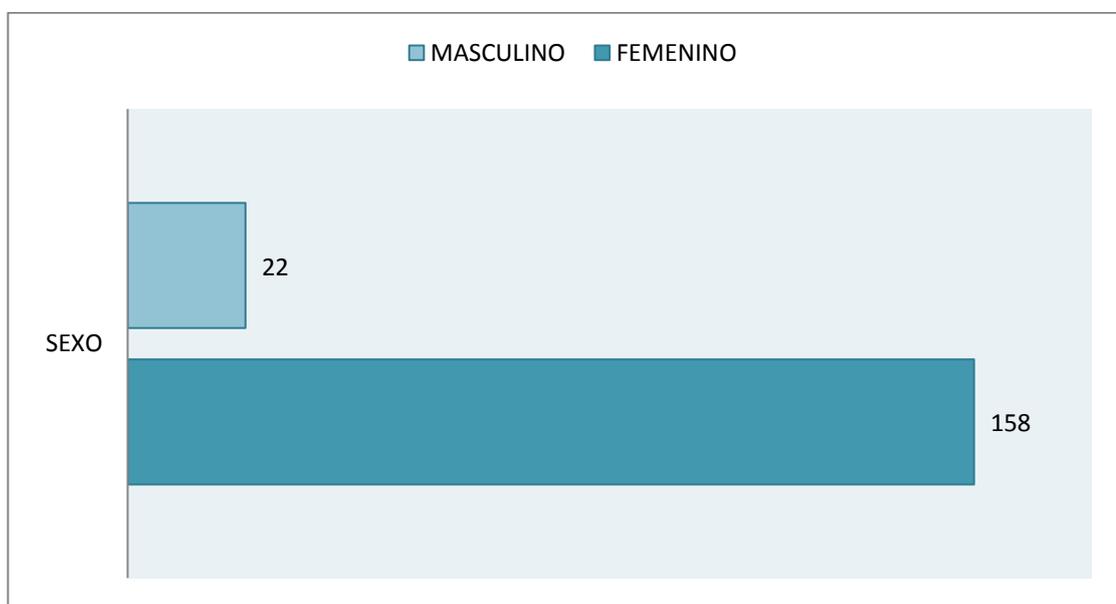


Gráfico 3. Número de pacientes de acuerdo con el sexo.

Se obtuvieron de un total de 180 pacientes, 22 pacientes de sexo masculino y 158 pacientes de sexo femenino, atribuyéndose un 12% y 88% respectivamente, siendo el sexo femenino la población de mayor presentación en este estudio.

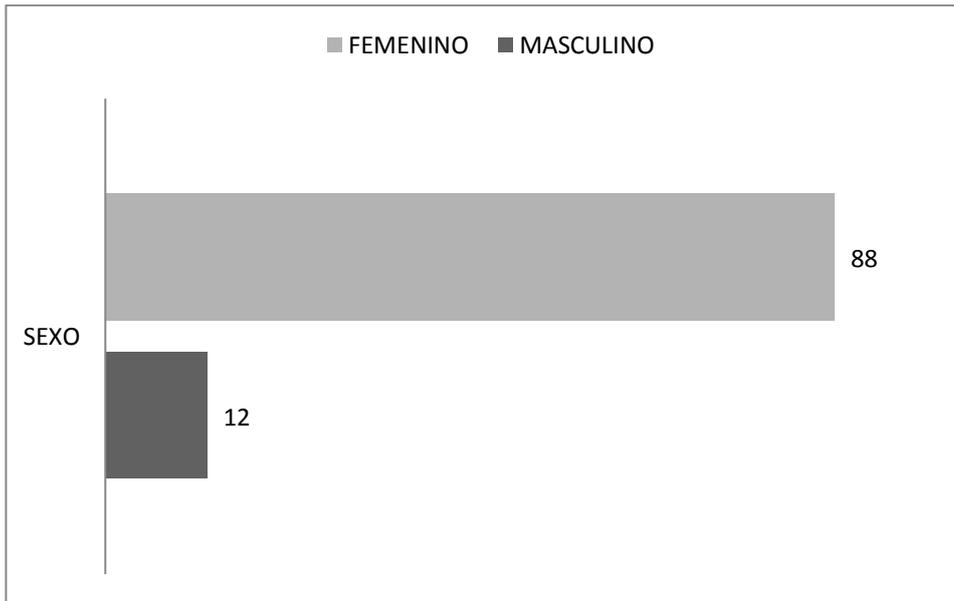


Gráfico 4. Porcentaje de pacientes según sexo.

De acuerdo con la diversidad de la población a nivel mundial, se dividió a los pacientes que acudieron a consulta de acuerdo a la raza: blanca, mestiza y afroamericana.

RAZA	# DE PACIENTES
BLANCA	16
AFROAMERICANA	11
MESTIZA	153
TOTAL	180

Tabla 3. Raza

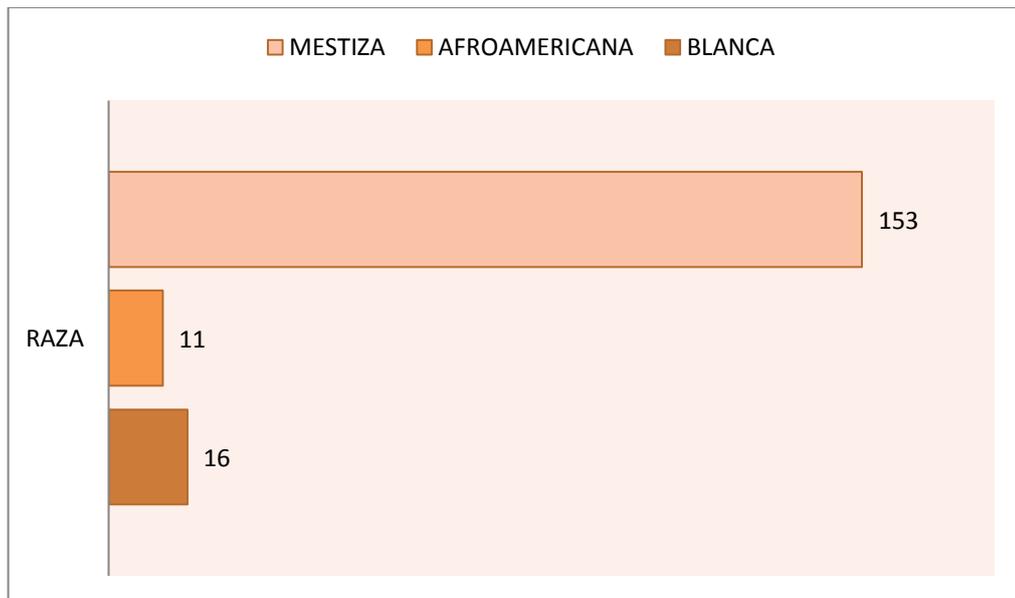


Gráfico 5. Número de pacientes según su raza

De la población total de 180 pacientes se obtuvieron con raza blanca un número de 16 pacientes con un 8,9%, con raza afroamericana con un número de 11 pacientes con un 6,1% y con raza mestiza con un número de 153 pacientes un 85%, siendo esta última de mayor presentación.

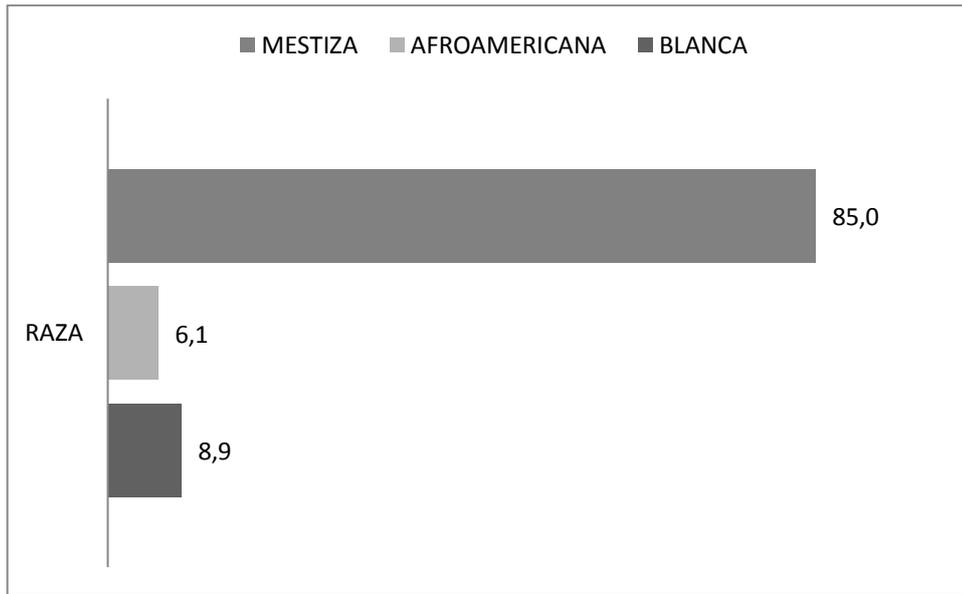


Grafico 6. Porcentaje de pacientes según su raza.

El estado nutricional de los pacientes fue obtenido mediante el cálculo del Índice de Masa Corporal, para lo cual los pacientes fueron pesados y tallados al momento de la entrevista. La población estudiada se dividió de la siguiente manera:

ESTADO NUTRICIONAL	# DE PACIENTES
NORMAL	100
SOBREPESO	70
OBESIDAD	10
TOTAL	180

Tabla 4. Estado Nutricional

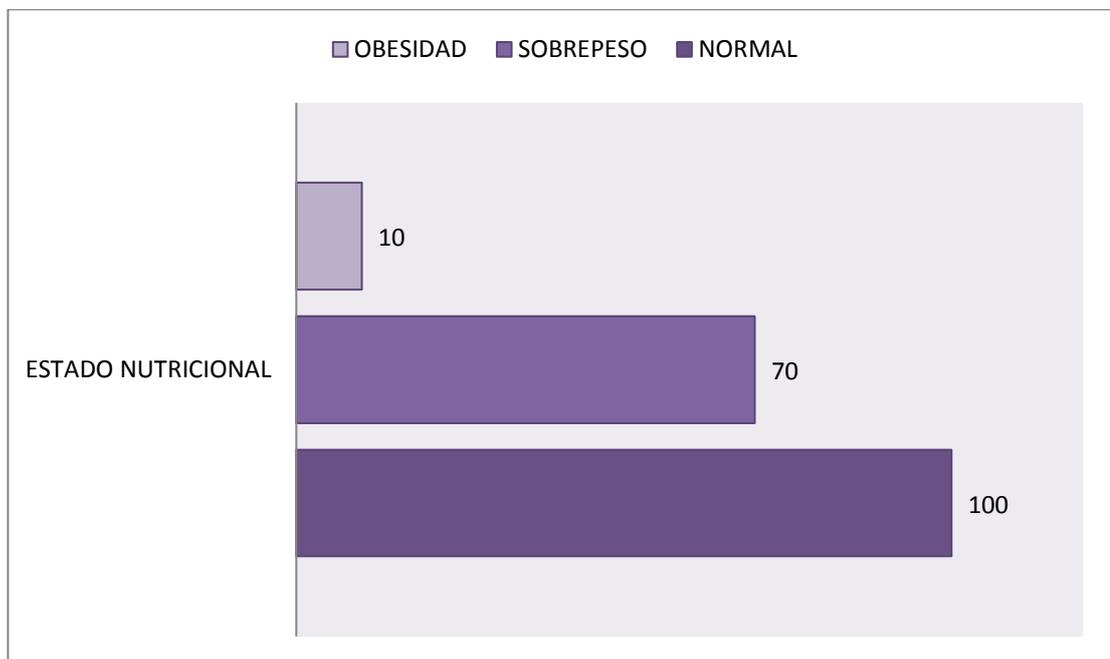


Gráfico 7. Número de pacientes según estado Nutricional

Los pacientes con normopeso fueron 100 siendo un 56% el mayor porcentaje de presentación, sobrepeso con un número de 70 pacientes con 38.9% y finalmente obesidad con un número de 10 pacientes con un 6% de presentación.

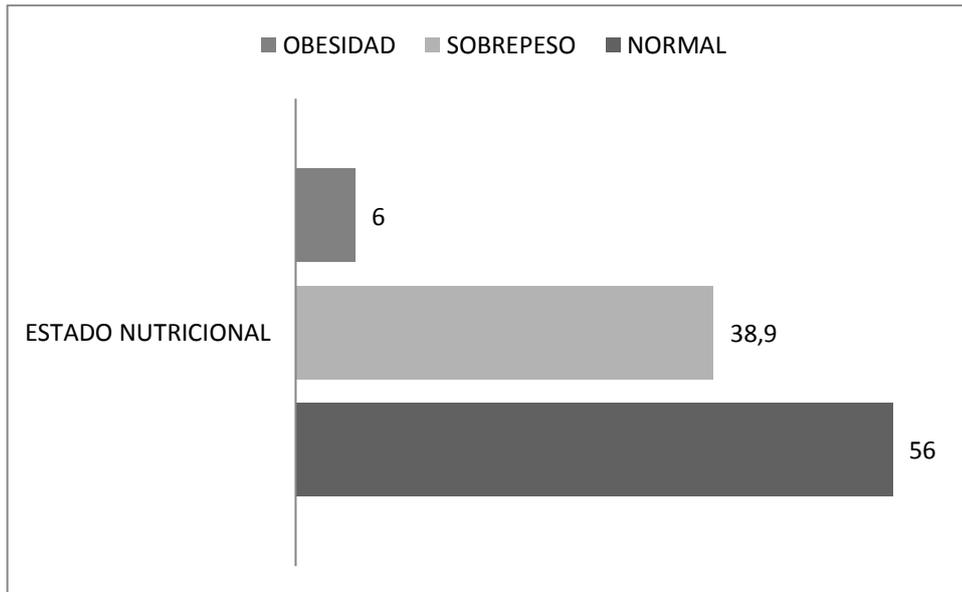


Gráfico 8. Porcentaje de pacientes según su estado nutricional.

De la muestra de 180 pacientes 158 fueron mujeres con un 88% las cuales presentan factores reproductores como:

- Nuliparidad
- Primer parto antes de los 30 años

NULIPARIDAD	# DE PACIENTES
SI	27
NO	131
NO APLICA (HOMBRES)	22
TOTAL	180

Tabla 5. Nuliparidad

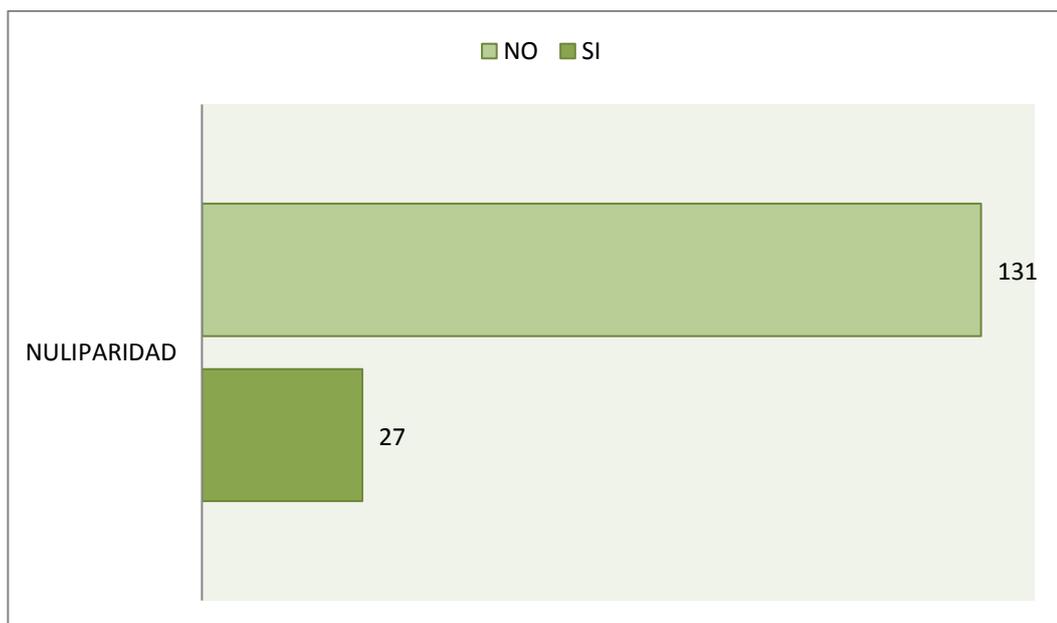


Gráfico 9. Pacientes mujeres nulíparas.

De 158 mujeres 27 pacientes presentaban como factor reproductor la nuliparidad con 15% de la población total.

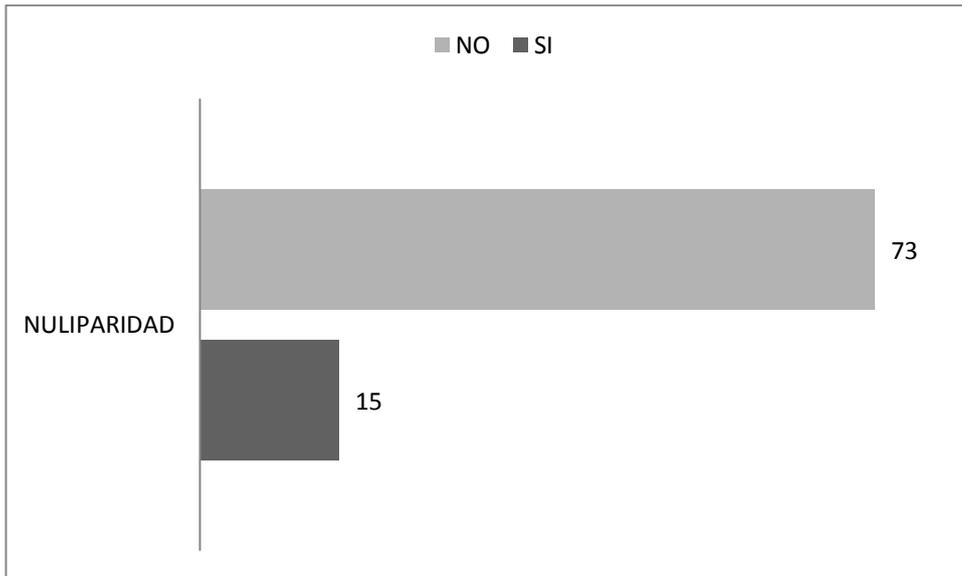


Grafico 10. Porcentaje de pacientes Nulíparas.

PRIMER PARTO POSTERIOR A LOS 30 AÑOS	#PACIENTES
SI	96
NO	29
NO APLICA (HOMBRES)	55
TOTAL	180

Tabla 6. Primer parto despues de los 30 años

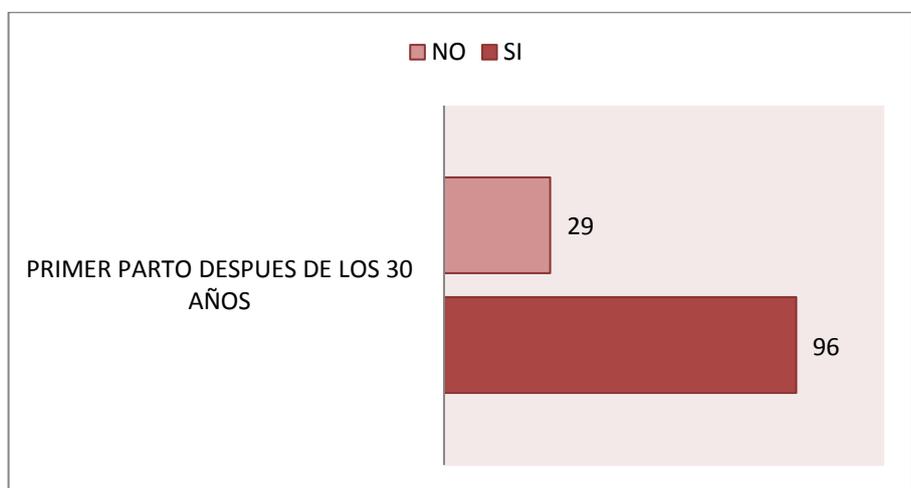


Gráfico 11. Pacientes mujeres que han tenido su primer parto después de los 30 años.

De las 158 pacientes mujeres de la población en estudio, 96 presentaron su primer parto después de los 30 años con un porcentaje del 53% de la población total.

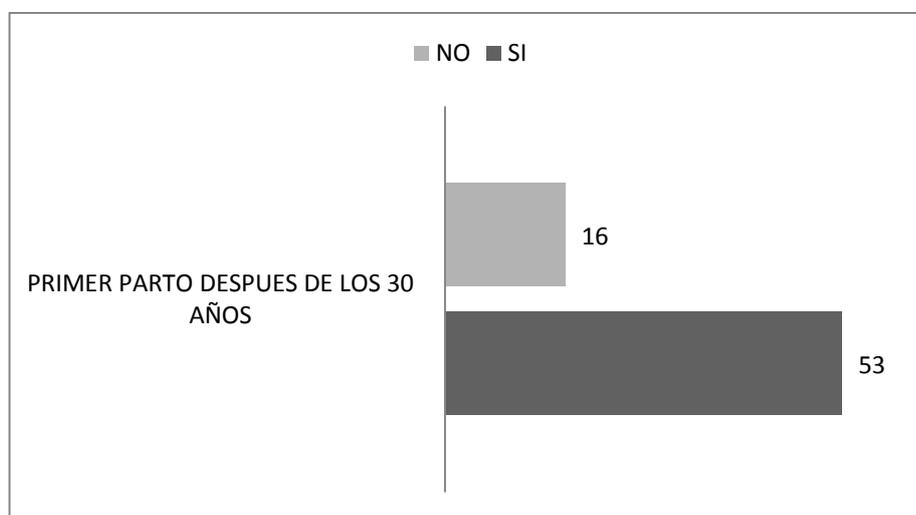


Gráfico 12. Porcentaje de mujeres que han presentado su primer parto después de los 30 años

Existen también factores menstruales relevantes en nuestro estudio como la menarquia precoz y la menopausia tardía que se detallan a continuación:

MENARQUIA PRECOZ	# DE PACIENTES
SI	100
NO	58
NO APLICA (HOMBRES)	22
TOTAL	180

Tabla 7. Menarquia Precoz

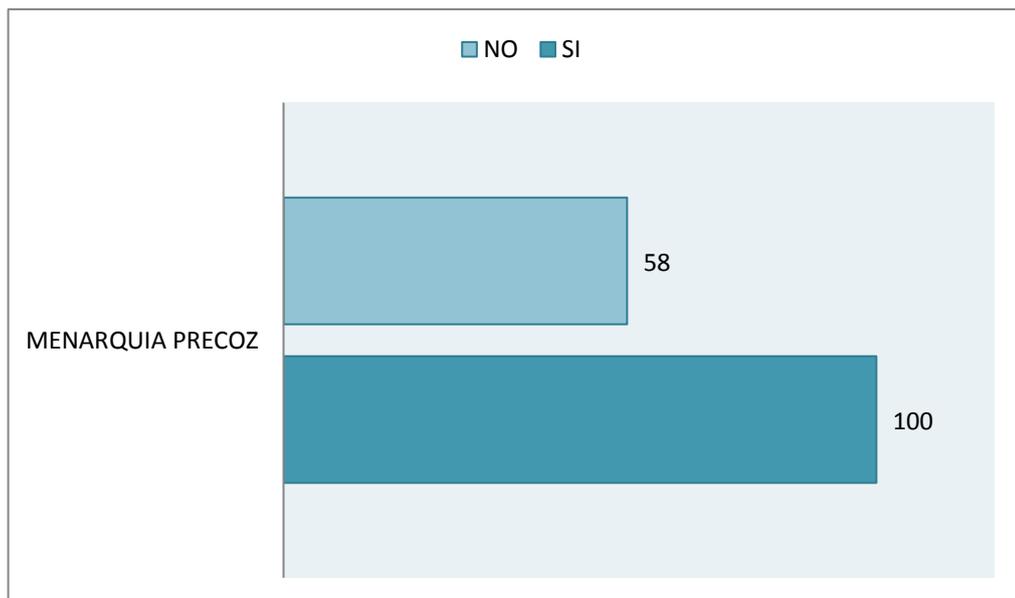


Gráfico 13. Pacientes mujeres que han presentado menarquia tardía.

Las pacientes mujeres que presentaron menarquia tardía fueron 100, con lo que representan el 56% de la población total.

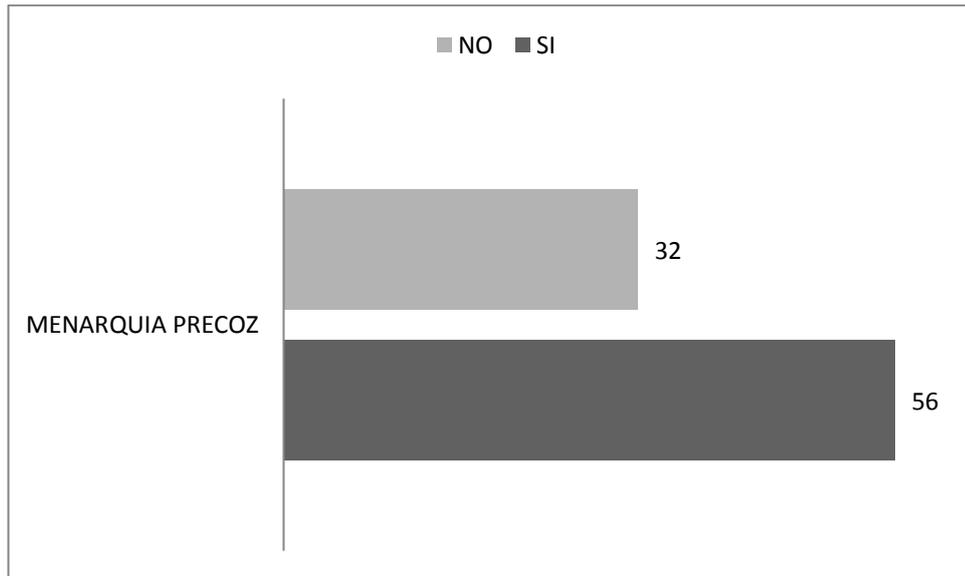


Gráfico 14. Porcentaje de mujeres que han presentado menarquia precoz.

MENOPAUSIA TARDIA	# DE PACIENTES
SI	30
NO	86
NO APLICA (HOMBRES)	64
TOTAL	180

Tabla 8. Menopausia Tardía

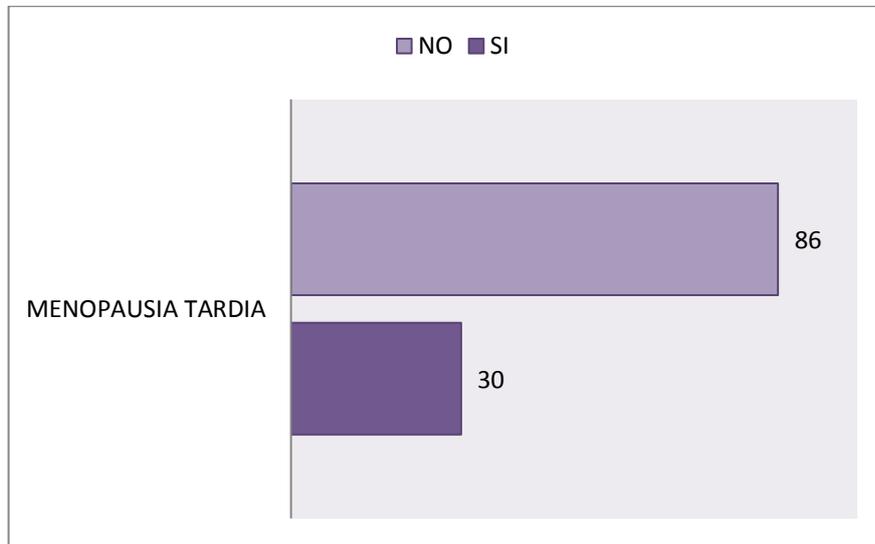


Grafico 15. Pacientes mujeres que han presentado menopausia tardía

De las 158 mujeres de la población 30 han presentado menopausia tardía como factor menstrual, siendo un 17% de la población total.

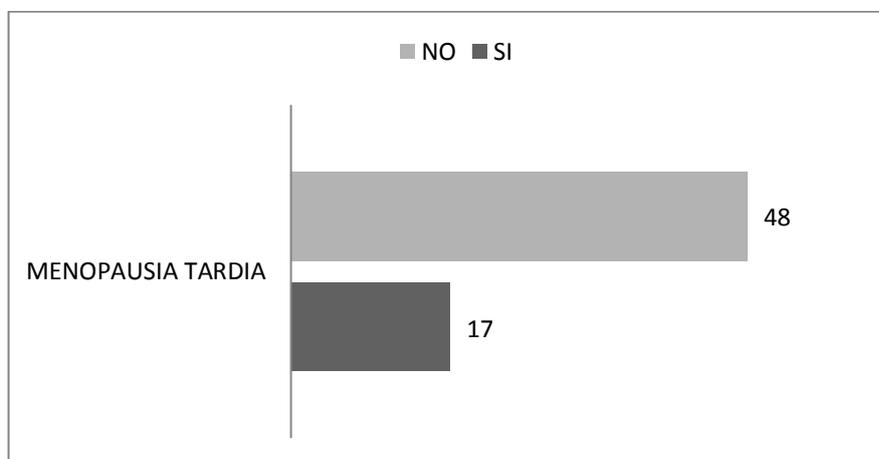


Grafico 16. Porcentaje de mujeres que han presentado menopausia tardía.

USO DE ANTICONCEPTIVOS	# DE PACIENTES
SI	79
NO	79
NO APLICA (HOMBRES)	22
TOTAL	180

Tabla 9. Uso de anticonceptivos



Grafico 17. Pacientes mujeres que usaban anticonceptivos

Las pacientes mujeres que usaban anticonceptivos hormonales ya sea oral o inyectable como método de planificación familiar fueron un número de 79, siendo un 44% de la población total.

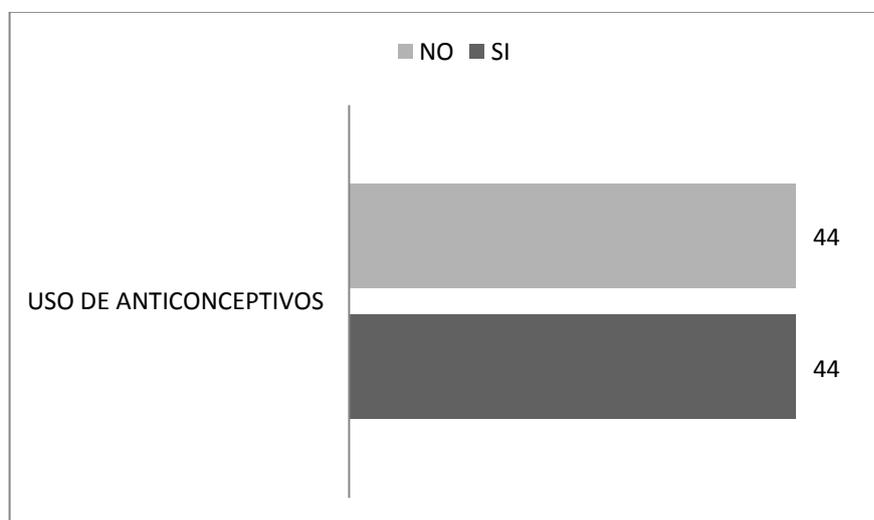


Grafico 18. Porcentaje de mujeres que usaban anticonceptivos.

TRATAMIENTO HORMONAL DE REEMPLAZO	# DE PACIENTES
SI	17
NO	99
NO APLICA (HOMBRES)	64
TOTAL	180

Tabla 10. Tratamiento Hormonal de Reemplazo

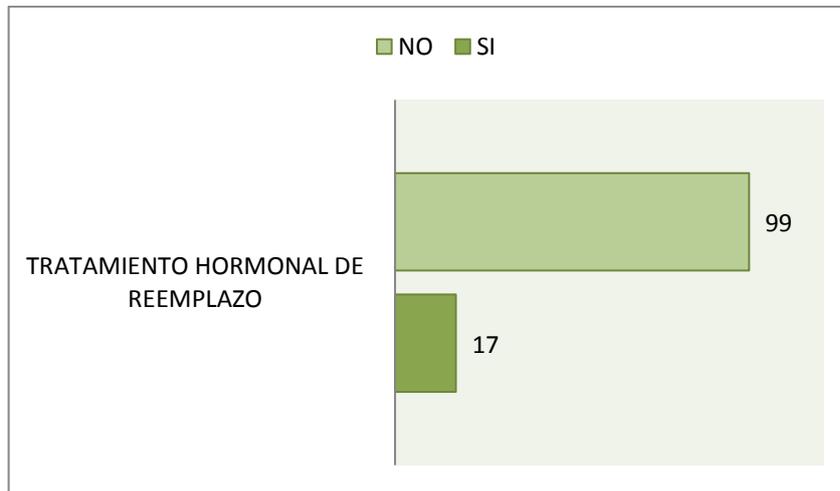


Gráfico 19. Pacientes mujeres en tratamiento hormonal de reemplazo

Las pacientes mujeres que se encontraban en tratamiento hormonal de reemplazo fueron un número de 17, siendo un 9% de la población total.

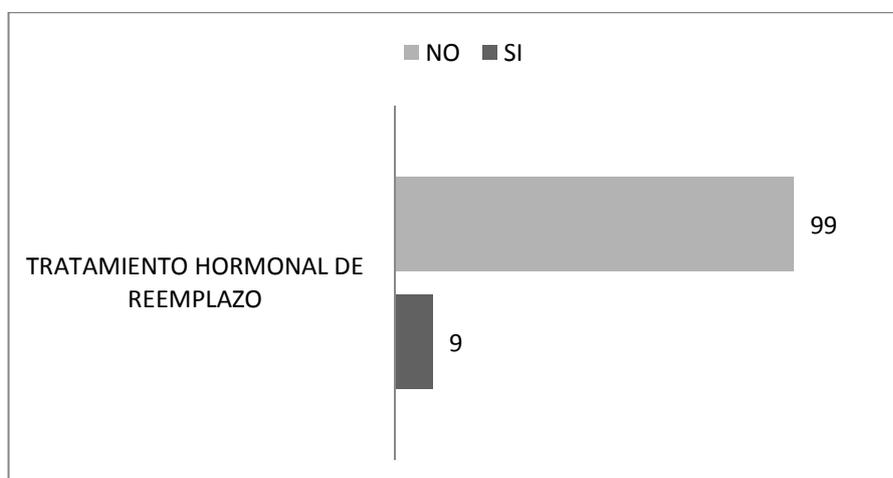


Gráfico 20. Porcentaje de mujeres en tratamiento hormonal de reemplazo.

RADIACIONES IONIZANTES	# DE PACIENTES
SI	24
NO	156
TOTAL	180

Tabla 11. Radiaciones Ionizantes

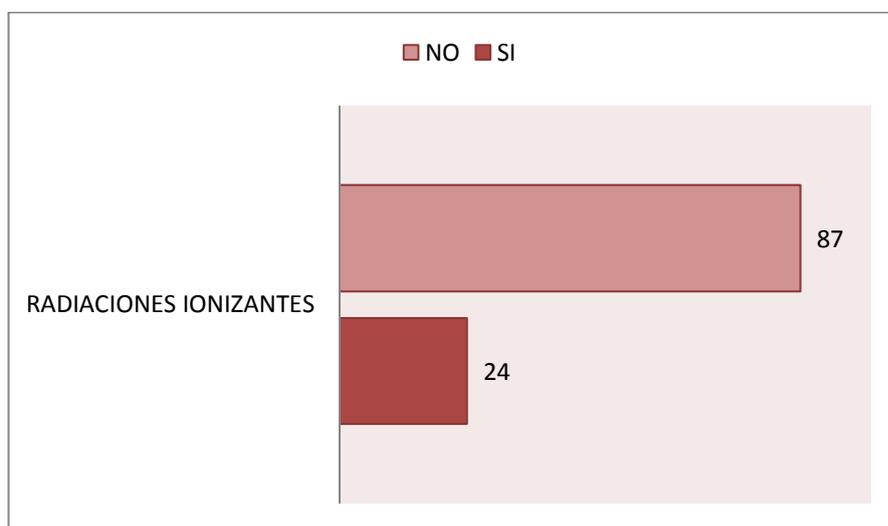


Gráfico 21. Pacientes que han sido expuestos a radiaciones ionizantes

Uno de los factores en estudio en la población investigada fue la exposición a radiaciones ionizantes, el número de personas expuesta a las misma por distintas patologías a lo largo de su vida fueron 24, siendo un 13% de la población total.

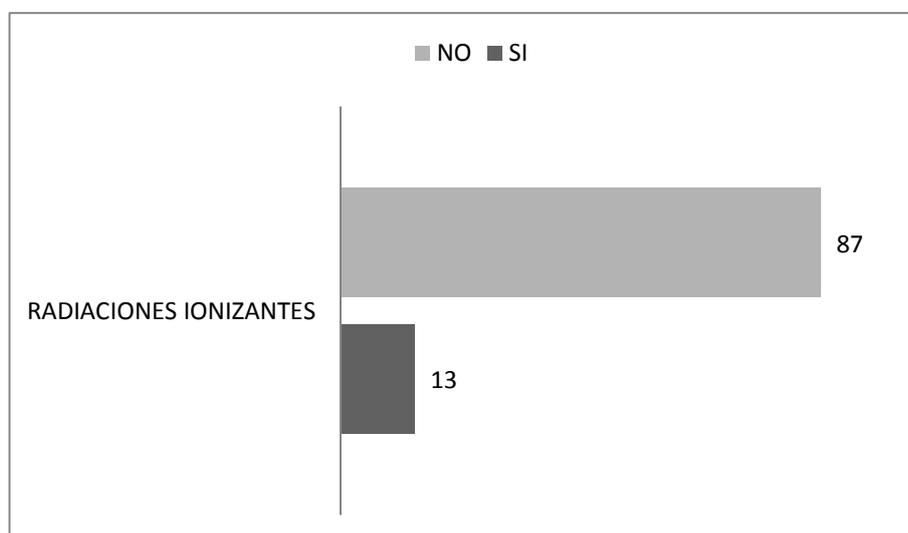


Gráfico 22. Porcentaje de pacientes expuestos a radiaciones ionizantes.

CONSUMO EXCESIVO DE ALCOHOL	# DE PACIENTES
SI	31
NO	149
TOTAL	180

Tabla 12. Consumo excesivo de Alcohol

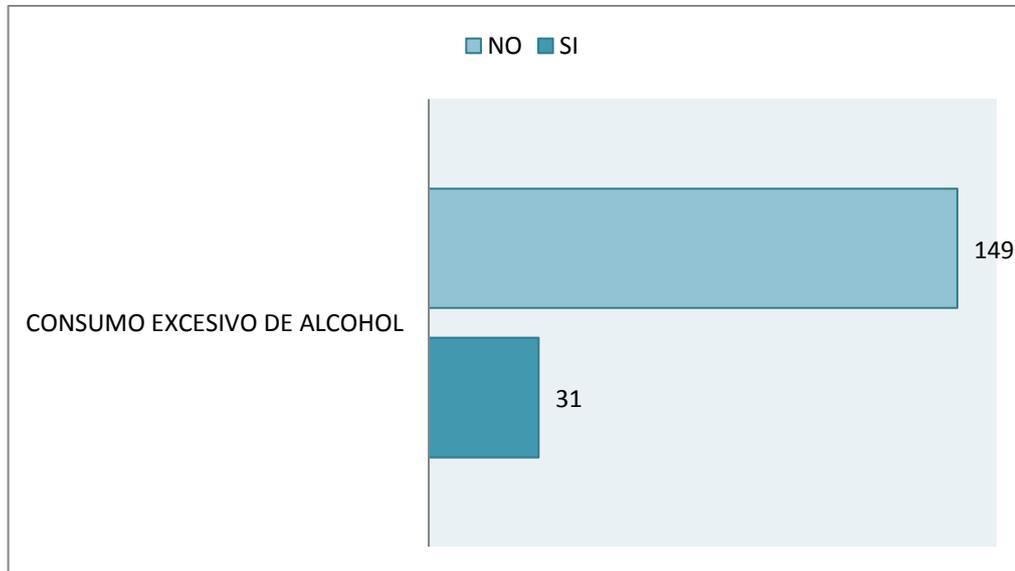


Gráfico 23. Pacientes con consumo excesivo de alcohol

Los pacientes que mantienen un consumo excesivo de alcohol de la población en estudio fueron 31 con un 17% de la población total.

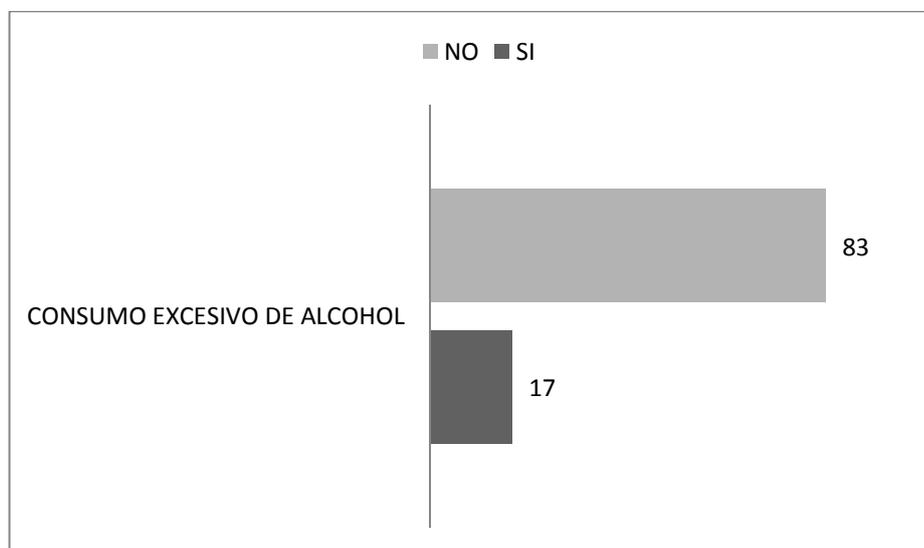


Gráfico 24. Porcentaje de pacientes con consumo excesivo de alcohol.

ANTECEDENTE PATOLOGICO FAMILIAR	# DE PACIENTES
SI	15
NO	165
TOTAL	180

Tabla 13. Antecedente Patológico Familiar de cáncer de mama.

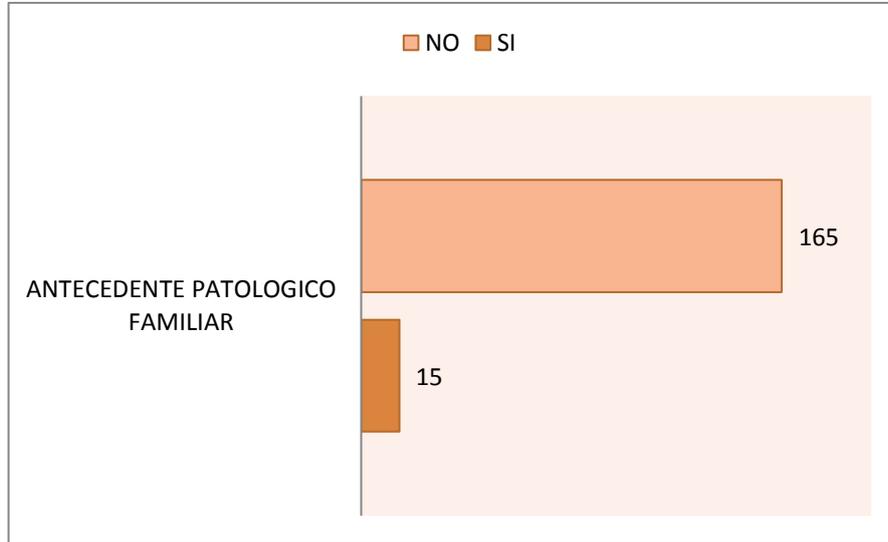


Gráfico 25. Pacientes con antecedente patológico familiar de cáncer de mama.

Uno de los factores de riesgo en estudio es el antecedente patológico familiar de cáncer de mama, de la población total un estudio 15 pacientes presentaron el antecedente, siendo un 8% de la población en general.

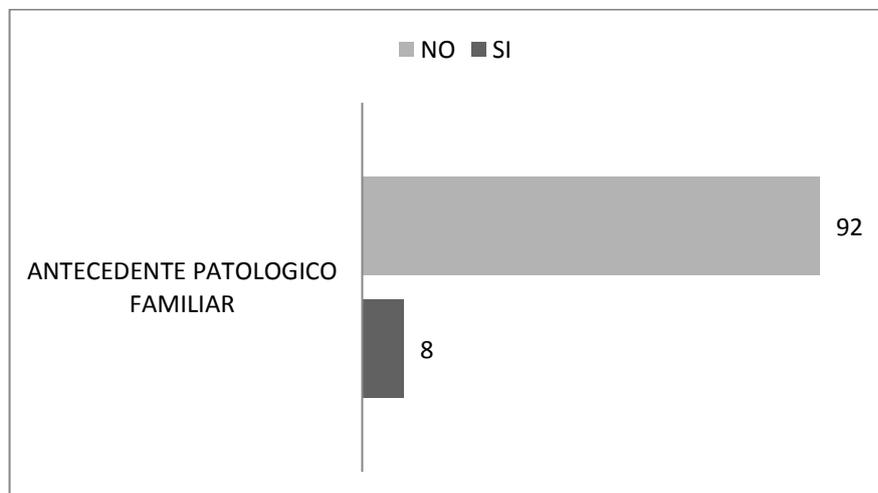


Gráfico 26. Porcentaje de pacientes con antecedente patológico familiar de cáncer.

Se realizó tabulaciones cruzadas con el programa de SPSS para la aprobación o descarte de hipótesis mediante el valor de chi cuadrado obtenido en ellas. Las hipótesis fueron las siguientes:

GRUPOETAREO*NULIPARIDAD tabulación cruzada

GRUPOETAREO	NULIPARIDAD			Total
	SI	NO	NO APLICA	
18 - 29 AÑOS	15	15	10	40
30 - 39 AÑOS	0	22	0	22
40 - 49 AÑOS	6	23	2	31
50 - 59 AÑOS	1	32	3	36
60 - 70 AÑOS	6	38	7	51
Total	28	130	22	180

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	Gl	Sig. asintótica (2 caras)
Chi-cuadrado de Pearson	40,225 ^a	8	,000
Razón de verosimilitud	44,859	8	,000
Asociación lineal por lineal	2,002	1	,157
N de casos válidos	180		

a. 6 casillas (40,0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 2,69.

Tabla 14. Tablas cruzadas, grupo etario vs nuliparidad

Análisis

Las pacientes mujeres de la población en estudio sin importar el grupo etario en el que se encuentren que presentan nuliparidad como factor de riesgo tienen una alta probabilidad de presentar cáncer de mama.

IDENTIFICACIONETNICA*NULIPARIDAD tabulación cruzada

Recuento

IDENTIFICACIONETNICA	NULIPARIDAD			Total
	SI	NO	NO APLICA	
BLANCA	0	12	4	16
AFROAMERICANA	4	7	0	11
MESTIZA	24	111	18	153
Total	28	130	22	180

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (2 caras)
Chi-cuadrado de Pearson	9,192 ^a	4	,056
Razón de verosimilitud	11,683	4	,020
Asociación lineal por lineal	1,639	1	,200
N de casos válidos	180		

a. 4 casillas (44,4%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 1,34.

Tabla 15. Tablas cruzadas, raza vs nuliparidad

Análisis:

De las mujeres nulíparas en la población en estudio la identidad étnica (raza) como factor de riesgo de cáncer de mama no aumenta la probabilidad de presentar la patología.

GRUPOETAREO*PARTO_1_MAYOR_A_30AÑOS tabulación cruzada

Recuento

GRUPOETAREO	PARTO_1_MAYOR_A_30AÑOS			Total
	SI	NO	NO APLICA	
18 -29 AÑOS	0	0	40	40
30 - 39 AÑOS	15	4	3	22
40 - 49 AÑOS	21	8	2	31
50 - 59 AÑOS	26	7	3	36
60 - 70 AÑOS	34	10	7	51
Total	96	29	55	180

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (2 caras)
Chi-cuadrado de Pearson	118,138 ^a	8	,000
Razón de verosimilitud	128,207	8	,000
Asociación lineal por lineal	57,008	1	,000
N de casos válidos	180		

a. 2 casillas (13,3%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 3,54.

Tabla 16. Tablas cruzadas, grupo etario vs primer parto después de los 30 años

Análisis:

Las pacientes mujeres de la población en estudio sin importar el grupo etario en el que se encuentren que han tenido su primer parto después de los 30 años tienen una alta probabilidad de presentar cáncer de mama.

IDENTIFICACIONETNICA*PARTO_1_MAYOR_A_30AÑOS tabulación cruzada

Recuento

IDENTIFICACIONETNICA	PARTO_1_MAYOR_A_30AÑOS			Total
	SI	NO	NO APLICA	
BLANCA	9	0	7	16
AFROAMERICANA	5	0	6	11
MESTIZA	82	29	42	153
Total	96	29	55	180

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (2 caras)
Chi-cuadrado de Pearson	8,739 ^a	4	,068
Razón de verosimilitud	12,567	4	,014
Asociación lineal por lineal	0,901	1	,342
N de casos válidos	180		

a. 4 casillas (44,4%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 1,77.

Tabla 17. Tablas cruzadas, raza vs primer parto después de los 30 años.

Análisis:

De las mujeres que han presentado su primer parto después de los 30 años en la población en estudio la identidad étnica (raza) como factor de riesgo de cáncer de mama no aumenta la probabilidad de presentar la patología.

GRUPOETAREO*MENARQUIA_PRECOZ tabulación cruzada

Recuento

GRUPOETAREO	MENARQUIA_PRECOZ			Total
	SI	NO	NO APLICA	
18 -29 AÑOS	20	10	10	40
30 - 39 AÑOS	9	13	0	22
40 - 49 AÑOS	19	10	2	31
50 - 59 AÑOS	23	10	3	36
60 - 70 AÑOS	30	14	7	51
Total	101	57	22	180

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (2 caras)
Chi-cuadrado de Pearson	17,440 ^a	8	,026
Razón de verosimilitud	18,182	8	,020
Asociación lineal por lineal	2,196	1	,138
N de casos válidos	180		

a. 4 casillas (26,7%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 2,69.

Tabla 18. Tablas cruzadas, grupo etario vs menarquia precoz

Análisis:

Las pacientes mujeres de la población en estudio sin importar el grupo etario en el que se encuentren que han presentado menarquia precoz como factor de riesgo pueden tener una alta probabilidad de presentar cáncer de mama.

GRUPOETAREO*USO_ANTICONCEPTIVOS tabulación cruzada

Recuento

GRUPOETAREO	USO_ANTICONCEPTIVOS			Total
	SI	NO	NO APLICA	
18 -29 AÑOS	19	11	10	40
30 - 39 AÑOS	15	7	0	22
40 - 49 AÑOS	8	21	2	31
50 - 59 AÑOS	18	15	3	36
60 - 70 AÑOS	19	25	7	51
Total	79	79	22	180

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	Gl	Sig. asintótica (2 caras)
Chi-cuadrado de Pearson	23,164 ^a	8	,003
Razón de verosimilitud	24,684	8	,002
Asociación lineal por lineal	0,152	1	,697
N de casos válidos	180		

a. 4 casillas (26,7%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 2,69.

Tabla 19. Tablas cruzadas, grupo etario vs uso de anticonceptivos.

Análisis:

Las pacientes mujeres de la población en estudio sin importar el grupo etario que tomen anticonceptivos hormonales ya sea oral o inyectable tienen una alta probabilidad de presentar cáncer de mama.

GRUPOETAREO*MENOPAUSIA_TARDIA tabulación cruzada

GRUPOETAREO	MENOPAUSIA_TARDIA			Total
	SI	NO	NO APLICA	
18 -29 AÑOS	0	0	40	40
30 - 39 AÑOS	0	0	22	22
40 - 49 AÑOS	8	21	2	31
50 - 59 AÑOS	5	31	0	36
60 - 70 AÑOS	17	34	0	51
Total	30	86	64	180

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	Gl	Sig. asintótica (2 caras)
Chi-cuadrado de Pearson	178,381 ^a	8	,000
Razón de verosimilitud	223,978	8	,000
Asociación lineal por lineal	107,639	1	,000
N de casos válidos	180		

a. 1 casillas (6,7%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 3,67.

Tabla 20. Tablas cruzadas, grupo etario vs menopausia tardía.

Análisis

Las pacientes mujeres de la población en estudio sin importar el grupo etario en el que se encuentren que han presentado menopausia tardía como factor de riesgo pueden tener una alta probabilidad de presentar cáncer de mama.

GRUPOETAREO*ESTADO_NUTRICIONAL tabulación cruzada

Recuento

GRUPOETAREO	ESTADO_NUTRICIONAL			Total
	NORMAL	SOBREPESO	OBESIDAD	
18 -29 AÑOS	22	16	2	40
30 - 39 AÑOS	17	3	2	22
40 - 49 AÑOS	15	15	1	31
50 - 59 AÑOS	22	11	3	36
60 - 70 AÑOS	24	24	3	51
Total	100	69	11	180

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	Gl	Sig. asintótica (2 caras)
Chi-cuadrado de Pearson	10,065 ^a	8	,260
Razón de verosimilitud	11,001	8	,202
Asociación lineal por lineal	0,897	1	,344
N de casos válidos	180		

a. 5 casillas (33,3%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 1,34.

Tabla 21. Tablas cruzadas, grupo etario vs estado nutricional.

Análisis:

En los pacientes ya sea hombres o mujeres de la población total y sin importar el grupo etario en el que se encuentren el estado nutricional no es un factor de riesgo que aumente la probabilidad de presentar cáncer de mama.

GRUPOETAREO*TRATAMIENTO_HORMONAL_REEMPLAZO tabulación cruzada

Recuento

GRUPOETAREO	TRATAMIENTO_HORMONAL_REEMPLAZO			Total
	SI	NO	NO APLICA	
18 -29 AÑOS	0	0	40	40
30 - 39 AÑOS	0	0	22	22
40 - 49 AÑOS	4	27	0	31
50 - 59 AÑOS	2	34	0	36
60 - 70 AÑOS	11	40	0	51
Total	17	101	62	180

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	Gl	Sig. asintótica (2 caras)
Chi-cuadrado de Pearson	186,812 ^a	8	,000
Razón de verosimilitud	236,644	8	,000
Asociación lineal por lineal	116,084	1	,000
N de casos válidos	180		

a. 5 casillas (33,3%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 2,08.

Tabla 22. Tablas cruzadas, grupo etario vs tratamiento hormonal de reemplazo.

Análisis:

Las pacientes mujeres de la población en estudio sin importar el grupo etario en el que se encuentren en tratamiento hormonal de reemplazo tienen una alta probabilidad de presentar cáncer de mama.

GRUPOETAREO*CONSUMO_EXCESIVO_ALCOHOL tabulación cruzada
Recuento

GRUPOETAREO	CONSUMO_EXCESIVO_ALCOHOL		
	SI	NO	
18 -29 AÑOS	11	29	40
30 - 39 AÑOS	5	17	22
40 - 49 AÑOS	6	25	31
50 - 59 AÑOS	4	32	36
60 - 70 AÑOS	5	46	51
Total	31	149	180

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (2 caras)
Chi-cuadrado de Pearson	6,442 ^a	4	,168
Razón de verosimilitud	6,450	4	,168
Asociación lineal por lineal	6,199	1	,013
N de casos válidos	180		

a. 1 casillas (10,0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 3,79.

Tabla 23. Tablas cruzadas, grupo etario vs consumo excesivo de alcohol.

Análisis

En los pacientes ya sea hombres o mujeres de la población total y sin importar el grupo etario con un consumo excesivo de alcohol no es un factor de riesgo que aumente la probabilidad de presentar cáncer de mama.

GRUPOETAREO*RADIACION_IONIZANTE tabulación cruzada

Recuento

GRUPOETAREO	RADIACION_IONIZANTE		
	SI	NO	
18 -29 AÑOS	6	34	40
30 - 39 AÑOS	4	18	22
40 - 49 AÑOS	2	29	31
50 - 59 AÑOS	3	33	36
60 - 70 AÑOS	9	42	51
Total	24	156	180

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (2 caras)
Chi-cuadrado de Pearson	3,414 ^a	4	,491
Razón de verosimilitud	3,668	4	,453
Asociación lineal por lineal	0,001	1	,977
N de casos válidos	180		

a. 3 casillas (30,0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 2,93.

Tabla 24. Tablas cruzadas, grupo etario vs radiaciones ionizantes.

Análisis:

En los pacientes ya sea hombres o mujeres de la población total y sin importar el grupo etario que han sido expuestas a radiaciones ionizantes, estas no son un factor de riesgo que aumente la probabilidad de presentar cáncer de mama.

GRUPOETAREO*ANTECEDENTES_PATLOGICOS tabulación cruzada

Recuento

GRUPOETAREO	ANTECEDENTES_PATLOGICOS		Total
	SI	NO	
18 -29 AÑOS	1	39	40
30 - 39 AÑOS	5	17	22
40 - 49 AÑOS	1	30	31
50 - 59 AÑOS	3	33	36
60 - 70 AÑOS	6	45	51
Total	16	164	180

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (2 caras)
Chi-cuadrado de Pearson	8,980 ^a	4	,062
Razón de verosimilitud	8,618	4	,071
Asociación lineal por lineal	0,682	1	,409
N de casos válidos	180		

a. 5 casillas (50,0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 1,96.

Tabla 25. Tablas cruzadas, grupo etario vs antecedente patológico familiar de cáncer de mama.

Análisis:

En los pacientes ya sea hombres o mujeres de la población total y sin importar el grupo etario que tienen antecedentes patológicos familiares de cáncer de mama no aumenta la probabilidad de presentar cáncer de mama.

4.2. DISCUSION

Se demostró que la edad promedio de la población total de 180 pacientes fue de 46 años de edad, a pesar de que la mayoría de la población se encontró en el grupo etario de 60-70 años de edad (28%) los cuales se encasillan con el factor de riesgo de edad mayor de 55 años; al igual que en un estudio realizado en Chihuahua, México por Ivonne Salas y col. que incluyó un número de 100 pacientes, cuyo grupo etario más frecuente fue entre los 50 a 70 años de edad; y donde se evidenció que existe mayor riesgo entre los 50-60 años con un 32%, definiendo así que este factor de riesgo predispone a la patología. (11)

En este estudio el sexo predominante fue el femenino (88%) y en su gran mayoría fueron de raza mestiza (85%), factor dependiente de la demografía ecuatoriana, por lo cual podemos establecer que la raza como factor de riesgo de cáncer de mamá no es estadísticamente significativo ($p > 0.05$), a diferencia del estudio realizado en Paraná, Brasil realizado por Jéssica Carvalho de Matos y col. en el cual se tomó como muestra a 439 mujeres entre 40 y 69 años de edad predominantemente de raza blanca que evidencia una prevalencia de 81,1%. (12)

La población estudiada presentó mayor incidencia de pacientes con estado nutricional normal (56%), caracterizando a este factor de riesgo como estadísticamente no significativo $p = 0.260$; al contrario de los resultados evidenciados en el estudio realizado en México por J. Aguilar Cordero y col. en el cual se incluyó a 230 mujeres y se concluyó que las pacientes con sobrepeso y obesidad presenta un riesgo mayor de padecer cáncer de mama. (13)

Los antecedentes heredofamiliares de cáncer de mamá es otro de los factores de riesgo a discusión, en la muestra se encontró solo un 8% de pacientes que presentaron este mencionado antecedente, lo cual evidenció

que este factor de riesgo no es estadísticamente significativo (0.062) dentro de la población en estudio; a diferencia del estudio realizado en Caracas, Venezuela por Dimas Hernández y col. el cual incluyó como muestra a 1527 pacientes los cuales se dividieron en 3 grupos: mujeres con cáncer de mamá, con patología mamaria benigna, y pacientes sanas como grupo control, este estudio concluyó que el antecedente familiar de cáncer de mamá es un factor predisponente importante al comparar pacientes sanos versus enfermos ($P= 0,0000001$).

En este mismo estudio realizado en mujeres venezolanas la menarquia temprana no obtuvo significancia estadística ($p=0.36$) a diferencia del presente trabajo en el cual la menarquia precoz como factor de riesgo de cáncer de mama tuvo significancia estadística ($p=0.026$), la menopausia tardía por otra parte en el estudio venezolano fue significativa ($p=0.033$) al igual que en el presente estudio ($p=0.0001$).

La nuliparidad como factor de riesgo fue altamente significativa en este estudio ($p=0.0001$) al igual que en la pacientes venezolanas ($p=0.00009$) en el cual concluyeron que este factor es muy predisponente a la patología ya que se encontraba en la mayoría de las pacientes enfermas. (14)

El primer parto después de los 30 años es considerado otro de estos factores predisponentes, en este estudio fue estadísticamente significativo (0.0001) a diferencia de un estudio realizado en la Habana, Cuba por Luana Argote y col. donde este factor de riesgo no fue determinante para la presentación de cáncer de mama ya que solo estuvo presente en un 14% de la muestra. (15)

Además este estudio demostró que el uso de anticonceptivos oral y la terapia hormonal de reemplazo son determinantes para la presentación de esta patología. ($p= 0.003$, $p=0.0001$ respectivamente). En Ankara, Turquía se realizó un estudio que contradice estos resultados antes mencionados

ya que en su muestra de 2862 casos en los cuales solo 274 pacientes presentaron cáncer de mama, el uso de anticonceptivos orales y tratamiento hormonal de reemplazo no fueron asociados con cáncer de mama ($p=0.39$, $p=0.6$ respectivamente). (16)

El consumo excesivo de alcohol no fue estadísticamente significativo en este estudio ($p=0.168$) ya que la población que tenía este hábito fue del 17%. Este factor de riesgo se ha establecido como determinante de esta patología por su asociación con los tumores positivos a receptores de estrógenos cuyo mecanismo biológico es aún desconocido, el estudio realizado por Jun Wang y col. publicado en Breast Cancer Research sugiere que el consumo moderado de alcohol equivalente a uno o más bebidas por día, está asociado con varios procesos y caminos biológicos específicos y reproducibles, implicados en la carcinogénesis del cáncer de mama. (17)

Finalmente la exposición a radiaciones ionizantes en la población en estudio fue de un 13%, sin significación estadística ($p=0.491$). Preston D L y col. en su estudio publicado en el British Journal of Cancer en el que se incluyó a 1922 pacientes femeninas tecnólogos radiológicos con cáncer de mama concluyó que la radiación ocupacional se vio directamente relacionada con el cáncer de mama. (18)

CAPITULO 5. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1. Conclusiones

Los factores de riesgo de mayor incidencia en la población fueron: menarquia tardía, primer parto después de los 30 años y anticonceptivos hormonales respectivamente. Por otra parte factores de riesgo que presentaron porcentajes de incidencia menores fueron: antecedente patológico familiar de cáncer de mama, tratamiento hormonal de reemplazo, exposición a radiaciones ionizantes, nuliparidad, menopausia tardía y consumo excesivo de alcohol respectivamente. El estado nutricional de la mayoría de los pacientes fue normal.

Los factores sociodemográficos se describen de mayor a menor incidencia en el siguiente orden: sexo femenino, grupo etario entre los 60 a 70 años de edad y raza blanca.

A través del estudio estadístico realizado mediante tablas de porcentajes y la comparación de variables utilizando como herramienta el chi cuadrado se estableció la relación de cada uno de los factores de riesgo con la probabilidad de presentar cáncer de mama. Finalmente se concluye lo siguiente:

- Las pacientes de sexo femenino sin importar el grupo etario en el que se encuentren que presenten otro factor de riesgo predisponente al cáncer de mama específico de su sexo presentan una alta probabilidad de desarrollar esta patología.
- Factores de riesgo como el estado nutricional y consumo excesivo de alcohol, antecedente patológico familiar y exposición a radiaciones ionizantes, independientemente del sexo y sin importar

el grupo etario tienen baja probabilidad de presentar cáncer de mama.

- La raza como factor de riesgo de cáncer de mama no aumenta la probabilidad de presentar esta patología.

5.2. Recomendaciones

Como recomendaciones es de vital importancia desarrollar programas de promoción de la salud con el fin de educar a la población en riesgo para prevenir esta patología mediante la corrección de los factores modificables.

Implementar con ayuda de los médicos de atención primaria el instruir a los pacientes sobre el autoexamen mamario con el fin de detectar cualquier anomalía en etapa temprana.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Smith E. The Edwin Smith Surgical Papyrus [Internet]. 1st ed. Chicago: Henry Breasted; 1930 [cited 16 January 2017]. Available from: <https://oi.uchicago.edu/research/publications/oip/edwin-smith-surgical-papyrus-volume-1-hieroglyphic-transliteration>
2. Beltran A. Cáncer de Mama-México [Internet]. 1st ed. México; 2010 [cited 16 January 2017]. Available from: http://www.facmed.unam.mx/sms/temas/2010/10_oct_2k10.pdf
3. Estadísticas del Cáncer de Mama [Internet]. 1st ed. Guayaquil: Sociedad de Lucha Contra el Cáncer del Ecuador; 2017 [cited 16 January 2017]. Available from: <http://www.estadisticas.med.ec/webpages/publicaciones2.jsp?tipo=2>
4. Chamarro JSarmiento W. FRECUENCIA DEL PATRON DE DENSIDAD MAMOGRAFICA EN CANCER DE MAMA SEGUN LAS CATEGORIAS DETERMINADAS POR LA ACR EN LAS PACIENTES QUE ACUDIERON AL HOSPITAL DE SOLCA NUCLEO QUITO DURANTE EL PERIODO DE ENERO A DICIEMBRE DEL 2008 [Doctorado]. Universidad Central del Ecuador; 2012.
5. Latest world cancer statistics Global cancer burden rises to 14.1 million new cases in 2012: Marked increase in breast cancers must be addressed [Internet]. 1st ed. Geneva: The International Agency for Research on Cancer (IARC); 2013 [cited 16 January 2017]. Available from: https://www.iarc.fr/en/media-centre/pr/2013/pdfs/pr223_E.pdf
6. Tabár L, Gad A, Holmberg L, Ljungquist U, Fagerberg C, Baldetorp L et al. REDUCTION IN MORTALITY FROM BREAST CANCER AFTER MASS SCREENING WITH MAMMOGRAPHY [Internet]. The Lancet. 2017 [cited 16 January 2017]. Available from: [http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(85\)92204-4/abstract?cc=y=](http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(85)92204-4/abstract?cc=y=)

7. Gómez F. Evaluación cuantitativa del riesgo de cáncer de mama. Clínica Las Condes [Internet]. 2006 [cited 16 January 2017];(14):149-163. Available from: http://www.mastologia.cl/pto_docente/006_evlcn_cnttv.pdf
8. Cáncer de Mama [Internet]. 1st ed. Madrid: Amador de los Ríos; 2014 [cited 16 January 2017]. Available from: https://www.aecc.es/_layouts/AECC/loginfba.aspx?ReturnUrl=%2fComunicacion%2fpublicaciones%2fDocuments%2fForms%2fAllItems.aspx
9. D' Agostino R, Castañeda A, Di Iorio F. Epidemiología del Cáncer de Mama Distrito II [Internet]. 1st ed. Avellaneda; 2002 [cited 16 January 2017]. Available from: <http://www.colmed2.org.ar/images/publ03.pdf>
10. Guía Clínica CANCER DE MAMA [Internet]. 1st ed. Santiago; 2011 [cited 16 January 2017]. Available from: <http://www.minsal.cl/guias2010/>
11. Salas I, Ramirez B, Apodaca E. Factores de riesgo para la presentación de cáncer de mama en el Centro Médico Nacional Siglo XXI Chihuahua, México. CIMEL Ciencia e Investigación Médica Estudiantil Latinoamericana [Internet]. 2006 [cited 1 September 2017];11(2):62-66. Available from: <http://www.redalyc.org/exportarcita.oa?id=71711205>
12. Carvalho de Matos J, Pelloso S, de Barros Carvalho M. Prevalencia de factores de riesgo para el cáncer de mama en el municipio de Maringá, en el estado de Paraná, Brasil. Revista Latino-Americana de Enfermagem [Internet]. 2010 [cited 10 July 2017];18(3):57-64. Available from: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v18n3/es_09.pdf
13. Aguilar M, Neri M, Padilla C, Pimentel M, Garcia A, Sanchez M. Factores de riesgo como pronóstico de padecer cáncer de mama en un estado de México. Nutrición Hospitalaria [Internet]. 2012 [cited 8 June 2017];27(5):1631-1636. Available from: <http://scielo.isciii.es/pdf/nh/v27n5/38original29.pdf>

14. Hernandez D, Borges R, Marquez G, Betancourt L. Revista Venezolana de Oncologia [Internet]. 2010 [cited 1 May 2017];22(1):16-31. Available from: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=375634862007>
15. Argote L, Toledo G, Delgado R, Domínguez D, Cano P, Noa A et al. Revista Cubana de Salud y Trabajo [Internet]. 2010 [cited 1 June 2017];. Available from: http://bvs.sld.cu/revistas/rst/vol11_1_10/rst011110.pdf
16. Ozsoy A, Barca N, Akdal Dolek B, Aktas H, Elverici E, Araz L et al. The Relationship Between Breast Cancer and Risk Factors: A Single-Center Study. European Journal of Breast Health [Internet]. 2017 [cited 2 May 2017];13(3):145-149. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28894854>
17. Wang J, Heng Y, Eliassen A, Tamimi R, Hazra A, Carey V et al. Alcohol consumption and breast tumor gene expression. Breast Cancer Research [Internet]. 2017 [cited 30 September 2017];19(1). Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5596493/>
18. Preston D, Kitahara C, Freedman D, Sigurdson A, Simon S, Little M et al. Breast cancer risk and protracted low-to-moderate dose occupational radiation exposure in the US Radiologic Technologists Cohort, 1983–2008. British Journal of Cancer [Internet]. 2016 [cited 5 July 2017];115(9):1105-1112. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27623235>
19. VoPham T, DuPré N, Tamimi R, James P, Bertrand K, Vieira V et al. Environmental radon exposure and breast cancer risk in the Nurses' Health Study II. Environmental Health [Internet]. 2017 [cited 30 September 2017];16(1). Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28882148>
20. Ekwueme D, Allaire B, Parish W, Thomas C, Poehler D, Guy G et al. Estimation of Breast Cancer Incident Cases and Medical Care Costs Attributable to Alcohol Consumption Among Insured Women Aged <45 Years in the U.S. American Journal of Preventive Medicine [Internet]. 2017 [cited 31

September 2017];53(3):S47-S54. Available from:
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28882148>

21. Sholl L, Barletta J, Hornick J. Radiation-associated neoplasia: clinical, pathological and genomic correlates. *Histopathology* [Internet]. 2016 [cited 7 May 2017];70(1):70-80. Available from:
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27960236>
22. Akram M, Iqbal M, Daniyal M, Khan A. Awareness and current knowledge of breast cancer. *Biological Research* [Internet]. 2017 [cited 10 October 2017];50(1). Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28969709>
23. Jacobsen K, Lynge E, Tjønneland A, Vejborg I, von Euler-Chelpin M, Andersen Z. Alcohol consumption and mammographic density in the Danish Diet, Cancer and Health cohort. *Cancer Causes & Control* [Internet]. 2017 [cited 1 October 2017];. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28965165>
24. McNeil M. Menopausal Hormone Therapy. *JAMA*. 2017;318(10):911.
25. Krul I, Opstal–van Winden A, Aleman B, Janus C, van Eggermond A, De Bruin M et al. Breast Cancer Risk After Radiation Therapy for Hodgkin Lymphoma: Influence of Gonadal Hormone Exposure. *International Journal of Radiation Oncology*Biography*Physics* [Internet]. 2017 [cited 1 August 2017];. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28888722>
26. O'Donoghue C, Quinn G, Lee M. Fertility Preservation in Breast Cancer. *Southern Medical Journal* [Internet]. 2017 [cited 12 October 2017];110(10):621-626. Available from:
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28973701>
27. Marsden J. Hormonal contraception and breast cancer, what more do we need to know?. *Post Reproductive Health* [Internet]. 2017 [cited 1 October 2017];23(3):116-127. Available from:
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28639461>

28. Fournier A, Mesrine S, Gelot A, Fagherazzi G, Baglietto L, Clavel-Chapelon F et al. Use of Bisphosphonates and Risk of Breast Cancer in a French Cohort of Postmenopausal Women. *Journal of Clinical Oncology* [Internet]. 2017 [cited 10 October 2017];35(28):3230-3239. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28708471>
29. Simin J, Tamimi R, Lagergren J, Adami H, Brusselaers N. Menopausal hormone therapy and cancer risk: An overestimated risk?. *European Journal of Cancer* [Internet]. 2017 [cited 12 October 2017];84:60-68. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28783542>
30. Ribnikar D, Ribeiro J, Pinto D, Sousa B, Pinto A, Gomes E et al. Breast Cancer Under Age 40: a Different Approach. *Current Treatment Options in Oncology* [Internet]. 2015 [cited 12 September 2017];16(4). Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25796377>

ANEXOS



UNIVERSIDAD DE ESPECIALIDADES ESPIRITU SANTO

Encuesta de factores de riesgo para desarrollar CÁNCER DE MAMA

EDAD		AÑOS DE EDAD
SEXO		
PESO		KILOGRAMOS
TALLA		CENTIMETROS
	SI	NO
ANTECEDENTE PATOLOGICO FAMILIAR DE CANCER DE MAMA		
MENARQUIA PRECOZ (MENOS DE 12 AÑOS)		
MENOPAUSIA TARDIA (MAS DE 55 AÑOS)		
NULIPARIDAD		
PRIMER PARTO ANTES DE LOS 30 AÑOS		
USO DE ANTICONCEPTIVOS		

TRATAMIENTO HORMONAL DE REEMPLAZO		
RADIACIONES IONIZANTES		
CONSUMO EXCESIVO DE ALCOHOL		

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Título del estudio: INCIDENCIA DEL CÁNCER DE MAMA EN PACIENTES QUE ACUDEN AL CENTRO DE SALUD SANTA ELENA. SEPTIEMBRE DEL 2016 A FEBRERO DEL 2017

Investigador: Elisa Paola Ávila Muñoz

He decidido prestar mi participación en este estudio de manera voluntaria y sin fines de lucro tras haber sido explicado y entendido en su totalidad. Autorizando al investigador el uso de la información recolectada de la entrevista acerca de mi persona e historial médico la cual es necesaria para los propósitos de este estudio.

La información prestada no será identificada por nombre en ninguna publicación sin mi autorización previa. El investigador considerará la información como confidencial de acuerdo a lo estipulado en la ley.

Firma del participante

Fecha

Nombre del participante

Firma de la persona que obtiene el consentimiento

Fecha

Nombre de la persona que obtiene el consentimiento

CARTA DE AUTORIZACION DEL CENTRO DE SALUD



Santa Elena, 19 de Junio del 2017

Dra.

Directora del Centro de Salud de Santa Elena

DIRECCION DISTRITAL 74001 SANTA ELENA – SALUD

Presente:

De mis consideraciones

Yo Elisa Paola Ávila Muñoz estudiante de la Facultad de Medicina "Enrique Ortega Moreira" de la Universidad de Especialidades Espíritu Santo con número de cédula 0704769124 y código estudiantil 2009100313 solicito encarecidamente se me permita realizar mi Proyecto de Titulación en el Centro de Salud de Santa Elena bajo la tutoría del Dr. Dr. Darwin García Macías - Especialista en Medicina Familiar y Especialista en Cirugía General, Médico Cirujano el Hospital General "Dr. Liborio Panchana Sotomayor"

El tema de mi tesis es "INCIDENCIA DE FACTORES DE RIESGO DEL CÁNCER DE MAMA EN PACIENTES QUE ACUDEN AL CENTRO DE SALUD SANTA ELENA. SEPTIEMBRE DEL 2016 A FEBRERO DEL 2017" posterior a obtener el consentimiento informado respectivo a los pacientes en estudio.

Agradezco de antemano la atención dada al presente documento.

Atentamente.

Dr. María Cristina Paredes V.
Especialista Primer Grado en
Medicina General Integral

Dr. María Cristina Paredes V.
Especialista Primer Grado en
Medicina General Integral

Elisa Paola Ávila Muñoz

ESTUDIANTE DE MEDICINA (UEES)