



**UNIVERSIDAD TÉCNICA PARTICULAR DE
LOJA**

La Universidad Católica de Loja

ÁREA BIOLÓGICA

TITULACIÓN DE MÉDICO

**“Influencia de los factores de riesgo de cáncer de mama en las
pacientes atendidas en la Sociedad Oncológica de Lucha Contra el
Cáncer-Loja durante el periodo 2000-2007”**

Trabajo de fin de titulación

AUTOR

Montenegro Ortega Diana Michele

DIRECTORA

Bobokova Jana, Dra.

Loja – Ecuador

2014

APROBACIÓN DEL DIRECTOR DEL TRABAJO DE FIN DE TITULACIÓN

Doctora

Jana Bobokova

DIRECTORA DEL TRABAJO DE FIN DE TITULACIÓN

CERTIFICA:

Que el presente trabajo de investigación denominado “Influencia de los factores de riesgo de cáncer de mama en las pacientes atendidas en la Sociedad Oncológica de Lucha Contra el Cáncer-Loja durante el periodo 2000-2007” realizado por la estudiante Diana Michele Montenegro Ortega, ha sido cuidadosamente revisado por la suscrita, con lo que se ha podido constatar que cumple con todos los requisitos de fondo y de forma establecidos por la Universidad Técnica Particular de Loja y por el Área Biológica, Departamento de Ciencias de la Salud y Titulación de Médico, por lo que autorizo su presentación.

Lo Certifico.-

Loja, 12 de Marzo del 2014

FIRMA.....

CI.....

ACTA DE DECLARACIÓN Y CESIÓN DE DERECHOS DE AUTOR

Yo, Diana Michele Montenegro Ortega con CI 1103859391 declaro ser autora del presente trabajo y eximo expresamente a la Universidad Técnica Particular de Loja, y a sus representantes legales de posibles reclamos o acciones legales.

Adicionalmente declaro conocer y aceptar la disposición del Art. 67 del Estatuto Orgánico de la Universidad Técnica Particular de Loja que en su parte pertinente textualmente dice: "Forman parte del patrimonio de la Universidad la propiedad intelectual de investigaciones, trabajos científicos o técnicos de tesis de grado que se realicen a través, o con el apoyo financiero, académico o institucional (operativo) de la Universidad".

Diana Michele Montenegro Ortega

1103859391

Dra. Jana Bobokova

DEDICATORIA

El presente trabajo de investigación se lo dedico a mi abuelo Rubén Ortega, por su apoyo incondicional, a mi abuela Alba Cabrera por sus enseñanzas en esta hermosa carrera, a Darwin Astudillo, por su apoyo diario en mi formación profesional y moral, a mi madre por hacer de mí una mejor persona, a través de sus consejos, enseñanzas, sacrificio y amor.

A mis profesores quienes me han compartido sus conocimientos, quienes han sido participes a lo largo de mi formación académica, con altos y bajos, y se han mantenido a mi lado.

A mis amigos, futuros colegas quienes me han brindado su apoyo.

Diana Michele Montenegro Ortega

AGRADECIMIENTOS

Quiero agradecer ante todo a la Dra. Jana Bobokova quien ha sido parte fundamental de este trabajo de investigación, al Dr. Darwin Astudillo quien ha sido una guía extra en el presente trabajo, al hospital SOLCA-Loja, y al Dr. José Molina quien me ha abierto las puertas de esta prestigiosa institución para hacer posible este paso importante en mi proceso de grado. A mi madre que ha sido apoyo y comprensión en este largo trayecto.

A todos ellos,

Les estaré eternamente agradecida.

Diana Michele Montenegro Ortega

ÍNDICE

APROBACIÓN DEL DIRECTOR DEL TRABAJO DE FIN DE TITULACIÓN	ii
ACTA DE DECLARACIÓN Y CESIÓN DE DERECHOS DE AUTOR	iii
DEDICATORIA	iv
AGRADECIMIENTOS	v
ÍNDICE	vi
RESUMEN	viii
ABSTRACT	ix
1. INTRODUCCIÓN	10
2. OBJETIVOS	14
2.1 Objetivo General	15
2.2 Objetivos Específicos	15
3. MARCO INSTITUCIONAL	16
MARCO TEÒRICO: FACTORES DE RIESGO	20
4.1.1. Edad Y Género	21
4.1.2. Raza Y Etnia	21
4.1.3. Estilo De Vida Y Hábitos Dietéticos	22
4.1.4. Hábitos Tóxicos	22
4.1.5. Antecedentes Gineco-Obstetricos Y Factores Hormonales	23
4.1.6. Exposición A Radiación	25
4.1.7. Factores Ambientales Y Misceláneos	25
4.1.8. Historia Familiar Y Factores Genéticos	26
PREMENOPAUSA, POSTMENOPAUSIA Y SU RELACIÓN CON EL CÁNCER DE MAMA	27
4.2.1. Desarrollo de la glándula mamaria	28
4.2.2. Influencia hormonal y carcinogénesis	31
4.2.3. Factores de riesgo específicos en mujeres premenopáusicas y postmenopáusicas	34

CALIDAD DE REGISTRO DE LA HISTORIA CLÍNICA EN CUANTO A LA IMPORTANCIA DE LA ANAMNESIS EN EL MANEJO DE LOS PACIENTES	36
4.3.1. Medicina Hipocrática.....	37
4.3.2. Renacimiento E Ilustración.....	37
4.3.3. Siglo XIX.....	38
4.3.4. Enfoques En La Evaluacion De Las Historias Clinicas.....	39
5. METODOLOGIA	41
5.1. Tipo De Estudio.....	41
5.2. Área De Estudio.....	41
5.3. Universo Y Muestra.....	41
5.4. Operacionalizacion De Variables.....	42
5.5. Métodos E Instrumentos De Recolección De Datos.....	44
5.6. Procedimiento.....	44
5.7. Plan De Tabulación Y Análisis.....	44
6. RESULTADOS	46
6.1. Resultado 1.....	47
6.2. Resultado 2.....	72
6.3. Resultado 3.....	91
7. DISCUSIÓN	94
8. CONCLUSIONES	97
9. RECOMENDACIONES	99
10. BIBLIOGRAFIA	¡Error! Marcador no definido.
11. ANEXOS	105
10.1. Anexo 1:.....	106

RESUMEN

El presente trabajo de investigación tiene como objetivo analizar la influencia de los factores de riesgo en las 184 pacientes atendidas con el diagnóstico de cáncer de mama en el Hospital Oncológico SOLCA-Loja, en el periodo de 2000 a 2007. Se realizó un estudio descriptivo, cuantitativo y retrospectivo.

Se determinó que la mayoría de las pacientes poseen uno o más factores de riesgo similares a los descritos en la literatura. Entre los más frecuentes: edad entre 50 y 59 años en un 31% de las pacientes, mujeres postmenopáusicas en un 43%, Índice de Masa Corporal mayor a 25 en el 53%. Se detectó el alto incumplimiento del programa de screening con un 76% de las pacientes, que no se habían realizado previamente al diagnóstico una mamografía.

El análisis detallado de la presencia de los diferentes factores de riesgo no fue posible realizar por el alto ausentismo de datos disponibles en las historias clínicas.

Palabras clave: Factores de riesgo, cáncer de mama, SOLCA-Loja

ABSTRACT

This research aims to analyze the influence of risk factors in 184 patients treated with the diagnosis of breast cancer in the Cancer Hospital SOLCA-Loja, in the period from 2000 to 2007. A descriptive, quantitative and retrospective study.

It was determined that most of the patients have one or more risk factors similar to those described in the literature. Among the most common: age between 50 and 59 years 31% of patients, postmenopausal women by 43%, Body Mass Index greater than 25 in 53%. High compliance screening program with 76% of patients who had not previously made the diagnosis mammography detected.

Detailed analysis of the presence of different risk factors analysis was not possible because of the high absenteeism data available in medical records.

Keywords: Risk factors, breast cancer, SOLCA Loja

1. INTRODUCCIÓN

El cáncer, actualmente se define como un grupo de enfermedades en el cual el crecimiento, proliferación y apoptosis celular no se encuentran controlados, lo que produce la aparición de una masa tumoral. Estas neoformaciones pueden originarse en cualquier tipo de célula y se caracterizan por una gran capacidad de invasión y destrucción del tejido a su alrededor. Otra de sus características es la diseminación, ya sea vía linfática o hemática, lo que se conoce como metástasis. El cáncer es una de las principales causas de mortalidad a escala mundial. Se le atribuyeron 7,6 millones de defunciones (aproximadamente el 13%) en 2008 (GLOBOCAN, 2008). Los principales tipos de cáncer son:

- Pulmonar (1,4 millones de defunciones);
- Gástrico (740 000 defunciones);
- Hepático (700 000 defunciones);
- Colorrectal (610 000 defunciones);
- Mamario (460 000 defunciones) (OMS, www.who.com, 2011).

El cáncer de mama representa una de las diez principales causas de mortalidad en las mujeres de edad avanzada de todo el mundo, junto con el cáncer de colon y de pulmón (OMS, Organización Mundial de la Salud, 2009).

Aunque este cáncer está considerado como una enfermedad del mundo desarrollado, la mayoría (69%) de las defunciones por esa causa se registran en los países en desarrollo (WHO, 2004).

En países desarrollados se encuentran 580.000 casos nuevos cada año. En países en vías de desarrollo se diagnostican más de 420.000, esto es aproximadamente 1500 casos nuevos por cada 100.000 habitantes, considerando el total global del mundo (MP Coleman, 2008). En los últimos años, las tasas de incidencia han aumentado anualmente en un 5% en los países de bajos recursos (IARC, 2011).

El cáncer de mama, junto con el cáncer cervico-uterino, es la principal causa de muerte en mujeres entre los 35 y 64 años en América Latina. De acuerdo con la Organización Panamericana de la Salud, en América Latina se registraron cerca de 90.000 casos nuevos de cáncer de mama en el año 2000 (IARC, 2011).

La incidencia del cáncer de mama en Ecuador en el 2008 ocupó el primer lugar de todos los cánceres femeninos, seguido por el cáncer cervico-uterino y

gástrico en tercer lugar. La mortalidad por cáncer de mama ocupó el tercer lugar, detrás del primero gástrico y segundo el cervico-uterino (IARC, 2011).

En Loja en el periodo 1997-2006 se presentaron 204 casos en mujeres (99%) y 2 en hombres; con una tasa de incidencia de 27,4 casos por 100.000 habitantes que representa el segundo y tercer lugar en conjunto con el cáncer gástrico. Se han reportado 52 muertes, con una tasa de mortalidad de 6,4 casos por 100.000 habitantes ocupando el tercer lugar en Loja, lo que representa el 11% de todos los cánceres en mujeres y 0.16% de todos los diagnósticos de enfermedades malignas en hombres. (SOLCA-Loja, Registro de tumores en Loja, 2010) En este periodo la incidencia anual de tumores malignos de la glándula mamaria en mujeres fluctúa entre 15 y 41,3x 100000 habitantes, con un promedio de 28 x 100000 habitantes. El 93% de los casos tiene verificación histológica, un 0,5% ingresan a la base por certificado de defunción y la razón mortalidad incidencia es de 25.5. Los estadios iniciales representan solo el 11% de los casos y un 45% se presentan en etapas 3 y 4 (Rosen, 2005).

Los factores de riesgo se conocen como condiciones que incrementan la probabilidad de adquirir una enfermedad. La aparición del cáncer no solo se debe a la presencia de un único factor, si no en la mayoría de los casos es de origen multifactorial, como resultado de una interacción entre los factores ambientales y genéticos. Entre los más importantes factores de riesgo de cáncer de mama detalladamente ya estudiados y comprobados podemos citar:

- Edad y género
- Raza y Etnia
- Antecedentes gineco-obstétricos y factores hormonales
- Estilo de vida, hábitos dietéticos y hábitos tóxicos
- Exposición a radiación
- Factores ambientales
- Historia familiar y factores genéticos

El riesgo de padecer de cáncer de mama aumenta con la edad. Las mujeres tienen 100 veces mayor riesgo de padecer esta patología que los hombres (Chen, 2011).

Existen diversos tipos histológicos de cáncer de mama. El carcinoma ductal infiltrante es el más común de los invasivos, ocupando un porcentaje del 70-80% de todas las lesiones (Seth P Harlow, 2011).

El tratamiento del cáncer de mama depende del tipo y del estadiaje de la enfermedad. Se observan mejores resultados cuando el cáncer es detectado más precozmente. Las pacientes frecuentemente reciben más de un tipo de tratamiento. Entre estos métodos terapéuticos podemos nombrar:

- Cirugía
- Quimioterapia
- Radioterapia
- Terapia hormonal
- Terapia biológica (Enfermedades, 2010)

Las tasas de supervivencia del cáncer mamario son muy variables a nivel mundial, desde más del 80% en América del Norte, Suecia y Japón, pasando por un 60% aproximadamente en los países de ingresos medios, hasta cifras inferiores al 40% en los países de ingresos bajos (MP Coleman, 2008). Las bajas tasas de supervivencia observadas en los países poco desarrollados pueden explicarse principalmente por la falta de programas de detección precoz y de concienciación, que hace que un alto porcentaje de mujeres acudan al médico con la enfermedad ya muy avanzada, pero también por la falta de servicios adecuados de diagnóstico y tratamiento (Anderson, 2008).

El control de ciertos factores de riesgo modificables, así como su prevención, basándonos en datos locales, y haciendo hincapié en las falencias halladas nos podría llevar a una reducción de la incidencia de esta enfermedad. La detección precoz del cáncer de mama por medio de la detección de grupos poblacionales de alto riesgo ayudaría a disminuir la mortalidad por cáncer de mama.

Aquí radica el interés de este proyecto de investigación, en el cual obtenemos una estadística local de los principales factores relacionados con el cáncer de mama en nuestro medio.

2. OBJETIVOS

2.1 Objetivo General

- 2.1.2** Identificar la influencia de los principales factores de riesgo de cáncer de mama en las pacientes atendidas en SOLCA- Loja durante el periodo 2000-2007 por medio de un estudio retrospectivo; y así contribuir en el proceso de la prevención y detección temprana de esta enfermedad con la finalidad de disminuir la incidencia y mortalidad.

2.2 Objetivos Específicos

- 2.2.1** Determinar la presencia de los factores de riesgo de cáncer de mama en la población estudiada.
- 2.2.2** Comparar la presencia de diferentes factores de riesgo en las mujeres premenopáusicas y postmenopáusicas.
- 2.2.3** Evaluar la calidad de los registros de los factores de riesgo en las historias clínicas de las pacientes atendidas en SOLCA-Loja durante el periodo estudiado.

3. MARCO INSTITUCIONAL

El presente estudio se lo realizo en el Hospital Oncológico de Loja, denominado Sociedad Oncológica de Lucha contra el Cáncer SOLCA, núcleo de Loja el mismo que se encuentra ubicado en la Av. Salvador Bustamante Celi en el sector de Jipiro.

La Sociedad Oncológica de Lucha Contra el Cáncer (SOLCA) Ecuador, es una institución privada, de servicio publico, creada el 7 de diciembre de 1951 en Guayaquil, con el propósito de efectuar prevención diagnóstico y tratamiento de enfermedades neoplásicas en la población ecuatoriana.

SOLCA-Loja nació el 23 de agosto de 1962 con la participación del Dr. Leoncio Cordero Jaramillo, miembro del núcleo SOLCA de Cuenca. En su inicio SOLCA inició sus labores en el hospital "San Juan de Dios" con un pequeño laboratorio citológico e histopatológico. Posteriormente el 19 de junio de 1981 se traslada a su local propio en el norte de la ciudad por medio de gestiones y ayuda del Ilustre Municipio de Loja. Tras la consolidación de su propio edificio y su debido equipamiento, el 20 de abril de 1990 se inaugura el Hospital Oncológico de Loja, con un enfoque fundamental, como su nombre lo dice: la lucha contra el cáncer (SOLCA-Loja, Historia de SOLCA Loja , 2009).

En el año 1990 con la ayuda de algunos diputados lojanos se logró que el congreso nacional mediante resolución especial le asignara un porcentaje del impuesto del 0.5% establecido a las transacciones bancarias.

Posteriormente el 2 de febrero de 1994 bajo la presidencia del Ec. Oswaldo Burneo se logra que el consejo directivo nacional de SOLCA eleve a la categoría de Núcleo al comité de SOLCA.

En agosto de 1996 se organizó el Voluntariado de Damas de SOLCA, teniendo como principal objetivo prestar ayuda de cualquier índole a los pacientes oncológicos más necesitados.

A medida que la institución iba creciendo, tanto en personal, como en equipos, crecían también las demandas de los pacientes, por lo cual fue necesario crear un segundo edificio completamente funcional el cual se logra el 1ro de septiembre del 2004.

A partir del 2008, SOLCA Núcleo de Loja inició un programa de detección oportuna del cáncer denominado “Chequeo Médico Oncológico” y realizó convenios con diferentes instituciones a fin de ampliar la cobertura de la detección temprana del cáncer de mama, cérvix, próstata entre otros.

El Programa para la Detección Oportuna del Cáncer (DOC) fue creado, en el 2008, con el propósito de servir especialmente a las personas de escasos recursos económicos, haciéndoles exámenes gratuitos de Papanicolaou, examen de mamas, determinación del *Helicobacter Pylori* y del *Antígeno Prostático Específico*. Para cumplir con este propósito el Hospital SOLCA-Loja cuenta con un nuevo equipo de la Unidad Móvil Oncológica. Este vehículo, a cargo de un personal muy profesional, brinda atención en todas las zonas programadas que incluyen regiones de las Provincias de Zamora Chinchipe y Loja. El personal del DOC esta integrado por una médica-ginecóloga, una tecnóloga laboratorista y el responsable de la conducción del vehículo (SOLCA-Loja, Historia de SOLCA Loja , 2009).

El 9 de diciembre del 2010 se inauguró la tercera nueva planta en el Hospital Oncológico “Vicente Rodríguez Witt” de SOLCA. El área incluye los servicios de Consulta Externa, Ginecológica, Colposcopia y Papanicolaou. En el mismo piso también funcionan el Departamento de Registro de Tumores y el Área de Docencia y Capacitación.

Visión

“SOLCA Núcleo de Loja, es una institución de salud del más alto nivel, en lo científico, tecnológico y humano, que tiene como visión primordial de su existencia, el control de la enfermedad en nuestra zona de influencia, contribuyendo a reducir la morbilidad y mortalidad de la misma, mejorando la calidad de vida del paciente y su familia.”

Misión

“Abrir las puertas de sus servicios para atención con esmero, profesionalismo y humanismo, a todos los pacientes que padecen esta enfermedad, sin hacer distinción de ninguna naturaleza. El manejo integral del paciente con cáncer, desde su prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación, son los ejes de su accionar diario. Sus miembros, llenos por el espíritu y lema institucional donde se marca con letras imborrables SOLCA ES VIDA, han estado y están gustosos de contribuir, dentro de un marco de excelencia profesional, a brindar una existencia digna a sus pacientes y su familia (SOLCA-Loja, Historia de SOLCA Loja , 2009).

Actualmente el Hospital SOLCA Núcleo de Loja cuenta con los servicios de: consulta externa en las especialidades de medicina interna, cirugía, cirugía oncológica, dermatología oncológica, oncología clínica, urología, ginecología, pediatría oncológica, gastroenterología, radiología oncológica, psicología clínica, medicina interna y rehabilitación física. El Programa para la Detección Oportuna del Cáncer (DOC), es el mayor de los servicios que presta SOLCA en la prevención del cáncer.

MARCO TEÒRICO: FACTORES DE RIESGO

Son condiciones que aumentan la posibilidad de desarrollar un tipo de cáncer.

4.1.1. Edad Y Género

Edad

El riesgo de cáncer de mama aumenta con la edad y se encuentran picos en la sexta década de vida. Utilizando datos de la vigilancia, epidemiología y resultados finales de varios estudios la incidencia de cáncer de mama por rangos de edad fue:

20 a 34 años - 2%

35 a 44 años - 10 %

45 a 54 años – 23%

55 a 64 años - 24 %

65 a 74 años – 20%

75 a 84 años – 16%

mayores a 85 años 6% (A Jemal, 2010.).

Genero

El cáncer de mama se encuentra 100 veces mas frecuente en la mujer que en el hombre (A Jemal, 2010.)

4.1.2. Raza Y Etnia

Las tasas de incidencia más altas se producen en personas de raza blanca (124 casos por cada 100.000 mujeres). Las tasas más bajas en personas de raza negra (113 por 100.000), en asiáticos/americanos del Pacífico (82 por 100.000) en mujeres hispanas / latinas (90 por 100.000), y los indios americanos / nativos de Alaska (92 por 100.000) ((ACS), 2010).

Estas diferencias están asociadas a las diferencias genéticas, a los variables del estilo de vida así como a factores socioeconómicos.

4.1.3. Estilo De Vida Y Hábitos Dietéticos

Estrato socioeconómico

Se conoce que las mujeres de mayor estrato económico tienen mayor riesgo de padecer esta enfermedad, lo que se explica porque hay menos paridad, embarazos a mayor edad, aunque también se observa que este grupo poblacional acude con mayor frecuencia a realizarse estudios respectivos de detección precoz, como la mamografía.

Índice de masa corporal (IMC) y peso

El peso corporal y el IMC tienen diferente influencia en mujeres premenopáusicas y postmenopáusicas. Lo cual se explica más detalladamente en el capítulo 2.

Ejercicio

El ejercicio parece actuar como un factor protector para el cáncer de mama, especialmente en mujeres premenopáusicas (SS Maruti, 2008), debido a que la actividad física se asocia a ciclos anovulatorios lo que disminuye la exposición a los estrógenos. Otros datos apoyan que la actividad física puede reducir el riesgo de cáncer de mama también en mujeres postmenopáusicas reduciendo los niveles séricos de estrógenos (IM Lee, 2006) (Anne McTiernan, 2004).

4.1.4. Hábitos Tóxicos

Alcoholismo

La ingesta de alcohol se relaciona a un incremento de los receptores hormonales en el tejido mamario así como a un incremento de los niveles de estrógenos y andrógenos circulantes, lo que predispone a la mayor susceptibilidad de la glándula mamaria a la carcinogénesis, e incrementa el daño del DNA (Mukamal, 2013).

Tabaquismo

La relación entre el tabaquismo y el cáncer es compleja y controversial debido a que el tabaquismo se asocia al alcoholismo y factores hormonales lo que altera su estudio como un factor de riesgo aislado (PR Band, 2002).

4.1.5. Antecedentes Gineco-Obstetricos Y Factores Hormonales

La exposición prolongada a altas concentraciones de estrógenos tanto endógenos como exógenos incrementa el riesgo de cáncer de mama. La mayor producción de estrógenos y sus derivados en la mujer premenopáusicas se encuentra en los ovarios. Después de la menopausia esta producción se encuentra predominantemente en las glándulas suprarrenales y el tejido adiposo periférico (M Clemons, 2001).

Edad de menarquia y menopausia

La menarquia a menor edad se asocia a un riesgo incrementado de cáncer de mama. En un estudio se observó que las mujeres con menarquia más tardía tienen un 10% menor riesgo de desarrollar cáncer de mama (CC Hsieh, 1990). La exposición prolongada a estrógenos podría explicar esta relación.

La menopausia tardía también incrementa el riesgo en un 1.03% con cada año. ((CGHFBC), 1997). La ooforectomía bilateral en mujeres menores de 40 años disminuye el riesgo de cáncer de mama en un 50%, pero no cuando se usa hormonoterapia sustitutiva (LA Brinton, 1998).

Paridad

Las mujeres nulíparas tienen mayor riesgo de cáncer de mama, aunque algunos datos comentan que el efecto protector del parto único desaparece tras 10 años de esta. Las mujeres con mayor paridad tienen mayor protección contra el cáncer de mama (P. Bruzzi, 1988).

Fecha del primer parto

En Nurses Health Study se observa que el primer parto a los 20 años disminuye el riesgo de cáncer de mama en un 20%, a los 25 años en un 10% y a los 35 en un 5%. La explicación es que los cambios en el tejido mamario y su maduración

durante el embarazo y posterior a este actúan como un factor protector (Frazier, 2010).

Aborto

El aborto supone una interrupción en la maduración de la glándula mamaria, lo cual incrementa el riesgo de padecer cáncer de mama. Este dato es difícil comprobar en estudios debido a la falta de datos en cuanto a abortos. (V Berall, 2004)

Lactancia

La lactancia confiere un factor protector ante el cáncer de mama mediante la creación de los ciclos anovulatorios, lo cual disminuye la exposición prolongada a estrógenos.

Historia personal de cáncer de mama

Antecedentes personales de cáncer de mama incrementan el riesgo de desarrollar un carcinoma contralateral, sin embargo este riesgo varia según la edad al momento del diagnóstico, y el receptor hormonal del cáncer primario.

En un estudio realizado en 340000 mujeres se observó:

En las mujeres con cáncer de mama con receptores de estrógeno (ER) positivos, la tasa de riesgo de desarrollar un cáncer de mama contralateral fue ligeramente superior en las mujeres menores de 30 años en comparación con las diagnosticadas a una edad mayor (0,45 frente a 0,25 a 0,37, respectivamente). Notablemente, estas tasas han ido disminuyendo con el tiempo, probablemente debido a un uso más amplio de la terapia hormonal.

Para las mujeres con cáncer de mama ER negativo, de igual forma, la tasa de riesgo de desarrollar cáncer de mama contralateral fue mayor entre las mujeres menores de 30 años al momento del diagnóstico en comparación con las diagnosticadas a una edad mayor (1,26 frente a 0,85 a la edad de 30 a 35 años, y 0,45 para 0,64 para diagnóstico \geq 40 años) (B Fisher, 1990).

Otras hormonas

La prolactina tiene poca asociación con el cáncer de mama en las mujeres premenopáusicas, pero no en las mujeres postmenopáusicas. Varios estudios prospectivos han mostrado una asociación directa entre el IFG-1 y el incremento

de riesgo de cáncer de mama en mujeres pre y postmenopáusicas.

Factores hormonales exógenos

El uso de anticonceptivos orales durante edad fértil se asocia con un incremento del riesgo de cáncer de mama menor al 5%, y además puede representar un riesgo adicional en personas con mutaciones de BRCA1 y BRCA2. (D Ganmaa, 2008). En mujeres postmenopáusicas que usan terapia hormonal combinada se observa de igual forma un aumento del riesgo de desarrollar cáncer de mama invasivo (D. Max Parkin, 2009).

4.1.6. Exposición A Radiación

La exposición a radiación ionizante del tórax a temprana edad como ocurre en el tratamiento del linfoma de Hodgkin o en sobrevivientes de bombas atómicas o accidentes nucleares se asocia a un incremento del riesgo de cáncer de mama especialmente si esta exposición fue entre los 10 a 14 años de edad, aunque también existe un alto riesgo hasta los 45 años de edad (EM John, 1993).

4.1.7. Factores Ambientales Y Misceláneos

Exposición a luz nocturna artificial

Se ha postulado que la exposición a la luz nocturna artificial suprime la producción normal por parte de la glándula pineal de melatonina. Esta hipótesis se apoya en el hecho que se encuentra asociación entre los niveles de 6-sulfatoximelatonina urinarios (el mayor metabolito de melatonina) y el riesgo de cáncer de mama. (Eva Schernhammer S. H., 2009) (Eva Schernhammer F. B., 2009) Otros estudios muestran que existe mayor riesgo de cáncer de mama en mujeres que no duermen entre la 1 y 2 am, horas en que los niveles de melatonina son más altos.

El mecanismo primario de la asociación entre melatonina y el cáncer de mama se desconoce, pero el trabajo nocturno de las mujeres es reconocido como un factor carcinógeno (Eva Schernhammer F. B., 2009).

Uso de AINES

Aspirina y otros AINES pueden inhibir la formación de tumores en el colon, sean estos benignos o malignos. La información del impacto de los AINES y el cáncer de mama es escasa, sin embargo en algunos estudios se observa que el uso de AINES se podría asociar a una disminución del riesgo de padecer cáncer de mama, sin ser dosis dependiente (Yanli Li, 2011).

4.1.8. Historia Familiar Y Factores Genéticos

El riesgo de cáncer de mama cambia según familiares de primer o segundo grado, la edad del miembro de familia afectado, el sexo, y el número de miembros de la familia afectados. Podemos concluir que mientras más miembros de la familia padezcan esta patología, el riesgo aumenta, así mismo si los miembros de la familia presentan cáncer de mama a edades menores de 40 años.

Entre los factores genéticos las mutaciones identificadas que predisponen al cáncer de mama son raras. Solo el 5 - 6% de los cánceres de mama responden a la mutación de BRCA1, BRCA2, p53, ATM y PTEN. Los dos genes más estudiados son el BRCA1 en el cromosoma 17 y BRCA2 en el cromosoma 13. Se conoce que el BRCA1 se encuentra involucrado en la supresión tumoral. Una mujer con BRCA1 positivo presenta riesgo de desarrollar cáncer de mama del 56-85% a lo largo de su vida y también un aumento de riesgo de cáncer de ovario (Tomlinson, 2009).

**PREMENOPAUSA, POSTMENOPAUSA Y SU RELACIÓN CON EL CÁNCER
DE MAMA**

4.2.1. Desarrollo de la glándula mamaria

Embriogénesis

La embriogénesis de la glándula mamaria comienza entre las 18-19 semanas de vida intrauterina, período en que se pueden identificar brotes mamarios epidérmicos que penetran al mesénquima subepidérmico en la región anterior del tórax, en la denominada "línea de la leche". Simultáneamente, parte del mesénquima se extiende bajo la dermis para formar el cojinete graso y los conductos se extienden, ramifican y canalizan hasta formar el sistema ductal mamario rudimentario presente en el recién nacido (C. Neville, 2011).

Periodo neonatal

Durante el periodo neonatal puede producirse escasa secreción láctea, producto del estímulo de prolactina materna liberada por la supresión de los esteroides placentarios después del parto.

Pubertad

Durante el período prepuberal las vesículas mamarias se transforman en conductos, ~~por lo que se puede~~ ~~formación, crecimiento y ramificación~~ reconocer alvéolos. Durante el desarrollo puberal en la niña, entre los 10 y 12 años de edad, se inicia el funcionamiento del eje endocrino hipotálamo-hipófisis-ovárico. Los folículos ováricos inician la secreción hormonal principalmente de estrógenos, que sumados a un factor de la hormona de crecimiento, determinan el crecimiento de los brotes epiteliales y la maduración de la glándula mamaria (telarquia). Luego, al comenzar los ciclos ovulatorios, y por ende la menstruación se inicia la producción cíclica de progesterona que sumándose a los estrógenos, determina un nuevo crecimiento de la glándula, con formación de los primeros alvéolos (C. Neville, 2011).

El desarrollo mamario durante el ciclo menstrual se caracteriza por cambios

cíclicos que refle

la proliferación del parénquima con la formación y ramificación de los conductos. La progesterona en la fase lútea favorece la dilatación de los conductos y la diferenciación de las células alveolares. Estos cambios no regresan con la menstruación, lo que permite a la mama continuar su desarrollo durante la edad adulta.

Embarazo y lactancia

Durante el embarazo, al elevarse los niveles de progesterona, prolactina y

lactógeno placen

(C. Neville, 2011) y la glándula mamaria se prepara para cumplir su función primordial, la secreción de leche. El período inicial del embarazo se caracteriza por una gran proliferación de los elementos epiteliales y del sistema de conductos, por una gran actividad mitótica en los acinos. Entre la 5a y la 8a semana de gestación se aprecian cambios visibles en las mamas: aumentan notablemente de tamaño, se sienten más pesadas, se intensifica la pigmentación de la areola y el pezón y se dilatan las venas superficiales. Al final del primer trimestre aumenta el flujo sanguíneo por dilatación de los vasos sanguíneos y neoformación de capilares alrededor de los lobulillos. El crecimiento de la mama continúa durante toda la gestación. Después de las 20 semanas, cesa la proliferación del epitelio alveolar y las células inician su actividad secretora. Los alvéolos están formados por una sola capa de células epiteliales cuboideas o cilíndricas bajas, organizados en acinos cada una de las cuales tiene la capacidad de producir leche completa. Las células mioepiteliales que rodean al alvéolo se alargan y adelgazan (Pérez, 1994). A los 2-4 días postparto se ingurgitan las mamas por el aumento de secreción en ellas. Se inicia la lactogénesis después del parto, es decir la secreción de leche, estimulada por la producción de prolactina en la hipófisis. La velocidad de producción diferente en los diferentes alveolos hace que la leche se produzca de forma continua.

Fin de lactancia

El destete es un proceso que determina la involución de la glándula mamaria.

Esto ocurre cua

Involucra una serie de eventos secuenciales que incluyen el aumento de la concentración de lactoferrina (PG Arthur, 1987), apertura de las uniones entre las células alveolares, cambios en la secreción de proteasas seguido de la remodelación de la matriz extracelular (C. Neville, 2011), retornando la mama a su estado pregestacional.

Menopausia

La menopausia representa desde el punto de vista funcional, la finalización en la estimulación hormonal sobre el tejido mamario, de tal forma que se produce una

involución progresiva desde la periferia hacia el centro glandular. A nivel acinar comienza un proceso de muerte celular con fagocitosis activa por parte de células inflamatorias y una progresiva sustitución de estos tejidos por fibras de colágeno y posteriormente por tejido adiposo. La atrofia lobulillar se acompaña de una obliteración de los conductos de pequeño y mediano tamaño.

Los cambios que la mama sufre con la edad son definitivamente de tipo involutivos, pudiendo registrarse atrofia glandular incluso desde inicios de la edad adulta mucho antes de la menopausia y sin relación con la actividad ovárica. Es por esta razón que deben existir otros factores involucrados en la involución de la mama y no solo es consecuencia de las influencias hormonales que definitivamente juegan un papel muy importante. Se registra una progresiva disminución en el número de células acinares y en el tamaño de los lobulillos, seguido poco tiempo después de atrofia en los ductos mamarios. La disminución del tejido glandular es acompañada por una progresiva disminución de tejido conectivo (fibroso), por lo que la mayor parte de los autores coinciden en que desde el punto de vista histológico es conveniente agrupar ambos grupos con el término de tejido fibroglandular.

En contraposición al tejido fibroglandular, se produce un progresivo predominio de tejido graso, que no está claro si se debe a un aumento histológico en la concentración de células adiposas, o realmente se debe a un aumento general de peso experimentado al mismo tiempo por la mayor parte de las mujeres. Incluso en algunas pacientes, la cantidad de tejido adiposo puede permanecer estable, aumentando en proporción solo como consecuencia de la disminución del tejido fibroglandular.

La consecuencia clínica de la variación en las proporciones de los diferentes tejidos de la mama, produce una importante variación en la densidad mamográfica. De tal forma que las mamas de mujeres jóvenes suelen tener mayor densidad que las de mujeres mayores, lo que aumenta la sensibilidad de la mamografía con la edad. La ecografía mamaria ha representado una herramienta muy útil a la hora de evaluar las mamas densas, ya que así como la densidad se asocia con dificultad en la interpretación mamográfica, mejora la transmisión ultrasónica del parénquima y facilita la interpretación ecográfica de las posibles lesiones (Blacwell, 2001).

4.2.2. Influencia hormonal y carcinogénesis

Como se ha citado anteriormente el tejido mamario empieza a desarrollarse en las mujeres a partir de la pubertad, con el estímulo correspondiente a las hormonas sexuales. El desarrollo del tejido mamario responde al estímulo estrogénico y los andrógenos lo inhiben. Las variaciones de secreciones hormonales son dependientes del estilo de vida, estrés, dieta, etc. por lo que se desconoce la exposición tisular real para que esta se desarrolle.

El tejido mamario es capaz de sintetizar localmente estrógenos como andrógenos. Tanto en el tejido mamario normal como el canceroso, así como en las líneas celulares existen todas las enzimas necesarias para su síntesis a partir de sus precursores (S.L. Davison, 2004).

El estradiol es el más potente de los estrógenos producidos por el organismo. El estradiol actúa sobre las células que tienen receptores estrogénicos regulando la expresión de determinados genes. La síntesis ovárica de hormonas esteroideas da lugar a dos productos, progesterona y estradiol, que se segregan en diferentes proporciones a lo largo del ciclo menstrual, y que se sintetizan también a diferentes velocidades. La progesterona es el resultado de dos oxidaciones del colesterol, y transcurre a muy alta velocidad. La síntesis de estradiol es más lenta y ocurre en menor proporción en las células de la granulosa ovárica. El estradiol requiere 5 oxidaciones hasta testosterona (S.L. Davison, 2004). Además de los ovarios, otros órganos tienen capacidad de transformar precursores hormonales esteroideos de las glándulas suprarrenales en estradiol. Entre ellos están el hígado, el tejido adiposo y el tejido mamario, que disponen de las enzimas sulfatasas, hidroxilasas y aromatasa, capaces de transformar el andrógeno suprarrenal inactivo sulfato de dihidroepiandrosterona en estradiol.

Existen varios tipos de evidencia de que los estrógenos son carcinógenos:

- Evidencia experimental: en 1938 LaCassagne demostró que era posible inducir carcinogénesis mamaria en ratón macho mediante estradiol. Desde entonces se han acumulado otros datos confirmatorios (Samuel Beenken, 2004).
- Evidencia epidemiológica: La concentración elevada de estrógenos en sangre de participantes en una cohorte bien conocida de enfermeras

tuvieron cáncer de mama al cabo de los años con una frecuencia significativamente más alta que las de concentración normal de estradiol (NHS, 2011)

- Evidencia clínica: la supresión de la producción de estrógenos -mediante ooforectomía quirúrgica, supresión de la secreción con análogos de LH-RH o con inhibidores de aromatasa, o el bloqueo de su acción intracelular mediante antiestrógenos, son tratamientos efectivos en la detención de la evolución del cáncer de mama dependiente de estrógenos (S.L. Davison, 2004).

La capacidad carcinogénica de los estrógenos está relacionada con su potencial para la inducción de proliferación celular en varias estirpes celulares. Esta capacidad es espectacular en el epitelio endometrial, donde inyección de mínimas cantidades de estradiol, que producen concentraciones de 10^{-10} M, son suficientes para poner en marcha la maquinaria molecular de división celular. Pero es evidente que inducción de proliferación no es equivalente a inducción de carcinogénesis. El epitelio mamario también responde a los estrógenos, que provocan la entrada de algunas células en el ciclo de división celular. Esta diferencia de respuesta es seguramente debida a la desigual distribución de los receptores de estrógenos (RE) en ambos tejidos. Los RE son intermediarios necesarios en la acción estrogénica, pero varían ampliamente entre tejidos, e incluso entre células epiteliales del mismo tejido. La abundancia de RE asegura una mejor respuesta a los estrógenos en endometrio que en mama. Además, los estrógenos seguramente encuentran ya sintetizados en el epitelio endometrial otros elementos importantes para el funcionamiento de la maquinaria de división celular (S.L. Davison, 2004).

Desde los años 70 sabemos que los cánceres de mama que son dependientes de estrógenos se caracterizan por tener una concentración elevada de RE. Esta concentración es más elevada que en el epitelio mamario normal. Es posible que en condiciones de baja estrogenicidad, como después de la menopausia el nivel plasmático de estrógenos es muy bajo, algunas células del epitelio mamario mejor dotadas de RE adquieran ventaja proliferativa, o al menos de supervivencia en un medio pobre en estrógenos. También es posible que las células que tengan mayor capacidad endógena de producir estradiol tengan ventaja proliferativa (S.L. Davison, 2004).

Proliferar rápidamente impulsadas por el estradiol es lo que hacen las células endometriales normales. Pero el cáncer de endometrio es una enfermedad bastante más rara que el de mama. Esto nos lleva a concluir que hace falta que ocurran otras cosas en las células mamarias en división rápida impulsada por el estradiol para que se malignicen.

Los cánceres de mama dependientes de estrógenos acumulan un conjunto bastante amplio de alteraciones genéticas y desregulaciones funcionales cuando consideramos a diferentes pacientes. No obstante, estas alteraciones y disfunciones no siguen un patrón común; más bien parece que se acumulan aleatoriamente en el tumor de cada paciente.

Por lo que hasta hoy sabemos, la malignización de las células mamarias tiene lugar como consecuencia de la proliferación rápida impulsada por el estradiol. En tales condiciones, a las alteraciones genéticas inducidas por agentes externos presentes en todas las células del organismo, se acumulan otras alteraciones genéticas debidas a fallos en la duplicación del ADN y en la corrección de dichos errores. Todas estas alteraciones inducidas y espontáneas acaban por afectar a importantes genes reguladores. La consecuente aparición de disfunciones genéticas y desregulaciones de procesos celulares básicos da lugar a la aparición de células malignas que escapan al control de los genes supresores. Estos principios son actualmente aceptados como los fundamentos de la carcinogénesis mamaria dependiente de estrógenos.

En la base del proceso carcinogénico por estrógenos está la capacidad de éstos de inducir la entrada de células epiteliales en el ciclo de división celular. Los estrógenos están entre los mitógenos más potentes que se conocen para varias estirpes de células epiteliales. Su acción comienza con el acceso del estradiol desde el torrente circulatorio al interior de las células. Una proteína soluble del citosol celular es la encargada de actuar de intermediario entre el estradiol y los fenómenos nucleares que inician la mitosis: son los RE.

Los receptores activan la transcripción de varias proteínas clave en el inicio del ciclo celular, factores de crecimiento y factores de transcripción. Todas estas proteínas son extraordinariamente activas e inician procesos complementarios para la progresión del ciclo celular. El resultado final es que una mínima cantidad de estradiol ha disparado un proceso en cascada que conduce a la entrada de la mitosis (S.L. Davison, 2004).

4.2.3. Factores de riesgo específicos en mujeres premenopáusicas y postmenopáusicas

Índice de masa corporal y sobrepeso

En mujeres postmenopáusicas, el sobrepeso es un factor de riesgo importante. Esta influencia es más fuerte en mujeres que no usan hormonoterapia (A. Heather Eliassen, 2006), lo cual se puede explicar por la mayor presencia de estrógenos en la circulación, debido a que en tejido adiposo se incrementa la conversión de estrógenos. Además la obesidad se asocia a niveles de insulina superiores ((JNCI), 203).

En las mujeres premenopáusicas ocurre lo contrario, esto se explica de la siguiente forma: las mujeres premenopáusicas con un IMC elevado tienen ciclos anovulatorios e incluso se asocia a ovario poliquístico lo que disminuye los niveles de estradiol y progestágenos en sangre (David J, 1988).

Hábitos dietéticos

En mujeres premenopáusicas que consumen carne roja (mayor a 5 veces por semana) y presentan ER/PR positivos, se ha descrito un aumento del riesgo del cáncer de mama en Nurses HealthStudy II (Cho Eunyoung, 2006) y en UK WomensCohortStudy. (EF Taylor, 2007)

Varios estudios sugieren que la ingesta de productos bajos en grasa pueden actuar como un factor protector ante el cáncer de mama especialmente en mujeres premenopáusicas. Por ejemplo en Nurses HealthStudy se encontró una relación inversa entre el riesgo de cáncer de mama y la ingesta de productos bajos en grasa, calcio y vitamina D en mujeres premenopáusicas pero no en mujeres postmenopáusicas. Numerosos estudios han fallado en mostrar una relación entre la ingesta de cafeína y el riesgo de cáncer de mama (D Ganmaa, 2008).

Exposición a estrógenos

La exposición a estrógenos prolongada actúa como un factor de riesgo tanto para mujeres premenopáusicas como para postmenopáusicas, aunque parece tener un mayor peso para las mujeres premenopáusicas, ya que se observa más vulnerabilidad de este grupo de mujeres a padecer cáncer de mama si presentaron una menarquia más precoz, y una mayor exposición a estrógenos (Stacey A Missmer, 2004).

Factores hormonales

En mujeres postmenopáusicas la producción endógena de estrógenos representa un factor de riesgo, con una mayor relación en los tumores ER y/o receptores de progesterona (PR) positivos. (Stacey A Missmer, 2004). Por otra parte en mujeres premenopáusicas con niveles elevados de estradiol durante la fase folicular se encuentra un mayor riesgo de padecer cáncer de mama.

En cuanto a los niveles de esteroides sexuales, la testosterona tiene mayor relación con el cáncer de mama en mujeres postmenopáusicas. (Stacey A Missmer, 2004). En cambio en mujeres premenopáusicas los esteroides sexuales tienen implicación siempre y cuando existe un factor hormonal asociado. (Andrea Micheli, 2007) (S Shelley, 2008). Una posible explicación a estos efectos opuestos de los andrógenos en la mujer pre- y postmenopáusica se centra en el andrógeno adrenal androstenediol, ya que este se comporta como un agonista débil del RE (motivo por el que también es denominado hermafrodol). Este andrógeno en la mujer premenopáusica (con elevados niveles de estrógenos) podría tener efectos anti-estrogénicos, mientras que en la mujer postmenopáusica el efecto agonista podría ser el predominante (S.L. Davison, 2004).

Otras hormonas

WomensHealthInitiative reportó que a concentraciones elevadas de insulina en mujeres no diabéticas se asocia a un riesgo incrementado de padecer cáncer de mama en mujeres postmenopáusicas que no usan terapia de reemplazo hormonal sustitutivo (Oncol, 2010).

**CALIDAD DE REGISTRO DE LA HISTORIA CLÍNICA EN CUANTO A
LA IMPORTANCIA DE LA ANAMNESIS EN EL MANEJO DE LOS
PACIENTES**

La historia clínica es el documento que a través del tiempo y con diversos parámetros ha servido de ayuda para conocer la clínica de una patología específica, su evolución y comportamiento, así como conocer a cada paciente, sus antecedentes, su personalidad.

4.3.1. Medicina Hipocrática.

Nace la historia clínica con la medicina hipocrática como un saber técnico, alejado de lo mágico o la divinidad, basándose en principios objetivos. Dominado por un afán de un saber transmisible que al decir de García Gual (Gual, 1993) "no solo trataba de curar sino de ilustrar a sus pacientes" (Gual, 1993) (p. 15) entendiéndose la enfermedad "como un proceso morboso que afecta al organismo en su conjunto" (Gual, 1993)(p. 50) y "el sujeto de esa historia no es la enfermedad, sino el paciente con su naturaleza individual y su organismo humano" (Gual, 1993)(p. 54).

Estas primeras historias clínicas muestran un punto de vista más humanitario del médico que se encarga del paciente, pues también muestran la fe del paciente en su médico y la atención que ellos prestan a cada uno.

4.3.2. Renacimiento E Ilustración.

Va a ser con la entrada en la Modernidad y más concretamente con el Renacimiento, cuando se hará hincapié en la individualidad de la historia clínica "poniendo a la enfermedad en el marco de la biografía del enfermo"... (Gual, 1993) (p. 733).

Para Sydenham, formulador de la nosología moderna, las historias clínicas se atenderán a los datos de la experiencia con el enfermo y sus patografías van a ser empíricas y rigurosamente específicas (Gual, 1993) (p. 733). Describió ya por entonces "la Histeria en los hombres, aunque mas raramente que en las mujeres" (Gual, 1993) (p. 167).

Aquí se aprecia la historia clínica tanto su ayuda para tratar al paciente como para conocer más de las enfermedades y su curso clínico, e incluso empieza a poner atención en la psiquis de cada individuo.

4.3.3. Siglo XIX.

A finales del Siglo XIX en los textos de las historias clínicas aparece la "descriptio subjecti" (Gual, 1993) (p. 735), la importancia dada al individuo humano. Hasta entonces en el relato patográfico el individuo aparecía troceado y dividido en mil pedazos; era la historia clínica de un hígado, pulmones, sangre, etc. El sujeto quedaba reducido a órgano.

Comienza en esta época, finales del siglo XIX, a darse mayor importancia al relato biográfico de la vida como historia. "Para que una patografía sea auténtica deberá ser personal; para ser científica, en alguna medida, universal"... (Gual, 1993)(p. 740).

Desde el vitalismo pasando por los neuropatólogos como Jackson, Von Monakow, Goldstein y posteriormente Von Weizsäcker, la escuela de Heidelberg o Freud, el relato patográfico se abre, como refiere Tiburcio Angosto, a la individuación, en tanto el cuadro clínico es visto como "una creación adaptativa del organismo". Asimismo se tiene en cuenta "la vida personal y la mentalidad antropológica tomándose la enfermedad individual como un momento constitutivo de la total biografía del sujeto" (Angosto, 2002) (Osorio, 2012).

Al hacer un repaso de las historias clínicas y la semiología en los tiempos actuales se halla que en la clínica en general y en las especialidades en particular, los adelantos científicos-técnicos (pruebas complementarias, exámenes radiográficos, analíticos, etc.) han supuesto un corte radical con la visión tradicional y clásica del quehacer clínico, tanto en la observación como en la evolución diagnóstica (Osorio, 2012).

Actualmente se ha perdido el valor de la anamnesis y exploración, lo que ha llevado a realizar muchos exámenes complementarios y retrasar el diagnóstico de las enfermedades. Así mismo se ha olvidado de evaluar a las personas completamente y se deja a un lado o se escapa de vista ciertas patologías que también pueden estar presentes. Se podrían identificar muchos factores de riesgo modificables por medio de una buena anamnesis y contribuir a una mejor salud global.

Adicionalmente la información no se registra de forma adecuada o no se registra de ninguna forma, lo que dificulta el manejo. Una historia clínica de calidad

debería de cumplir con una serie de características tales como contenido informativo, ordenación lógica, normalización documental, y legibilidad (Adriana Silvia Velito, 2010).

La historia clínica debe obtener suficiente información para identificar al paciente, justificar el diagnóstico, tratamiento y documentar los resultados de la asistencia.

Por otra parte cumplir con el desarrollo de esta documentación constituye una actividad derivada de la atención al paciente, la cual en ocasiones se presenta en circunstancias poco favorables tales como tiempo limitado en consulta, exigencia de atender cierto número de pacientes por hora, entorpeciendo la recolección de los requerimientos de la historia clínica.

4.3.4. Enfoques En La Evaluación De Las Historias Clínicas

La evaluación de la calidad de las historias clínicas se plantea desde dos enfoques diferentes. Un primer tipo de evaluación tiene como objetivo lograr historias completas, esto significa que la historia cumpla una serie de requisitos establecidos previamente, para ello se revisan las historias y las deficiencias detectadas en las mismas lo que se corrige en un plazo determinado de tiempo y pactado previamente con el autor de la historia. Dentro de este parámetro se puede realizar una revisión tanto de tipo cuantitativa como de tipo cualitativa.

El segundo planteamiento consiste en realizar una revisión de las historias y de cuyos resultados se informa a los autores para dejar en su conocimiento los déficits y se tomen medidas de corrección en futuras elaboraciones de historias.

Normas para la mejor evaluación de una historia clínica

1. Ordenación general de la historia clínica: según el esquema designado por la comisión de historias vigente y la normativa del centro hospitalario
2. Identificación del paciente: sí consta el nombre apellido, y número de historia en todos los documentos
3. Identificación del médico: sí consta el nombre y apellido en todos los documentos
4. Hoja de anamnesis: sí existe dicha hoja, cumplimentada y si al final se escribe diagnóstico/diagnósticos

5. Exploración física básica: sí existe una exploración física completa referente a la patología del paciente
6. Comentarios y evolución diaria médica: sí todos los días hay comentarios médicos como reflejo de un pase de visita
7. Ordenes de tratamiento médico: sí existen diariamente
8. Hojas de observación de enfermería: sí existen diariamente con anotaciones de atención
9. Informes de radiodiagnóstico: sí existen o solo hay radiografías
10. Protocolo preoperatorio: Sí existe electrocardiograma, radiografía de tórax y analítica preoperatoria
11. Hoja de anestesia: Sí está cumplimentada o no
12. Informe del cirujano: Sí está cumplimentada o no sobre la intervención practicada
13. Informes de anatomía patológica sobre muestras: si existe o no siempre que se hayan remitido dichas muestras
14. Existencia de informe de alta: sí existe o no
15. Grado de cumplimiento del alta: debe constar si está identificado el paciente y el médico responsable, antecedentes, anamnesis de enfermedad actual, exploración clínica y complementarias, tratamientos y evolución, estado al alta, diagnóstico principal, procedimientos realizados, consejos y medicación (Adriana Silvia Velito, 2010).

5. METODOLOGIA

5.1. Tipo De Estudio

El tipo de estudio realizado en el siguiente proyecto de investigación fue descriptivo, puesto que se describen los factores de riesgo y analítico ya que en base a ellos se pretende mejorar la prevención y el diagnóstico precoz de cáncer de mama. Tuvo un diseño cuantitativo debido a que permite revisar los datos de una manera numérica y epidemiológica, y retrospectivo puesto que el periodo de tiempo en que se realizó comprende los años 2000-2007 . Según el periodo y secuencia de estudio fue transversal ya que se estudio simultáneamente la exposición y la enfermedad en una población bien definida en un momento determinado.

5.2. Área De Estudio

El área de estudio del siguiente proyecto fue Hospital Oncológico de Loja, denominado Sociedad oncológica de lucha contra el cáncer (SOLCA), núcleo de Loja el mismo que se encuentra ubicado en la Av. Salvador Bustamante Celi en el sector de Jipiro.

5.3. Universo Y Muestra

El universo del presente proyecto de investigación abarca las pacientes femeninas atendidas en SOLCA-Loja durante el 2000 al 2007.

La muestra son las pacientes diagnosticadas de cáncer de mama en SOLCA-Loja, un total de 184 pacientes durante el periodo ya nombrado. El tipo de muestreo es no probabilístico por cuotas.

CRITERIOS DE INCLUSION Y EXLUSION

INCLUSION: Mujeres con diagnostico histopatológico de cáncer de mama atendidas entre 2000 y 2007 en SOLCA-Loja.

EXCLUSION: Mujeres atendidas durante el 2000 al 2007 sin diagnóstico de cáncer de mama.

5.4. Operacionalización De Variables

Variable	Definición	Indicador	Medición
Edad de diagnóstico de cáncer de mama	Tiempo cronológico de vida en el que se diagnosticó la patología	Distribución por grupos de edad	<29 30-39 40-49 50-59 60-69 >70 No disponemos de datos
Grado de instrucción	Nivel de instrucción definido como el grado más elevado de estudios realizados o en curso, sin tener en cuenta si se han terminado o están provisional o definitivamente incompletos.	Años de escolaridad recibidos por cada paciente agrupados según la definición del país	Ninguna Primaria incompleta Primaria completa Secundaria incompleta Secundaria completa Superior incompleta Superior completa Más No disponemos de datos
Ocupación	Trabajo que una persona realiza a cambio de dinero y de manera más o menos continuada	Tipos de labor a la que se dedica el individuo estudiado	QQDD (quehaceres domésticos) Comerciante Empleada pública Estudiante Desempleada Otros No disponemos de datos
Índice de masa corporal	El índice de masa corporal (IMC) es una medida de asociación entre el peso y la talla de un individuo	Medida que se obtuvo como el resultado del IMC $\text{Peso (kg)} / (\text{Altura (m)} \times \text{Altura (m)})$	<20 20-24,9 >25 No disponemos de datos
Edad de menarquia	Edad en que aparece el primer periodo menstrual	Edad por años en que comienza la capacidad reproductiva	= o <9 10 11 12 13 14 15 = o 16> No disponemos de datos
Gestas	Tiempo comprendido que va, desde la fecundación del óvulo por el espermatozoide, hasta el momento del parto	Numero de gestas de cada paciente estudiada	0 1 2 3 4 5 >5 No disponemos de datos
Edad de la primera gesta	Tiempo cronológico en la vida de la mujer en la que se produjo el primer embarazo	Años cumplidos de la paciente al momento del primer embarazo	<15 16-19 20-24 25-29 30-34 35-39 40-44 45-50 >50 No disponemos de datos
Abortos	Es la muerte y expulsión del feto antes de los cinco meses de embarazo. Después de esta fecha, y hasta las 28 semanas de embarazo se llama parto inmaduro y parto prematuro si tiene más de 28 semanas	Presentación de aborto clasificado por la causa	Si espontáneo Si provocado Si no específica No No disponemos de datos
Lactancia	Proceso de síntesis,	Tiempo de amamantamiento de	Si menos de 6 meses

	producción y secreción de leche de las mamas para la alimentación del niño	un niño por parte de su madre	Sí más de 6 meses Sí, no especifica tiempo No No disponemos de datos
Uso de anticonceptivos hormonales	Serie de medidas voluntarias para evitar la fecundidad de las mujeres mediante la administración externa de hormonas	Tiempo de uso de ACO (anticonceptivos orales)	Sí, menos de 1 año Sí, más de un año Sí, tiempo no determinado No No disponemos de datos
Postmenopausia	cese definitivo de la capacidad reproductiva independiente si la fue inducida o espontánea	Cumplimiento del criterio de menopausia	Sí No No disponemos de datos
Edad de menopausia o última menstruación	Edad en que se produce la menopausia	Edad cronológica de la paciente en la que se produjo la última menstruación	< 34 35-39 40-44 45-49 50-54 55-60 >60 No disponemos de datos
Mamografía previa	Estudio radiológico cuyo objetivo es el análisis de la forma, consistencia y componentes de las mamas de una mujer	Realización de una mamografía y fecha del examen	No Sí Año No disponemos de datos
Historia personal de otro primario de cáncer de mama	Paciente que tiene como antecedente patológico personal un diagnóstico de cáncer de mama previo	Presencia del antecedente de cáncer de mama	Sí No No disponemos de datos
Mutaciones genéticas	Alteración o cambio en la información genética de un ser vivo y que, por lo tanto, va a producir un cambio de características de éste, que se presenta súbita y espontáneamente, y que se puede transmitir o heredar a la descendencia	Presencia de alteraciones genéticas	Sí No estudiado No No disponemos de datos
Historia familiar de cáncer de mama	Pacientes que tienen como antecedente patológico familiar historia de cáncer de mama	Grado de consanguinidad del familiar afectado con cáncer de mama	Familiar de 1er grado Número de familiares Familiar de 2do grado Número de familiares No No disponemos de datos
Actividad física	Conjunto de movimientos del cuerpo obteniendo como resultado un gasto de energía mayor a la tasa de metabolismo basal	Realización de actividad física de intensidad de caminar al menos 3 veces a la semana de 1 hora	Sí No No disponemos de datos
Ingesta de carnes rojas	Ingesta de carne procedente de mamíferos	Ingesta de carnes rojas más de 1 vez a la semana	Sí No No disponemos de datos
Cafeína	Ingesta de bebidas que contengan cafeína	Ingesta de más de dos cafés al día	Sí No No disponemos de datos
Ingesta de calcio en tabletas	Ingesta por vía oral de tabletas que contengan calcio	Ingesta regular de calcio	Sí No No disponemos de datos
Ingesta de Vit D	Ingesta por vía oral de tabletas que contengan Vitamina D	Ingesta regular de Vitamina D	Sí No No disponemos de datos
Exposición a luz nocturna	Individuos que se encuentran bajo la luz nocturna	Pacientes que se exponen a la luz nocturna por más de 5 horas	Sí No No disponemos de datos
Exposición a radiación	Individuo que ha estado bajo efectos de radiación o elementos radioactivos	Pacientes expuestas a radiación o elementos radioactivos	Sí No No disponemos de datos
Uso de AINES regular	Ingesta de analgésicos anti-inflamatorios no esteroideos por vía oral	Pacientes que ingieren AINES regularmente más de 1 vez a la semana durante más de 3 meses	Sí No No disponemos de datos
Tabaquismo	Adicción al tabaco provocada, principalmente, por uno de sus	Pacientes que fuman cigarrillo	Sí No

	componentes activos		No disponemos de datos
Ingesta de alcohol regular	Individuo que ingiere alcohol hasta llegar a la embriaguez en una frecuencia de una vez a la semana	Pacientes que ingieren alcohol en forma de una o más de una cerveza al día	Sí No Ingesta de alcohol ocasional de llegar a la intoxicación etílica mas de una vez al menos sí No No disponemos de datos

5.5. Métodos E Instrumentos De Recolección De Datos

Se utilizo como método la observación y como instrumentos las historias clínicas y las hojas de recolección de datos (anexo1).

5.6. Procedimiento

Para realizar el siguiente trabajo de investigación se recolectaron los datos de las historias clínicas de las pacientes diagnosticadas de cáncer de mama encontradas en la base de datos del sistema del hospital oncológico de SOLCA-Loja, previa autorización por parte del director médico de dicha institución.

Las hojas de recolección de datos las podemos definir como un método de observación donde se toman en cuenta los datos encontrados en las historias clínicas de las pacientes que cumplen los criterios de inclusión para el estudio. Es un instrumento indispensable para llevar a cabo la recolección de datos. En tal caso, se procedió a llenar las hojas de recolección de datos previamente elaboradas. Es claro que no se trata de una entrevista, pues no existe el elemento de interacción personal que la define. La elaboración de las hojas de recolección de datos requiere un conocimiento previo del fenómeno que se va a investigar.

5.7. Plan De Tabulación Y Análisis

Para el proceso se utilizó Excel el cual es un paquete computarizado apropiado para facilitar el registro, análisis y presentación de datos cuantitativos, tabulación, frecuencia, porcentajes, cruces de variables y la elaboración de gráficos.

En el análisis de la información, la tendencia o comportamiento descriptivo de las variables en este caso a través de métodos de cálculos de tendencia central, los cuales permiten conocer el nivel de significatividad de dicha relación. Posteriormente se imprime la información necesaria de acuerdo con los propósitos de investigación, problema, objetivos e hipótesis, procediendo a la elaboración definitiva en Excel y la representación en Word; plasmando ahí las conclusiones y recomendaciones pertinentes.

6. RESULTADOS

6.1. Resultado 1

Tabla Nº 1

Edad de diagnóstico de cáncer de mama

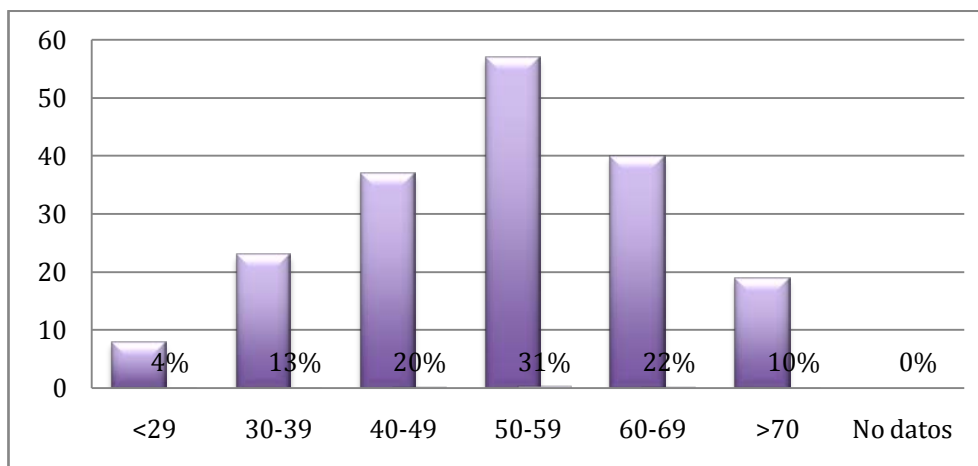
Edad	Frecuencia	Porcentaje
<29	8	4%
30-39	23	13%
40-49	37	20%
50-59	57	31%
60-69	40	22%
>70	19	10%
No disponemos de datos	0	0%
TOTAL	184	100%

Fuente: hoja de recolección de datos

Elaboración: el autor

Gráfico Nº 1

Edad de diagnóstico de cáncer de mama



Fuente: hoja de recolección de datos

Elaboración: el autor

Se puede observar que en el hospital SOLCA-Loja el mayor porcentaje de pacientes diagnosticadas con cáncer de mama se encuentra en el rango etario de 50 a 59 años de edad con un 31%.

Tabla Nº 2

Grado de instrucción de las pacientes con diagnóstico de cáncer de mama

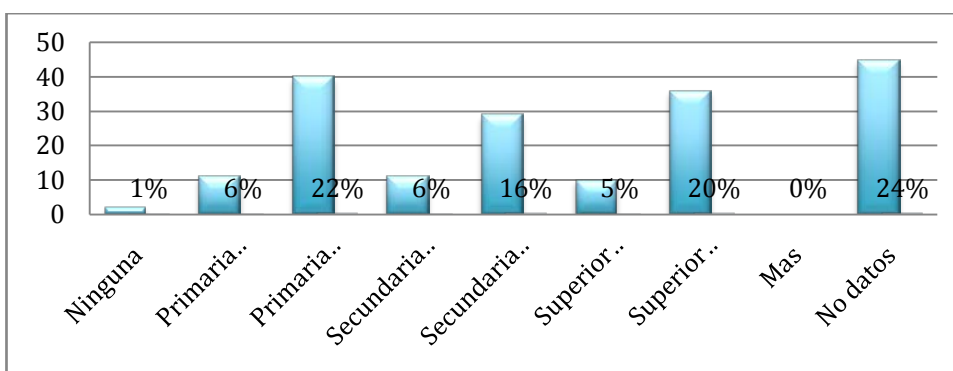
Instrucción	Frecuencia	Porcentaje
Ninguna	2	1%
Primaria Incompleta	11	6%
Primaria completa	40	22%
Secundaria incompleta	11	6%
Secundaria completa	29	16%
Superior Incompleta	10	5%
Superior completa	36	20%
Mas	0	0%
No disponemos de datos	45	24%
TOTAL	184	100%

Fuente: hoja de recolección de datos

Elaboración: el autor

Gráfico Nº 2

Grado de instrucción de las pacientes con diagnóstico de cáncer de mama



Fuente: hoja de recolección de datos

Elaboración: el autor

De las pacientes estudiadas en el hospital SOLCA-Loja se observa que el mayor porcentaje de pacientes diagnosticadas con cáncer no han sido indagadas por el grado de instrucción, que representa un 24% de pacientes. Se observa que el 22% de pacientes tienen un grado de instrucción de primaria y el 20% de las pacientes tienen como grado de instrucción superior completa.

Tabla Nº 3

Ocupación de las pacientes diagnosticadas de cáncer de mama

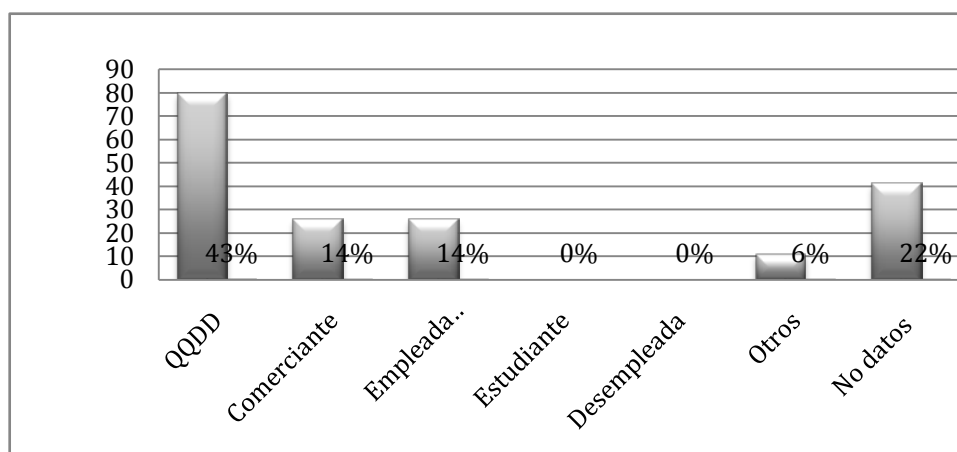
Ocupación	Frecuencia	Porcentaje
QQDD	80	43%
Comerciante	26	14%
Empleada publica	26	14%
Estudiante	0	0%
Desempleada	0	0%
Otros	11	6%
No disponemos de datos	41	22%
TOTAL	184	100%

Fuente: hoja de recolección de datos

Elaboración: el autor

Gráfico Nº 3

Ocupación de las pacientes diagnosticadas de cáncer de mama



Fuente: hoja de recolección de datos

Elaboración: el autor

Según la ocupación de las pacientes diagnosticadas con cáncer de mama en SOLCA-Loja se encuentra que la mayor incidencia de esta patología se halla en mujeres que se dedican a quehaceres domésticos, con un 43%.

Tabla Nº 4

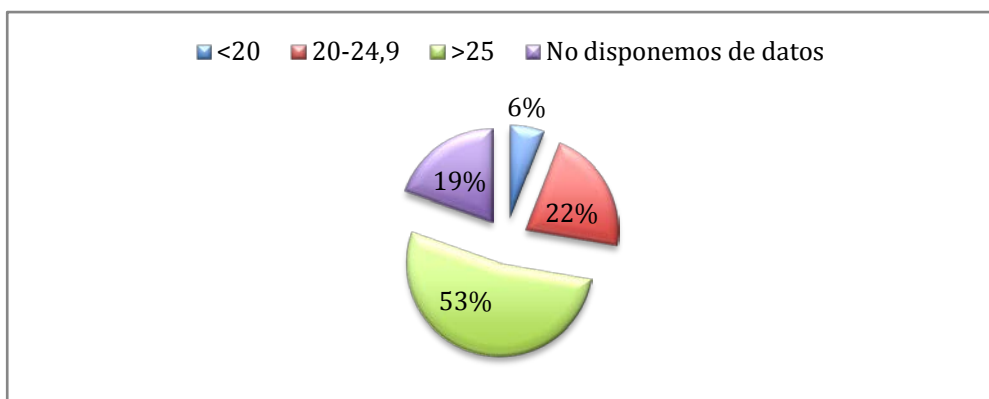
Índice de masa corporal de las pacientes diagnosticadas de cáncer de mama

IMC	Frecuencia	Porcentaje
<20	11	6%
20-24,9	40	22%
>25	97	53%
No disponemos de datos	36	20%
TOTAL	184	100%

Fuente: hoja de recolección de datos
Elaboración: el autor

Gráfico Nº 4

Índice de masa corporal de las pacientes diagnosticadas de cáncer de mama



Fuente: hoja de recolección de datos
Elaboración: el autor

En el hospital SOLCA-Loja se evidencia que el 53% de las pacientes diagnosticadas de cáncer de mama en esta institución presentan un índice de masa corporal mayor a 25.

Tabla Nº 5

Edad de menarquia de las pacientes diagnosticadas de cáncer de mama

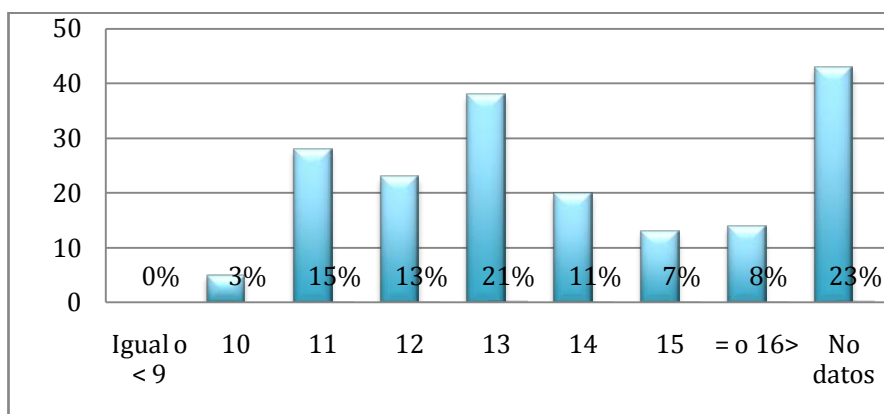
Menarquia	Frecuencia	Porcentaje
Igual o < 9	0	0%
10	5	3%
11	28	15%
12	23	13%
13	38	21%
14	20	11%
15	13	7%
= o 16>	14	8%
No disponemos de datos	43	23%
TOTAL	184	100%

Fuente: hoja de recolección de datos

Elaboración: el autor

Gráfico Nº 5

Edad de menarquia de las pacientes diagnosticadas de cáncer de mama



Fuente: hoja de recolección de datos

Elaboración: el autor

En el cuadro anterior podemos observar que las pacientes diagnosticadas de cáncer en el hospital SOLCA-Loja no han sido indagadas por la edad de menarquia en un 23%, también se observa que la edad mas común que se tienen datos de menarquia de estas pacientes es de 13 años con un 21%.

Tabla Nº 6

Número de gestas de las pacientes diagnosticadas de cáncer de mama

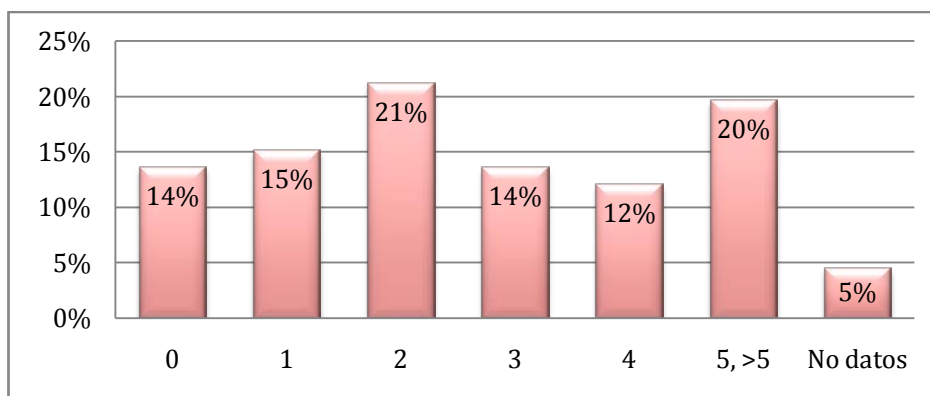
Gestas	Frecuencia	Porcentaje
0	9	14%
1	10	15%
2	14	21%
3	9	14%
4	8	12%
5, >5	13	20%
No disponemos de datos	3	5%
TOTAL	66	100%

Fuente: hoja de recolección de datos

Elaboración: el autor

Gráfico Nº 6

Número de gestas de las pacientes diagnosticadas de cáncer de mama



Fuente: hoja de recolección de datos

Elaboración: el autor

En cuanto a las gestas de las pacientes diagnosticadas de cáncer de mama en el hospital estudiado se observa que el 21% de las pacientes han tenido 2 gestas y el 20% 5 o mas de 5 gestas y el 14% de las mujeres son nulíparas.

Tabla Nº 7

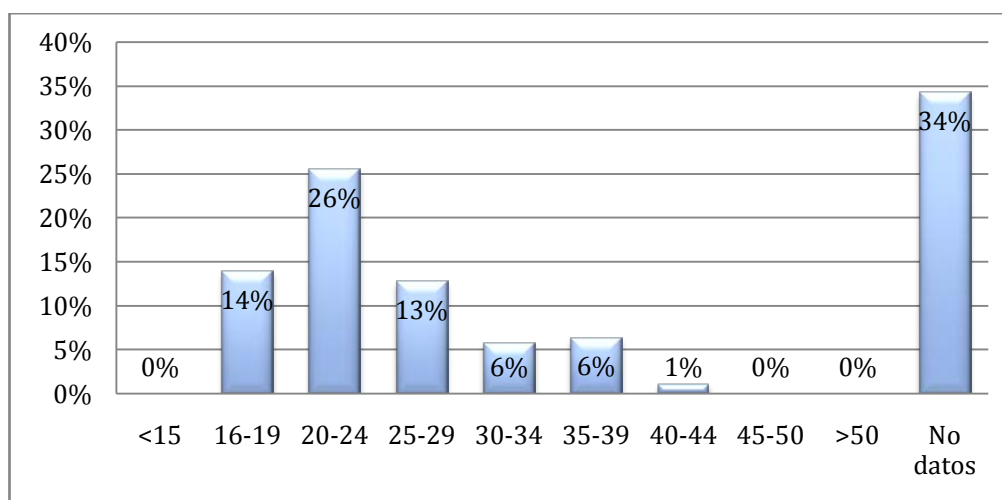
Edad de la primera gesta de las pacientes diagnosticadas de cáncer de mama

Edad	Frecuencia	Porcentaje
<15	0	0%
16-19	24	14%
20-24	44	26%
25-29	22	13%
30-34	10	6%
35-39	11	6%
40-44	2	1%
45-50	0	0%
>50	0	0%
No disponemos de datos	59	34%
TOTAL	172	100%

Fuente: hoja de recolección de datos
Elaboración: el autor

Gráfico Nº 7

Edad de la primera gesta de las pacientes diagnosticadas de cáncer de mama



Fuente: hoja de recolección de datos
Elaboración: el autor

En cuanto a la edad de primera gesta de las pacientes diagnosticadas con cáncer de mama atendidas en el hospital SOLCA-Loja se encuentra en el cuadro numero 7 que el mayor porcentaje de pacientes no ha sido indagada con respecto a este dato, correspondiendo al 34%, así mismo se evidencia que un 26% de las pacientes indagadas corresponde al grupo etario de 20 a 24 años de edad.

Tabla Nº 8

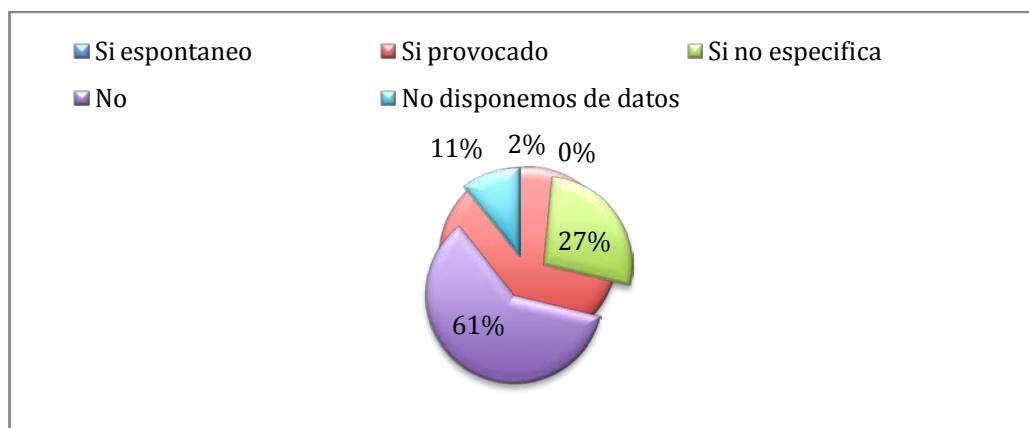
Abortos de las pacientes diagnosticadas de cáncer de mama

	Frecuencia	Porcentaje
Sí espontaneo	1	2%
Sí provocado		0%
Sí no especifica	18	27%
No	40	61%
No disponemos de datos	7	11%
TOTAL	66	100%

Fuente: hoja de recolección de datos
Elaboración: el autor

Gráfico Nº 8

Abortos de las pacientes diagnosticadas de cáncer de mama



Fuente: hoja de recolección de datos
Elaboración: el autor

En el hospital SOLCA-Loja se observa que el mayor porcentaje de pacientes con cáncer de mama no presentaron abortos, esto corresponde a un 61%, así mismo se nota que el 27% de las pacientes presentan abortos sin especificar causa, ocupando el segundo lugar en porcentaje.

Tabla Nº 9

Pacientes que han dado lactancia diagnosticadas de cáncer de mama

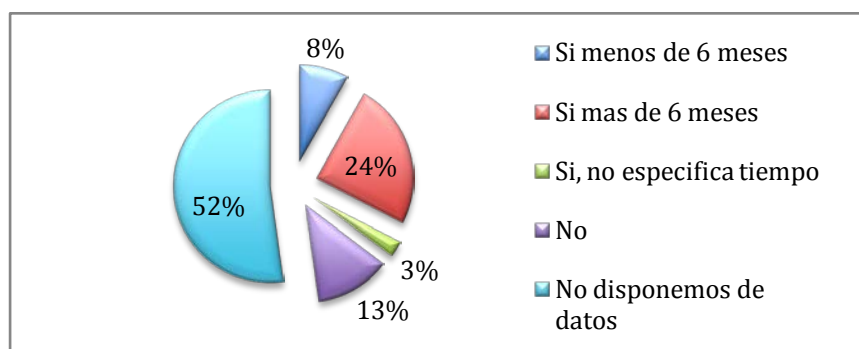
	Frecuencia	Porcentaje
Si menos de 6 meses	15	8%
Si mas de 6 meses	45	24%
Si, no especifica tiempo	5	3%
No	23	13%
No disponemos de datos	96	52%
TOTAL	184	100%

Fuente: hoja de recolección de datos

Elaboración: el autor

Gráfico Nº 9

Pacientes que han dado lactancia diagnosticadas de cáncer de mama



Fuente: hoja de recolección de datos

Elaboración: el autor

Con respecto al tiempo de lactancia podemos observar que en las pacientes diagnosticadas de cáncer de mama en el hospital SOLCA-Loja la mayoría no han sido indagadas, con un porcentaje del 52%, así mismo se observa que el 24% de las pacientes ha dado lactancia por mas de 6 meses.

Tabla Nº 10

Pacientes que han usado anticonceptivos hormonales diagnosticadas de cáncer de mama

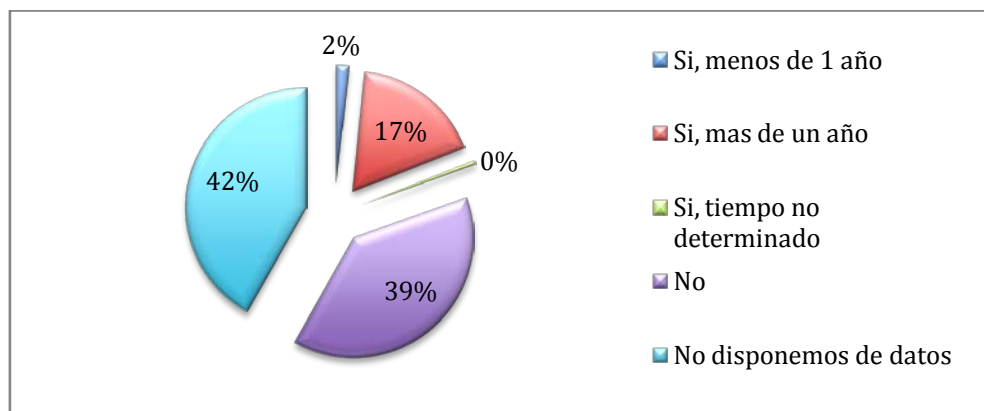
	Frecuencia	Porcentaje
Si, menos de 1 año	3	2%
Si, mas de un año	32	17%
Si, tiempo no determinado	1	1%
No	71	39%
No disponemos de datos	77	42%
TOTAL	184	100%

Fuente: hoja de recolección de datos

Elaboración: el autor

Gráfico Nº 10

Pacientes que han usado anticonceptivos hormonales diagnosticadas de cáncer de mama



Fuente: hoja de recolección de datos

Elaboración: el autor

En el gráfico numero 10 podemos observar que la mayoría de pacientes diagnosticadas de cáncer de mama en SOLCA-Loja no han sido indagadas en cuanto al uso de anticonceptivos hormonales, representando el 42%, así mismo se observa que las pacientes que no han usado anticonceptivos hormonales representan el 39%.

Tabla N° 11

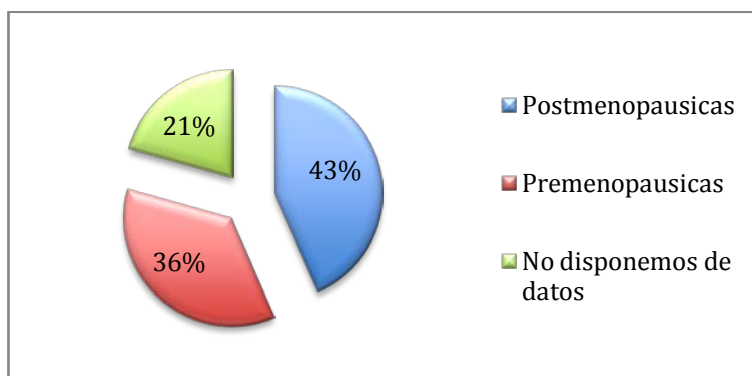
Pacientes postmenopáusicas y pre menopáusicas diagnosticadas de cáncer de mama

	Frecuencia	Porcentaje
Postmenopáusicas	80	43%
Pre menopáusicas	66	36%
No disponemos de datos	38	21%
TOTAL	184	100%

Fuente: hoja de recolección de datos
Elaboración: el autor

Gráfico N° 11

Pacientes postmenopáusicas y pre menopáusicas diagnosticadas de cáncer de mama



Fuente: hoja de recolección de datos
Elaboración: el autor

En el presente estudio se puede observar que la mayoría de pacientes diagnosticadas de cáncer de mama en SOLCA-Loja son postmenopáusicas, correspondiendo al 43%, las pre menopáusicas ocupan el 36% y las pacientes de las cuales no se dispone este dato representan el 21%

Tabla Nº 12

Edad de menopausia de las pacientes diagnosticadas de cáncer de mama

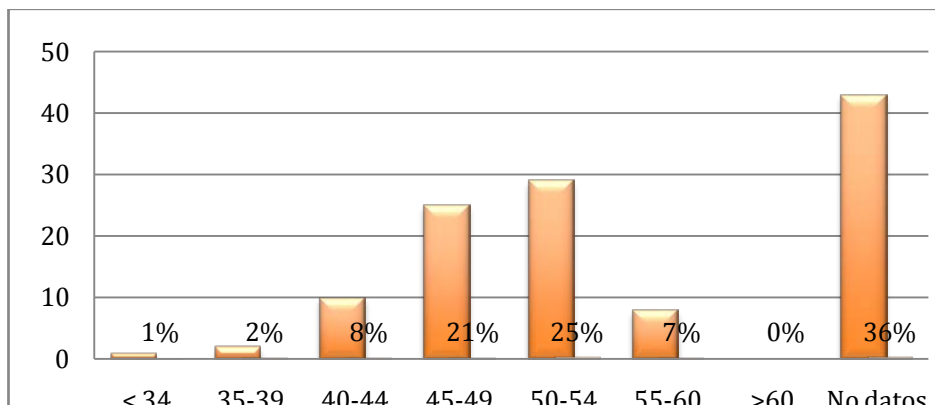
	Frecuencia	Porcentaje
< 34	1	1%
35-39	2	2%
40-44	10	8%
45-49	25	21%
50-54	29	25%
55-60	8	7%
>60	0	0%
No disponemos de datos	43	36%
TOTAL	118	100%

Fuente: hoja de recolección de datos

Elaboración: el autor

Gráfico Nº 12

Edad de menopausia de las pacientes diagnosticadas de cáncer de mama



Fuente: hoja de recolección de datos

Elaboración: el autor

En el gráfico numero 12 podemos observar que la fecha de ultima menstruación o edad de menopausia no ha sido indagada en la mayoría de las pacientes diagnosticadas de cáncer de mama en SOLCA-Loja, correspondientes al 36%, seguida por las pacientes que presentan como edad de menopausia un rango etario comprendido entre los 50 a 54 años lo que representa el 25%.

Tabla N° 13

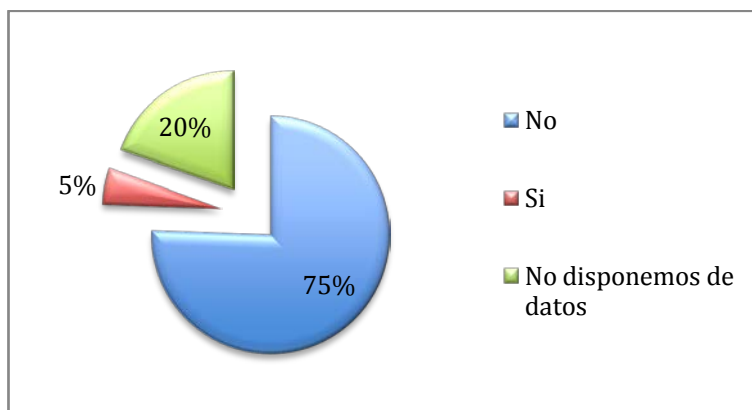
Pacientes diagnosticadas de cáncer de mama que se han realizado mamografía previa

	Frecuencia	Porcentaje
Nunca	139	76%
Sí	9	5%
No disponemos de datos	36	20%
TOTAL	184	100%

Fuente: hoja de recolección de datos
Elaboración: el autor

Gráfico N° 13

Pacientes diagnosticadas de cáncer de mama que se han realizado mamografía previa



Fuente: hoja de recolección de datos
Elaboración: el autor

En el hospital SOLCA-Loja podemos observar que la mayoría de pacientes que han sido diagnosticadas de cáncer de mama no se han realizado según los datos disponibles nunca una mamografía previa, correspondiendo al 75%, ya que al poseer un 20% de pacientes no indagadas estas cifras pueden cambiar.

Tabla N° 14

Pacientes diagnosticadas de cáncer de mama que han tenido historia personal de otro primario de cáncer de mama

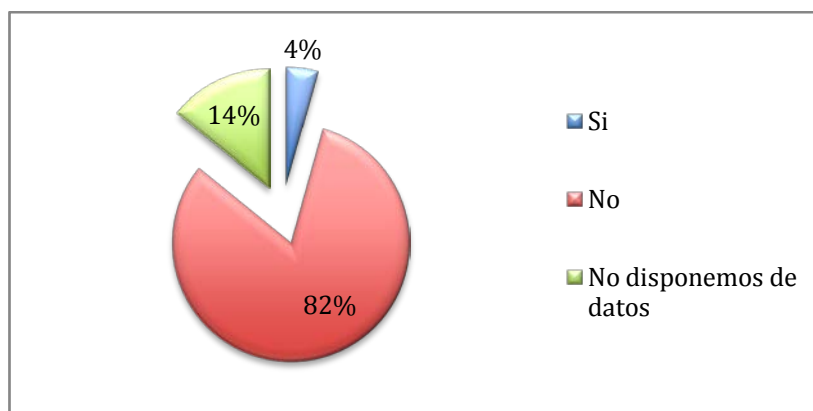
	Frecuencia	Porcentaje
Sí	8	4%
No	150	82%
No disponemos de datos	26	14%
TOTAL	184	100%

Fuente: hoja de recolección de datos

Elaboración: el autor

Gráfico N° 14

Pacientes diagnosticadas de cáncer de mama que han tenido historia personal de otro primario de cáncer de mama



Fuente: hoja de recolección de datos

Elaboración: el autor

En el hospital SOLCA-Loja podemos observar que el 82% de las pacientes diagnosticadas con cáncer de mama no han tenido historia personal de otro primario de cáncer de mama de los datos que se disponen, ya que al haber un 14% de pacientes no indagadas los datos pueden variar.

Tabla N° 15

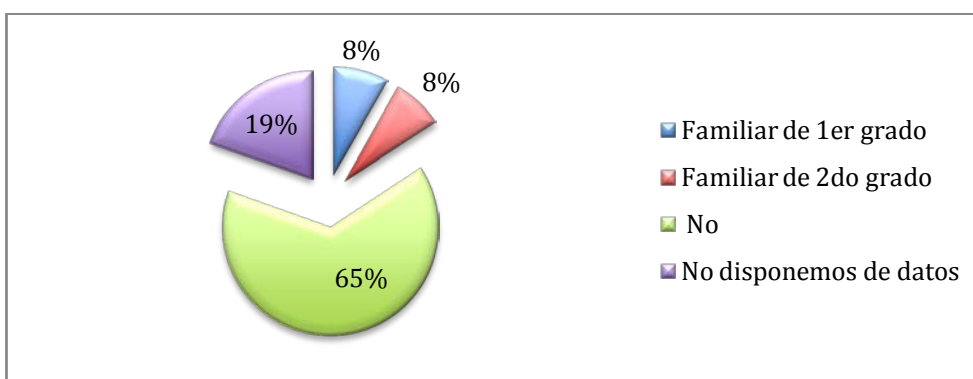
Pacientes diagnosticadas de cáncer de mama que presentan historia familiar de cáncer de mama

	Frecuencia	Porcentaje
Familiar de 1er grado	15	8%
Familiar de 2do grado	14	8%
No	119	65%
No datos	36	20%
TOTAL	184	100%

Fuente: hoja de recolección de datos
Elaboración: el autor

Gráfico N°15

Pacientes diagnosticadas de cáncer de mama que presentan historia familiar de cáncer de mama



Fuente: hoja de recolección de datos
Elaboración: el autor

En el gráfico numero 16 podemos observar que la mayoría de las pacientes atendidas en SOLCA-Loja no presentan historia familiar de cáncer de mama, representando un 65%.

Tabla N° 16

Pacientes diagnosticadas de cáncer de mama que realizan actividad física de caminar 3 veces a la semana por una hora

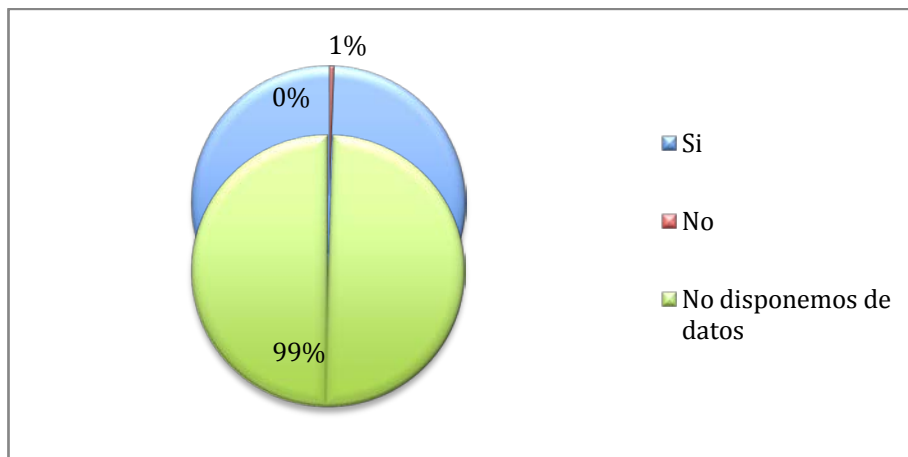
	Frecuencia	Porcentaje
Sí	0	0%
No	1	1%
No disponemos de datos	183	99%
TOTAL	184	100%

Fuente: hoja de recolección de datos

Elaboración: el autor

Gráfico N°16

Pacientes diagnosticadas de cáncer de mama que realizan actividad física de caminar 3 veces a la semana por una hora



Fuente: hoja de recolección de datos

Elaboración: el autor

En el gráfico numero 18 podemos observar que en el hospital SOLCA-Loja la mayoría de pacientes diagnosticadas de cáncer de mama no han sido indagadas respecto a la actividad física con un 99%, sin embargo el 1% no realiza actividad física alguna.

Tabla N° 17

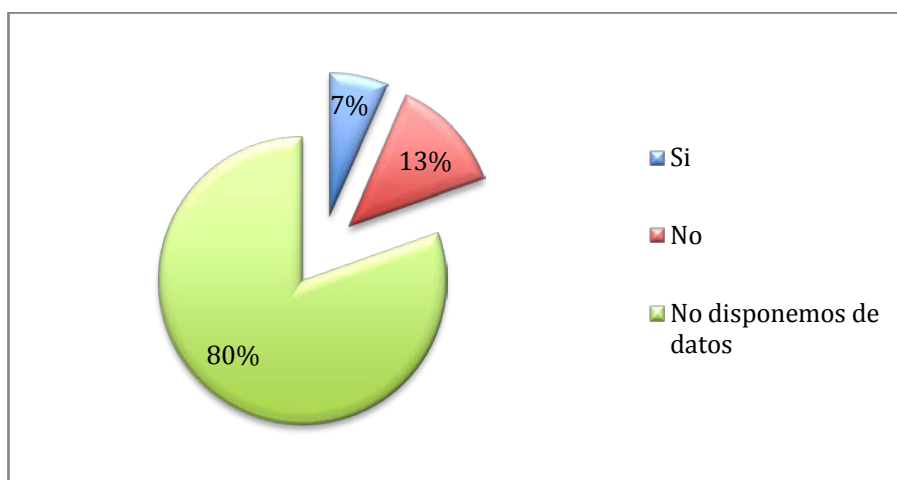
Pacientes diagnosticadas de cáncer de mama que comen carne roja por mas de 1 vez a la semana

	Frecuencia	Porcentaje
Sí	12	7%
No	24	13%
No disponemos de datos	148	80%
TOTAL	184	100%

Fuente: hoja de recolección de datos
Elaboración: el autor

Gráfico N°17

Pacientes diagnosticadas de cáncer de mama que comen carne roja por mas de 1 vez a la semana



Fuente: hoja de recolección de datos
Elaboración: el autor

Se observa que en el hospital SOLCA-Loja el 80 % de las pacientes diagnosticadas de cáncer de mama no han sido indagadas respecto a el consumo de carne roja semanal, así mismo se observa que del grupo que si han sido indagadas el 13% no consume carne roja mas de 1 vez a la semana

Tabla N° 18

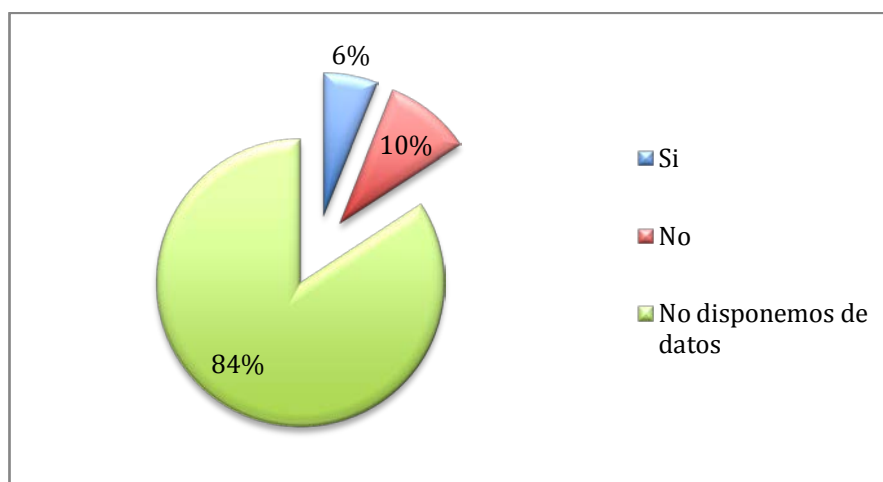
Pacientes diagnosticadas de cáncer de mama que ingieren cafeína por mas de 2 veces al día

	Frecuencia	Porcentaje
Sí	11	6%
No	18	10%
No disponemos de datos	155	84%
TOTAL	184	100%

Fuente: hoja de recolección de datos
Elaboración: el autor

Gráfico N°18

Pacientes diagnosticadas de cáncer de mama que ingieren cafeína por mas de 2 veces al día



Fuente: hoja de recolección de datos
Elaboración: el autor

En el gráfico numero 20 podemos observar que el 84% de las pacientes atendidas en SOLCA-Loja con el diagnostico de cáncer de mama no han sido indagadas respecto al consumo de cafeína diario, el 10% de las pacientes refiere no consumir cafeína por mas de 2 veces al día

Tabla N° 19

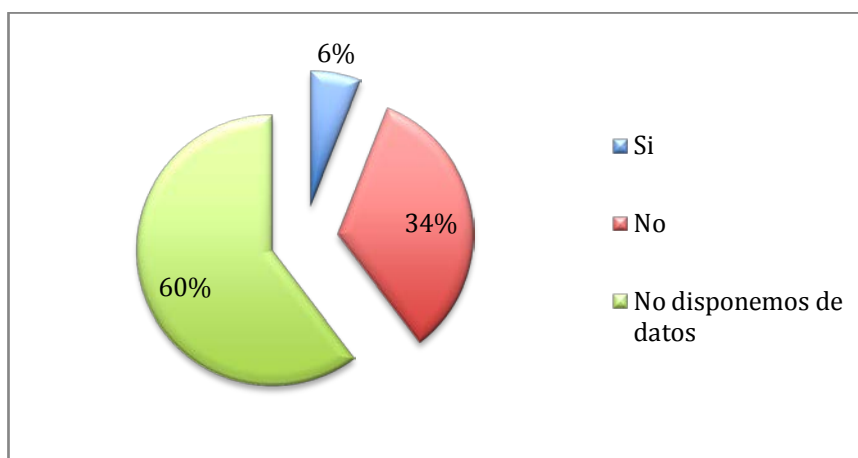
Pacientes diagnosticadas de cáncer de mama que ingieren calcio en tabletas

	Frecuencia	Porcentaje
Si	11	6%
No	62	34%
No disponemos de datos	111	60%
TOTAL	184	100%

Fuente: hoja de recolección de datos
Elaboración: el autor

Gráfico N°19

Pacientes diagnosticadas de cáncer de mama que ingieren calcio en tabletas



Fuente: hoja de recolección de datos
Elaboración: el autor

En el gráfico numero 21 podemos observar que el 60% de las pacientes atendidas en SOLCA-Loja y con diagnostico de cáncer de mama no han sido indagadas respecto al consumo de calcio en tabletas

Tabla Nº 20

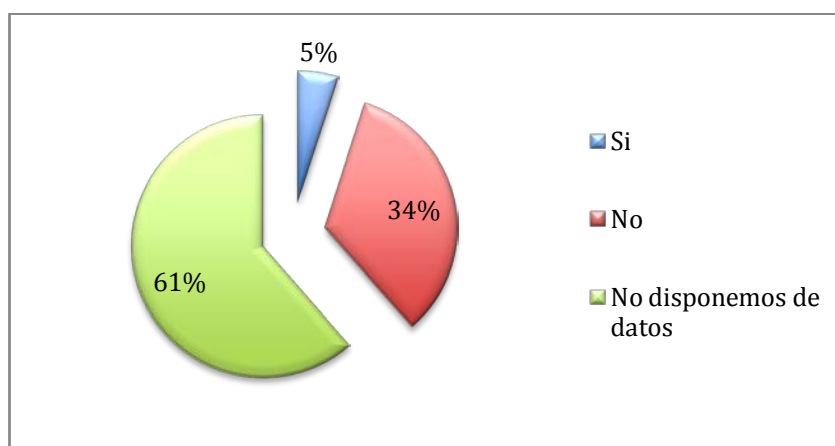
Pacientes diagnosticadas de cáncer de mama que ingieren Vitamina D

	Frecuencia	Porcentaje
Sí	9	5%
No	62	34%
No disponemos de datos	113	61%
TOTAL	184	100%

Fuente: hoja de recolección de datos
Elaboración: el autor

Gráfico Nº20

Pacientes diagnosticadas de cáncer de mama que ingieren Vitamina D



Fuente: hoja de recolección de datos
Elaboración: el autor

Como se puede observar en el gráfico numero 22 el 61% de las pacientes atendidas en SOLCA-Loja con diagnostico de cáncer de mama no han sido indagadas respecto al consumo de vitamina D

Tabla N° 21

Pacientes diagnosticadas de cáncer de mama que han tenido exposición a la luz nocturna artificial por más de 5 horas

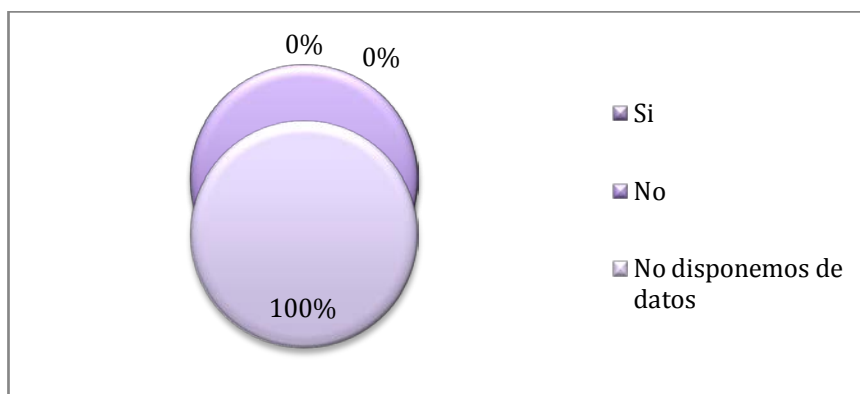
	Frecuencia	Porcentaje
Sí	0	0%
No	0	0%
No disponemos de datos	184	100%
TOTAL	184	100%

Fuente: hoja de recolección de datos

Elaboración: el autor

Gráfico N°21

Pacientes diagnosticadas de cáncer de mama que han tenido exposición a la luz nocturna artificial por mas de 5 horas



Fuente: hoja de recolección de datos

Elaboración: el autor

Según el gráfico numero 23 podemos notar que el 100% de las pacientes diagnosticadas de cáncer de mama en SOLCA-Loja no han sido indagadas respecto a exposición a la luz nocturna artificial.

Tabla Nº 22

Pacientes diagnosticadas de cáncer de mama que han tenido exposición a la radiación

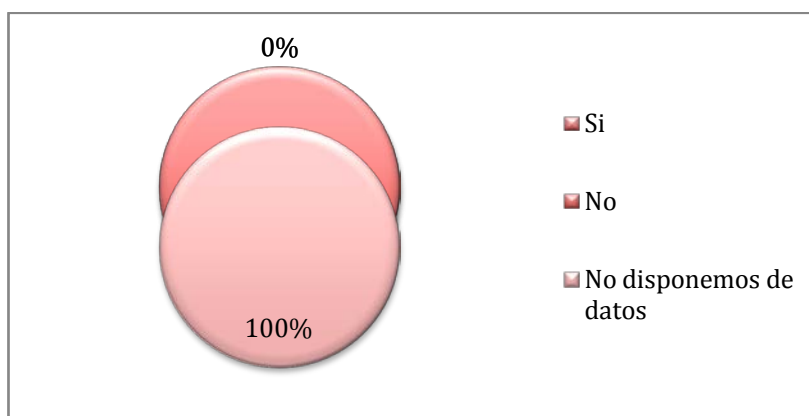
	Frecuencia	Porcentaje
Sí	0	0%
No	0	0%
No disponemos de datos	184	100%
TOTAL	184	100%

Fuente: hoja de recolección de datos

Elaboración: el autor

Gráfico Nº22

Pacientes diagnosticadas de cáncer de mama que han tenido exposición a la radiación



Fuente: hoja de recolección de datos

Elaboración: el autor

Según el gráfico numero 23 podemos notar que el 100% de las pacientes diagnosticadas de cáncer de mama en SOLCA-Loja no han sido indagadas respecto a exposición a radiación.

Tabla N° 23

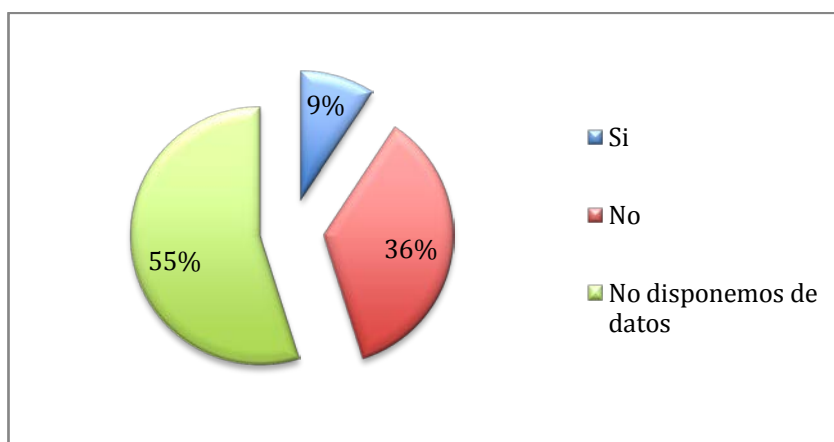
Pacientes diagnosticadas de cáncer de mama que han usado AINES regularmente durante mas de 1 vez a la semana por mas de 3 meses

	Frecuencia	Porcentaje
Sí	17	9%
No	66	36%
No disponemos de datos	101	55%
TOTAL	184	100%

Fuente: hoja de recolección de datos
Elaboración: el autor

Gráfico N°23

Pacientes diagnosticadas de cáncer de mama que han usado AINES regularmente durante mas de 1 vez a la semana por mas de 3 meses



Fuente: hoja de recolección de datos
Elaboración: el autor

En el gráfico numero 26 podemos observar que el 55% de las pacientes con diagnostico de cáncer de mama en SOLCA-Loja no han sido indagadas respecto al uso regular de AINES, y el 36% refieren no consumir AINES regularmente

Tabla N° 24

Pacientes diagnosticadas de cáncer de mama que consumen tabaco

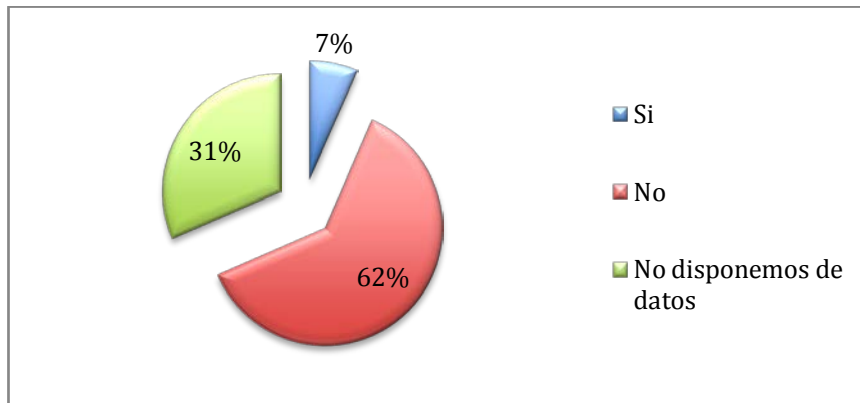
	Frecuencia	Porcentaje
Sí	12	7%
No	114	62%
No disponemos de datos	58	32%
TOTAL	184	100%

Fuente: hoja de recolección de datos

Elaboración: el autor

Gráfico N°24

Pacientes diagnosticadas de cáncer de mama que consumen tabaco



Fuente: hoja de recolección de datos

Elaboración: el autor

Como podemos observar en el gráfico numero 26 el 62% de las mujeres diagnosticadas de cáncer de mama en SOLCA-Loja refieren no consumir tabaco.

Tabla Nº 25

Pacientes diagnosticadas de cáncer de mama que presentan ingesta regular de alcohol

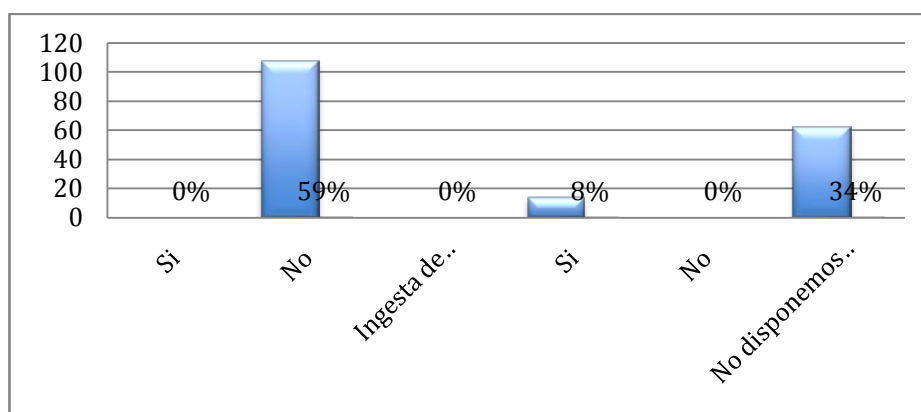
	Frecuencia	Porcentaje
Sí	0	0%
No	108	59%
Ingesta de alcohol ocasional de llegar a la intoxicación etílica mas de una vez al menos	0	0%
Sí	14	8%
No	0	0%
No disponemos de datos	62	34%
TOTAL	184	100%

Fuente: hoja de recolección de datos

Elaboración: el autor

Gráfico Nº25

Pacientes diagnosticadas de cáncer de mama que presentan ingesta regular de alcohol



Fuente: hoja de recolección de datos

Elaboración: el autor

En el gráfico numero 27 podemos observar que en SOLCA-Loja la mayoría de pacientes diagnosticadas de cáncer de mama niega consumir alcohol de manera regular.

6.2. Resultado 2

Tabla Nº 26

Edad de diagnóstico de cáncer de mama en pacientes premenopáusicas y postmenopáusicas

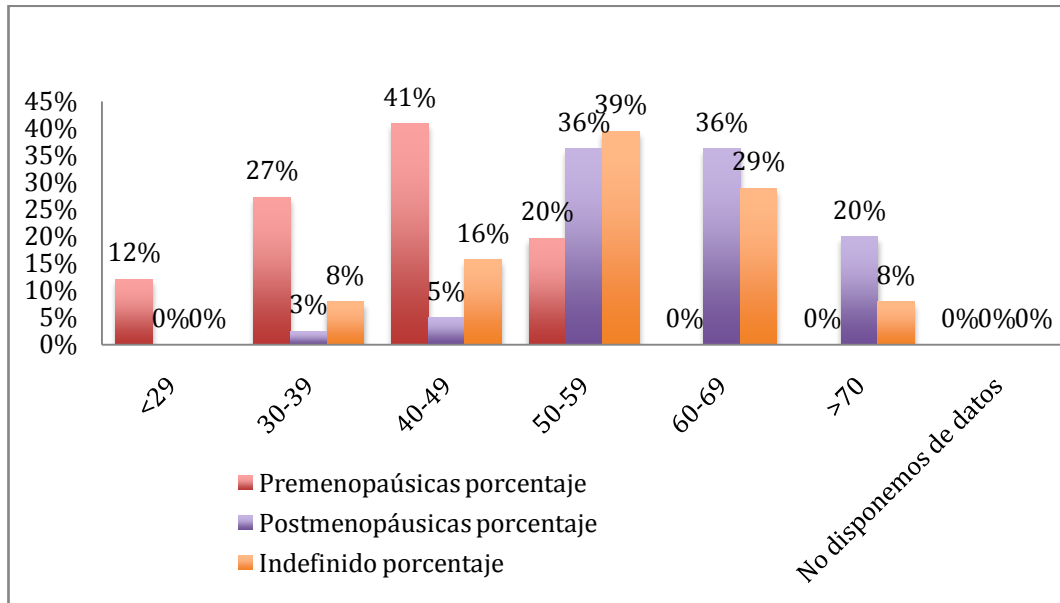
1 Edad de diagnóstico de Cáncer de mama						
	Premenopáusicas		Postmenopáusicas		Indefinido	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
<29	8	12%	0	0%	0	0%
30-39	18	27%	2	3%	3	8%
40-49	27	41%	4	5%	6	16%
50-59	13	20%	29	36%	15	39%
60-69	0	0%	29	36%	11	29%
>70	0	0%	16	20%	3	8%
No datos	0	0%		0%	0	0%
TOTAL	66	100%	80	100%	38	100%

Fuente: hoja de recolección de datos

Elaboración: el autor

Gráfico N° 26

Edad de diagnóstico de cáncer de mama en las pacientes premenopáusicas y postmenopáusicas



Fuente: hoja de recolección de datos
 Elaboración: el autor

Como podemos observar en el gráfico número 28 la mayoría de pacientes diagnosticadas de cáncer de mama premenopáusicas que corresponde al 41% en el hospital SOLCA-Loja se encuentran entre los 40-49 años de edad, en contraposición con las postmenopáusicas que fueron del 5%, en cambio la mayoría de pacientes postmenopáusicas diagnosticadas de cáncer de mama se encuentran en un rango etario comprendido entre los 50-70 años de edad, con un 36% para ambos.

Tabla Nº 27

Grado de instrucción de las pacientes premenopáusicas y postmenopáusicas con diagnóstico de cáncer de mama

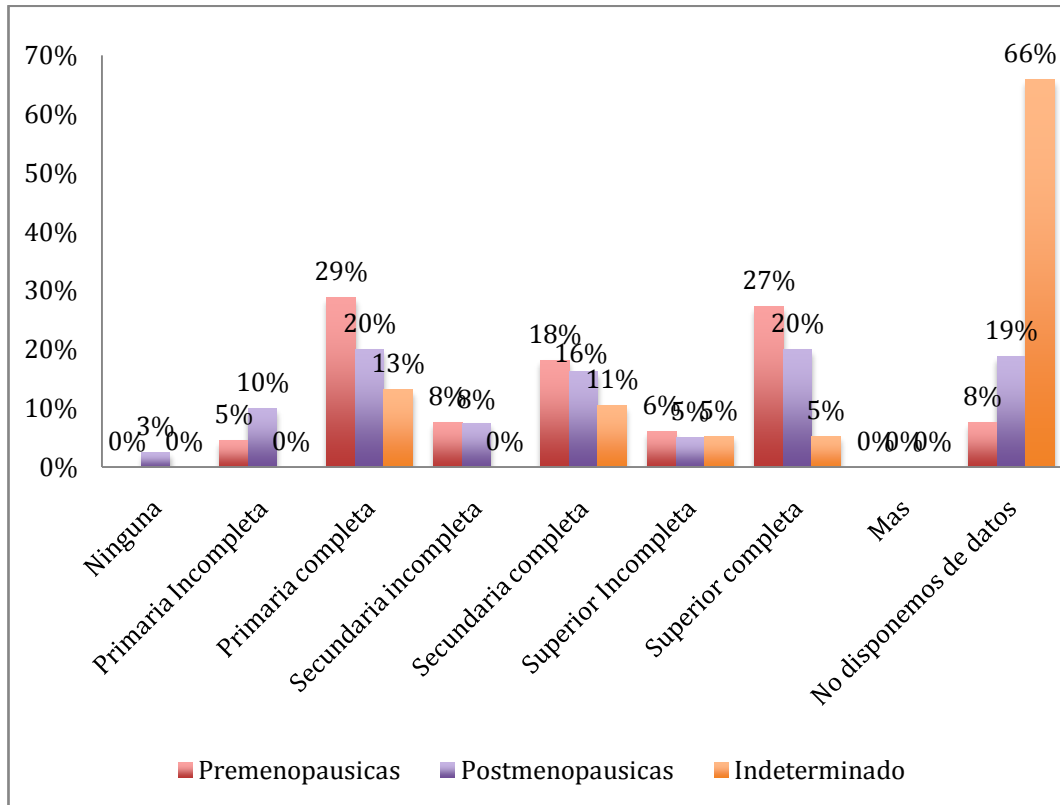
Grado de instrucción						
	Premenopáusicas		Postmenopáusicas		Indeterminado	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Ninguna	0	0%	2	3%	0	0%
Primaria Incompleta	3	5%	8	10%	0	0%
Primaria completa	19	29%	16	20%	5	13%
Secundaria incompleta	5	8%	6	8%	0	0%
Secundaria completa	12	18%	13	16%	4	11%
Superior Incompleta	4	6%	4	5%	2	5%
Superior completa	18	27%	16	20%	2	5%
Mas	0	0%	0	0%	0	0%
No disponemos de datos	5	8%	15	19%	25	66%
TOTAL	66	100%	80	100%	38	100%

Fuente: hoja de recolección de datos

Elaboración: el autor

Gráfico N° 27

Grado de instrucción de las pacientes premenopáusicas y postmenopáusicas con diagnóstico de cáncer de mama



Fuente: hoja de recolección de datos
 Elaboración: el autor

En el gráfico numero 29 se observa similar distribución entre pre y postmenopáusicas encontrando que el 66% de las pacientes diagnosticadas de cáncer de mama en el hospital de SOLCA-Loja no han sido indagadas respecto al grado de instrucción, sin embargo también se observa que el 29% de las pacientes premenopáusicas tienen como grado de escolaridad primaria completa, y la mayoría de las mujeres postmenopáusicas que corresponde al 20% tiene como grado de instrucción primaria completa y superior completa.

Tabla N° 28

Ocupación de las pacientes diagnosticadas de cáncer de mama premenopáusicas y postmenopáusicas

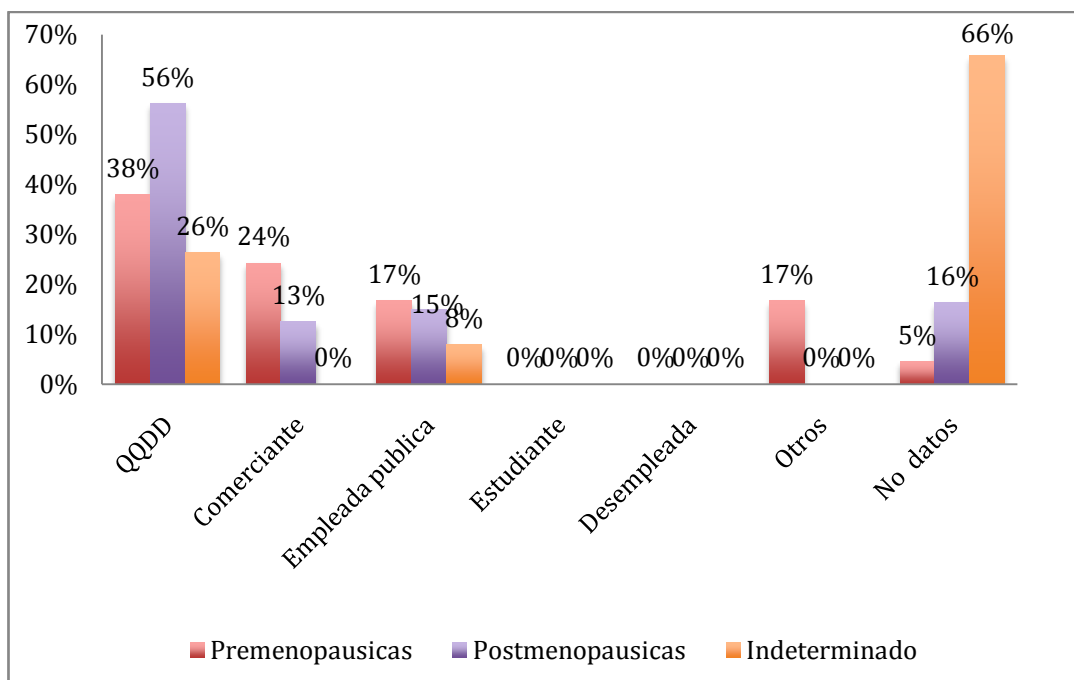
3 Ocupación						
	Premenopáusicas		Postmenopáusicas		Indeterminado	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
QQDD	25	38%	45	56%	10	26%
Comerciante	16	24%	10	13%	0	0%
Empleada pública	11	17%	12	15%	3	8%
Estudiante	0	0%	0	0%	0	0%
Desempleada	0	0%	0	0%	0	0%
Otros	11	17%	0	0%	0	0%
No disponemos de datos	3	5%	13	16%	25	66%
TOTAL	66	100%	80	100%	38	100%

Fuente: hoja de recolección de datos

Elaboración: el autor

Gráfico N° 28

Ocupación de las pacientes con diagnóstico de cáncer de mama premenopáusicas y postmenopáusicas



Fuente: hoja de recolección de datos

Elaboración: el autor

En el gráfico número 30 podemos observar que el 66% de las pacientes diagnosticadas de cáncer de mama en SOLCA-Loja no han sido indagadas respecto a su ocupación, sin embargo se observa que el 56% de las postmenopáusicas se dedican a quehaceres domésticos, en comparación con el 36% de las premenopáusicas, lo que corresponde a la distribución de la inserción laboral normal dentro de la sociedad.

Tabla Nº 29

Índice de masa corporal de las pacientes diagnosticadas de cáncer de mama premenopáusicas y postmenopáusicas

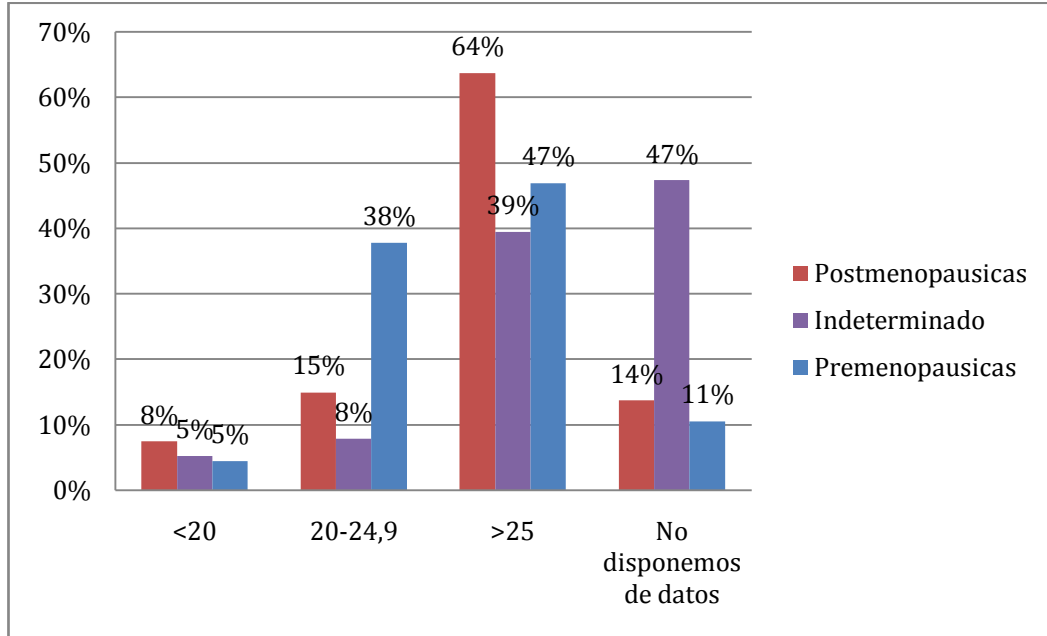
Índice de masa corporal						
	Premenopáusicas		Postmenopáusicas		Indeterminado	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
<20	3	5%	6	8%	2	5%
20-24,9	25	38%	12	15%	3	8%
>25	31	47%	51	64%	15	39%
No disponemos de datos	7	11%	11	14%	18	47%
TOTAL	66	100%	80	100%	38	100%

Fuente: hoja de recolección de datos

Elaboración: el autor

Gráfico N° 29

Índice de masa corporal de las pacientes diagnosticadas de cáncer de mama premenopáusicas y postmenopáusicas



Fuente: hoja de recolección de datos

Elaboración: el autor

En el hospital SOLCA-Loja podemos observar que la mayoría de pacientes diagnosticadas de cáncer de mama postmenopáusicas tienen un índice de masa corporal mayor a 25, lo que corresponde al 64%, como la mayoría de pacientes premenopáusicas las cuales tienen un IMC mayor a 25 y corresponden al 47%.

Tabla Nº 30

Edad de menarquia de las pacientes diagnosticadas de cáncer de mama premenopáusicas y postmenopáusicas

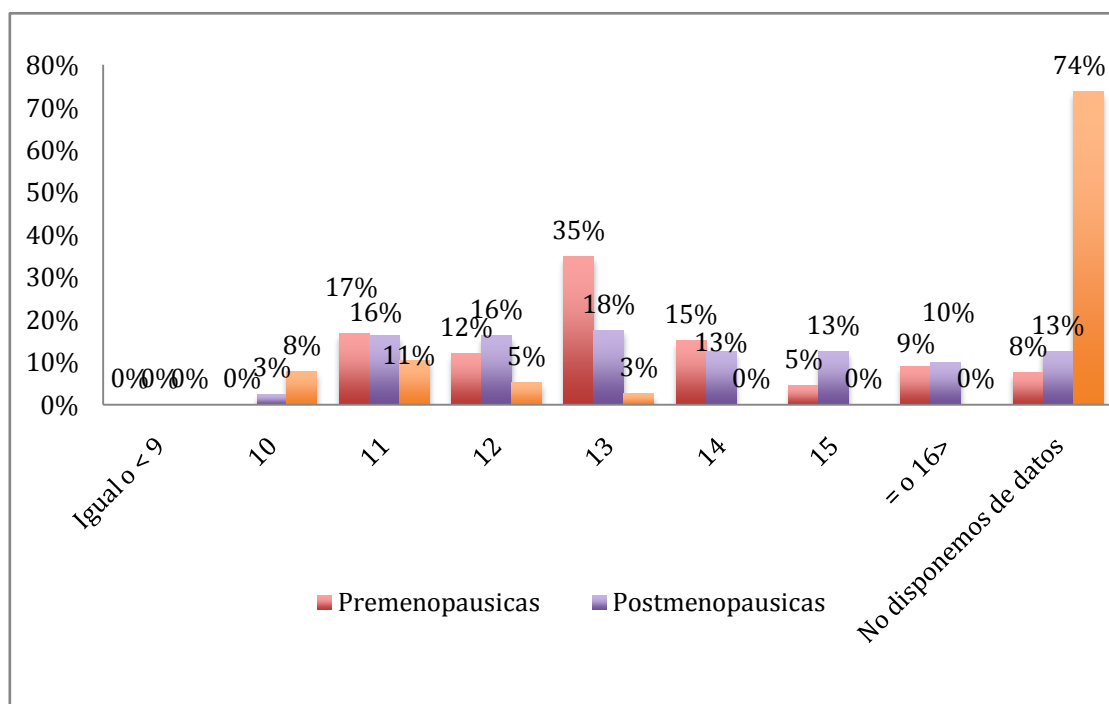
Edad de menarquia						
	Premenopáusicas		Postmenopáusicas		Indeterminado	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Igual o < 9	0	0%	0	0%	0	0%
10	0	0%	2	3%	3	8%
11	11	17%	13	16%	4	11%
12	8	12%	13	16%	2	5%
13	23	35%	14	18%	1	3%
14	10	15%	10	13%	0	0%
15	3	5%	10	13%	0	0%
= o 16>	6	9%	8	10%	0	0%
No disponemos de datos	5	8%	10	13%	28	74%
TOTAL	66	100%	80	100%	38	100%

Fuente: hoja de recolección de datos

Elaboración: el autor

Gráfico Nº 30

Edad de menarquia de las pacientes diagnosticadas de cáncer de mama premenopáusicas y postmenopáusicas



Fuente: hoja de recolección de datos

Elaboración: el autor

En el gráfico numero 32 podemos observar que las pacientes diagnosticadas de cáncer de mama en SOLCA-Loja el 74% no han sido indagadas respecto a la edad de menarquia, aun así podemos observar que el 35% de las mujeres premenopáusicas tuvo su menarquia a los 13 años de edad, así mismo el 18% de las mujeres postmenopáusicas.

Tabla Nº 31

Número de gestas de las pacientes diagnosticadas de cáncer de mama premenopáusicas y postmenopáusicas

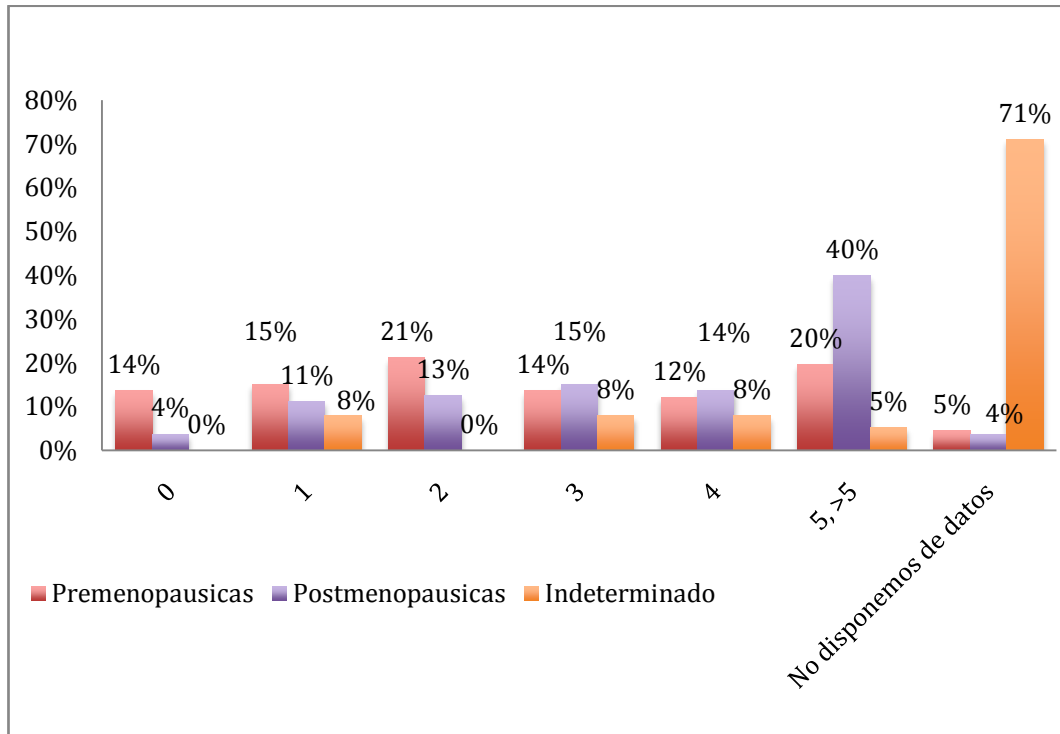
	Gestas					
	Premenopáusicas		Postmenopáusicas		Indeterminado	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
0	9	14%	3	4%	0	0%
1	10	15%	9	11%	3	8%
2	14	21%	10	13%	0	0%
3	9	14%	12	15%	3	8%
4	8	12%	11	14%	3	8%
5, >5	13	20%	32	40%	2	5%
No disponemos de datos	3	5%	3	4%	27	71%
TOTAL	66	100%	80	100%	38	100%

Fuente: hoja de recolección de datos

Elaboración: el autor

Gráfico N° 31

Número de gestas de las pacientes diagnosticadas de cáncer de mama pre menopáusicas y postmenopáusicas



Fuente: hoja de recolección de datos

Elaboración: el autor

Como se puede observar en el gráfico numero 33 la mayoría de las pacientes diagnosticadas de cáncer de mama en SOLCA-Loja no han sido indagadas respecto a los embarazos lo que corresponde al 71%, sin embargo se observa que el 40% de las pacientes postmenopáusicas tuvo entre 5 y mas de 5 gestas, en contraposición con las pre menopáusicas de las cuales la mayoría que corresponde al 21% tuvo 2 gestas.

Tabla N° 32

Edad de la primera gesta de las pacientes diagnosticadas de cáncer de mama premenopáusicas y postmenopáusicas

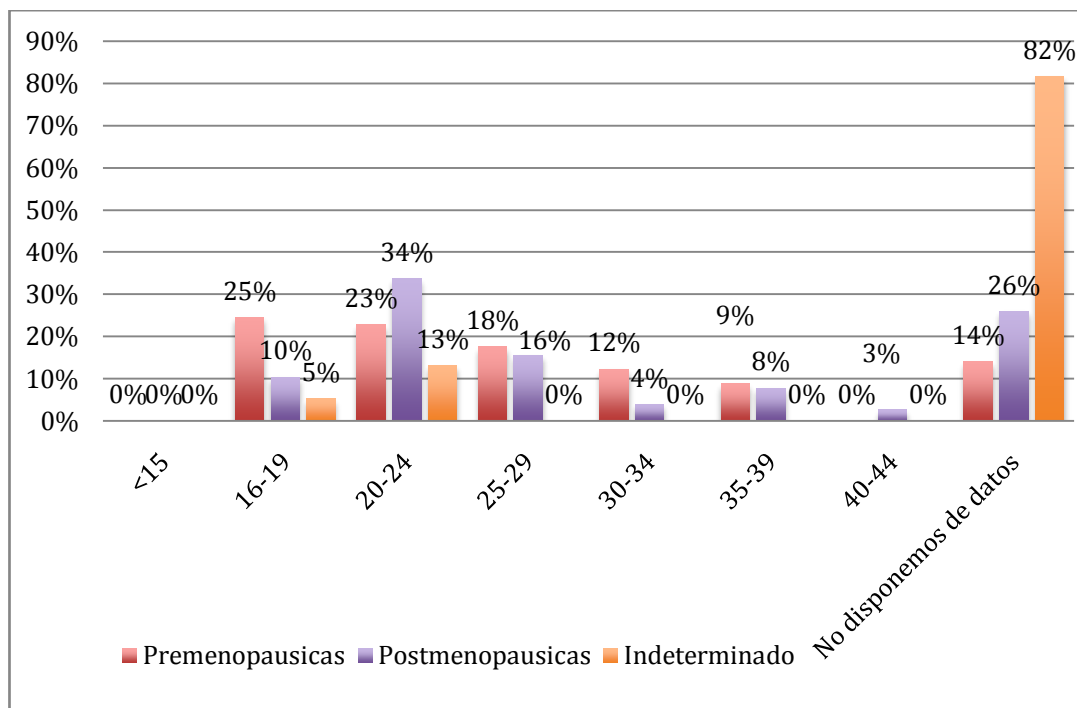
7 Edad de la primera gesta						
	Premenopáusicas		Postmenopáusicas		Indeterminado	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
<15	0	0%	0	0%	0	0%
16-19	14	25%	8	10%	2	5%
20-24	13	23%	26	34%	5	13%
25-29	10	18%	12	16%	0	0%
30-34	7	12%	3	4%	0	0%
35-39	5	9%	6	8%	0	0%
40-44	0	0%	2	3%	0	0%
No disponemos de datos	8	14%	20	26%	31	82%
TOTAL	57	100%	77	100%	38	100%

Fuente: hoja de recolección de datos

Elaboración: el autor

Gráfico N° 32

Edad de la primera gesta de las pacientes diagnosticadas de cáncer de mama premenopáusicas y postmenopáusicas



Fuente: hoja de recolección de datos

Elaboración: el autor

En el gráfico número 34 se puede observar que la mayoría de pacientes diagnosticadas de cáncer de mama en SOLCA-Loja no han sido indagadas respecto a la edad de la primera gesta, lo que corresponde al 82%, así mismo se observa que el 34% de las mujeres postmenopáusicas tuvo su primera gesta entre los 20 a 24 años de edad y el 25% de las mujeres premenopáusicas tuvo su primera gesta entre los 16 a 19 años de edad.

Tabla Nº 33

Abortos de las pacientes diagnosticadas de cáncer de mama premenopáusicas y postmenopáusicas

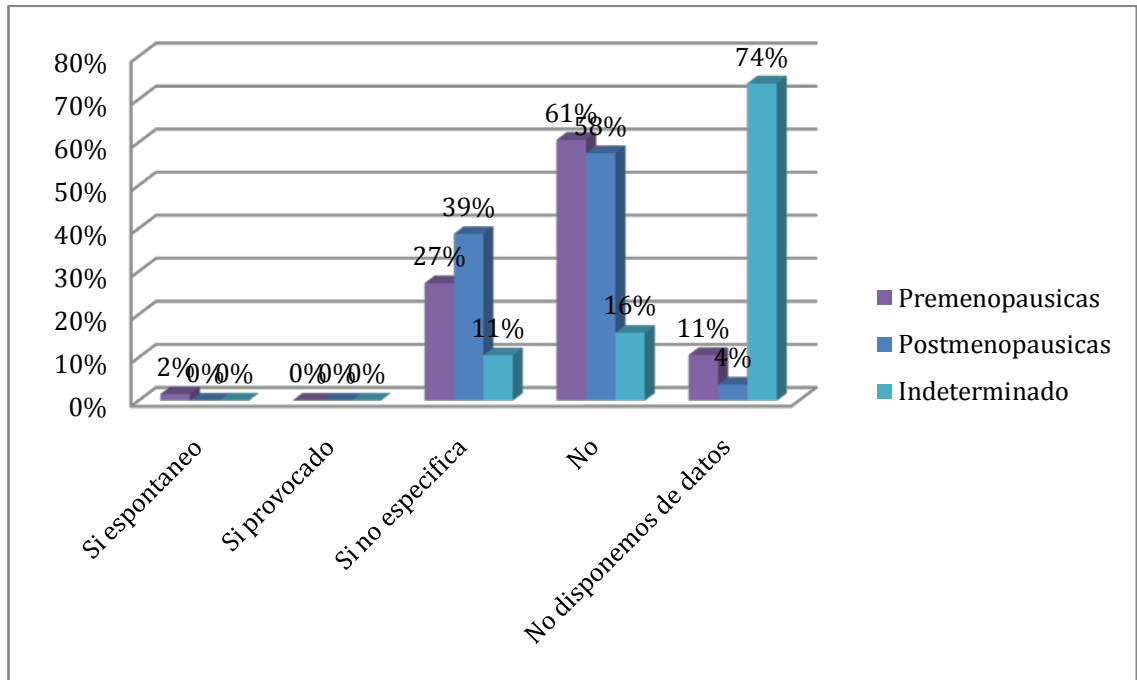
Abortos						
	Premenopáusicas		Postmenopáusicas		Indeterminado	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Si espontaneo	1	2%	0	0%	0	0%
Si provocado	0	0%	0	0%	0	0%
Si no especifica	18	27%	31	39%	4	11%
No	40	61%	46	58%	6	16%
No disponemos de datos	7	11%	3	4%	28	74%
TOTAL	66	100%	80	100%	38	100%

Fuente: hoja de recolección de datos

Elaboración: el autor

Gráfico N° 33

Abortos de las pacientes diagnosticadas de cáncer de mama premenopáusicas y postmenopáusicas



Fuente: hoja de recolección de datos
Elaboración: el autor

En el gráfico numero 35 se puede observar que la mayoría de las pacientes atendidas en SOLCA-Loja con diagnostico de cáncer de mama no han sido indagadas respecto a los abortos con un 74%, sin embargo el 61% de las que han sido indagadas son mujeres premenopáusicas y refieren no haber presentado ningún aborto, como el 58% de las mujeres postmenopáusicas.

Tabla N° 34

Pacientes que han dado lactancia diagnosticadas de cáncer de mama premenopáusicas y postmenopáusicas

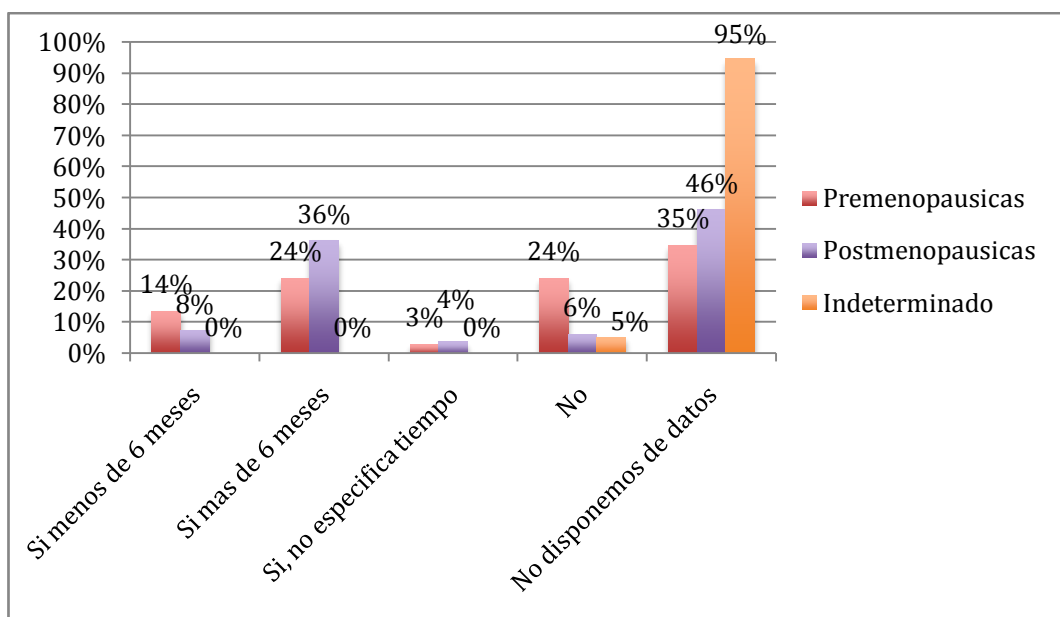
	Lactancia					
	Premenopáusicas		Postmenopáusicas		Indeterminado	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Sí menos de 6 meses	9	14%	6	8%	0	0%
Sí mas de 6 meses	16	24%	29	36%	0	0%
Sí, no especifica tiempo	2	3%	3	4%	0	0%
No	16	24%	5	6%	2	5%
No disponemos de datos	23	35%	37	46%	36	95%
TOTAL	66	1	80	100%	38	100%

Fuente: hoja de recolección de datos

Elaboración: el autor

Gráfico N° 34

Pacientes que han dado lactancia diagnosticadas de cáncer de mama premenopáusicas y postmenopáusicas



Fuente: hoja de recolección de datos

Elaboración: el autor

Como se puede observar en el gráfico 36 la mayoría de pacientes diagnosticadas de cáncer de mama en SOLCA-Loja no han sido indagadas respecto a la lactancia, correspondiendo al 95%, así mismo se observa también que el 46% de las mujeres postmenopáusicas no han sido indagadas respecto al tiempo de lactancia, y el 36% de estas refiere haber dado lactancia por mas de 6 meses, en el 35% de las mujeres premenopáusicas se desconoce el tiempo de lactancia, y el 24% refiere no haber dado lactancia, y otro 24% refiere haberla dado por mas de 6 meses.

Tabla Nº 35

Pacientes premenopáusicas y postmenopáusicas que han usado anticonceptivos hormonales, diagnosticadas de cáncer de mama

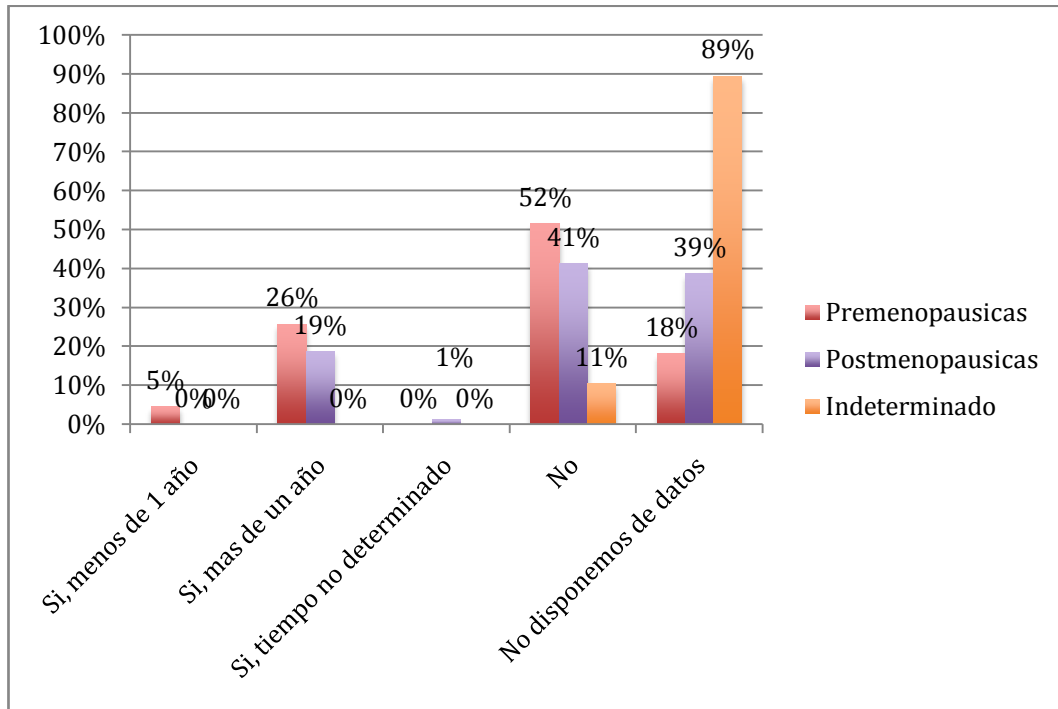
10 Uso de anticonceptivos hormonales						
	Premenopáusicas		Postmenopáusicas		Indeterminado	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Sí, menos de 1 año	3	5%	0	0%	0	0%
Sí, más de un año	17	26%	15	19%	0	0%
Sí, tiempo no determinado	0	0%	1	1%	0	0%
No	34	52%	33	41%	4	11%
No disponemos de datos	12	18%	31	39%	34	89%
TOTAL	66	100%	80	100%	38	100%

Fuente: hoja de recolección de datos

Elaboración: el autor

Gráfico N° 35

Pacientes premenopáusicas y postmenopáusicas que han usado anticonceptivos hormonales diagnosticadas de cáncer de mama



Fuente: hoja de recolección de datos
Elaboración: el autor

En el gráfico numero 37 se puede observar que la mayoría de pacientes diagnosticadas de cáncer de mama en SOLCA-Loja no han sido indagadas respecto al uso de anticonceptivos hormonales correspondiendo al 89%, sin embargo se observa que el 52% de las pacientes pre menopáusicas niega el uso de anticonceptivos hormonales, como el 41% de las pacientes postmenopáusicas.

Tabla N° 36

Pacientes premenopáusicas y postmenopáusicas diagnosticadas de cáncer de mama que se han realizado mamografía previa

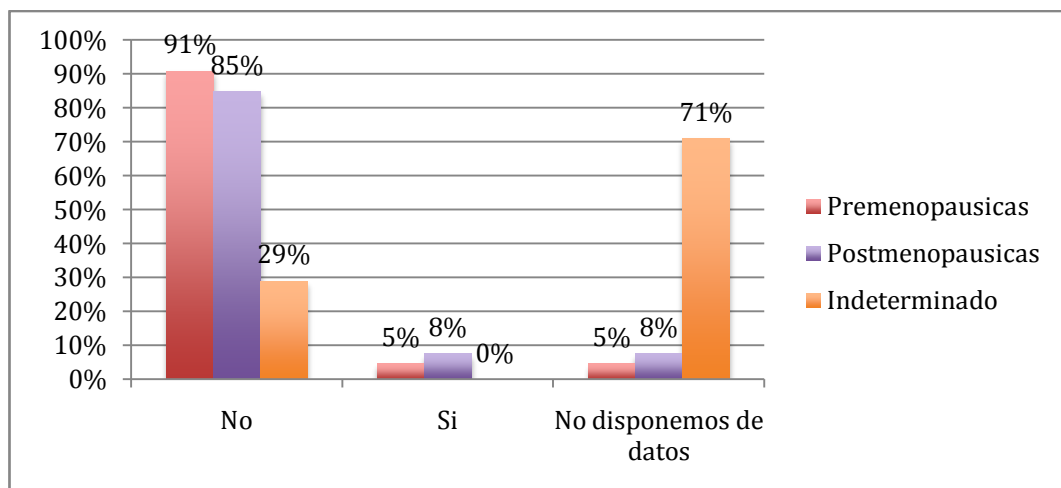
13 Mamografía previa						
	Premenopáusicas		Postmenopáusicas		Indeterminado	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
No	60	91%	68	85%	11	29%
Sí	3	5%	6	8%		0%
No disponemos de datos	3	5%	6	8%	27	71%
TOTAL	66	100%	80	100%	38	100%

Fuente: hoja de recolección de datos

Elaboración: el autor

Gráfico N° 36

Pacientes premenopáusicas y postmenopáusicas diagnosticadas de cáncer de mama que se han realizado mamografía previa



Fuente: hoja de recolección de datos

Elaboración: el autor

En el gráfico numero 38 se puede observar que el 91% de las mujeres premenopáusicas diagnosticadas de cáncer de mama en SOLCA-Loja no se han realizado una mamografía previa, y el 85% de las mujeres postmenopáusicas tampoco lo ha hecho.

Tabla N° 37

Pacientes premenopáusicas y postmenopáusicas diagnosticadas de cáncer de mama que han tenido historia personal de otro primario de cáncer de mama

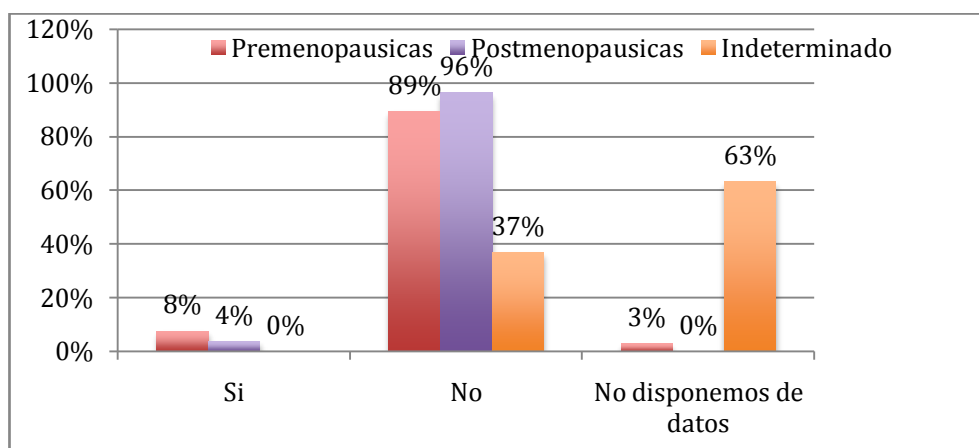
14 Historia personal de otro primario de cáncer de mama						
	Premenopáusicas		Postmenopáusicas		Indeterminado	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Sí	5	8%	3	4%	0	0%
No	59	89%	77	96%	14	37%
No disponemos de datos	2	3%	0	0%	24	63%
TOTAL	66	100%	80	100%	38	100%

Fuente: hoja de recolección de datos

Elaboración: el autor

Gráfico N° 37

Pacientes premenopáusicas y postmenopáusicas diagnosticadas de cáncer de mama que han tenido historia personal de otro primario de cáncer de mama



Fuente: hoja de recolección de datos

Elaboración: el autor

En el gráfico 39 se observa que el 96% de las pacientes postmenopáusicas y el 89% de las pacientes pre menopáusicas atendidas en SOLCA-Loja no tienen historia personal de cáncer de mama

Tabla Nº 38

Pacientes diagnosticadas de cáncer de mama premenopáusicas y postmenopáusicas que presentan historia familiar de cáncer de mama

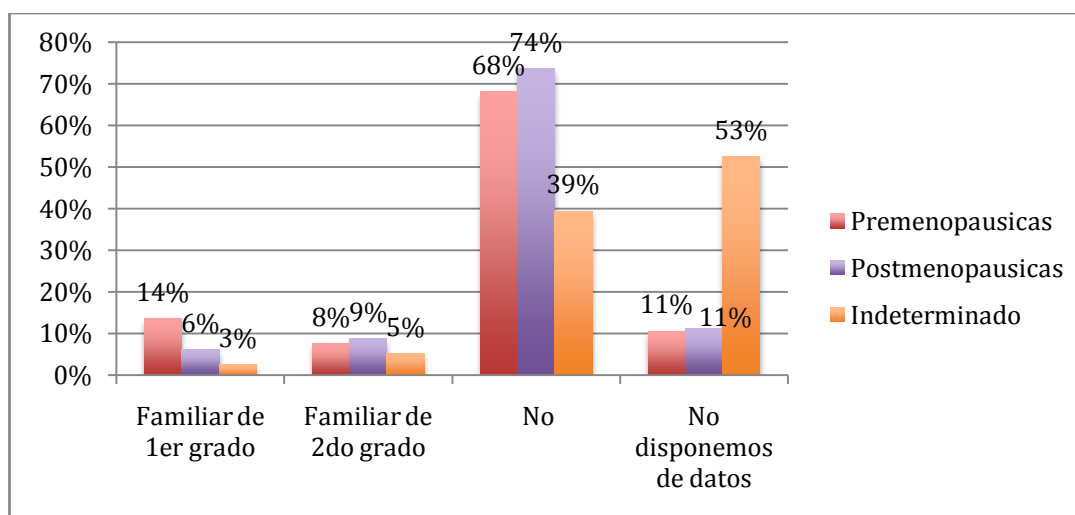
Historia familiar de cáncer de mama						
	Premenopáusicas		Postmenopáusicas		Indeterminado	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Familiar de 1er grado	9	14%	5	6%	1	3%
Familiar de 2do grado	5	8%	7	9%	2	5%
No	45	68%	59	74%	15	39%
No disponemos de datos	7	11%	9	11%	20	53%
TOTAL	66	100%	80	100%	38	100%

Fuente: hoja de recolección de datos

Elaboración: el autor

Gráfico Nº 38

Pacientes diagnosticadas de cáncer de mama premenopáusicas y postmenopáusicas que presentan historia familiar de cáncer de mama



Fuente: hoja de recolección de datos

Elaboración: el autor

En el gráfico numero 41 se puede observar que la mayoría de las mujeres postmenopáusicas diagnosticadas de cáncer de mama en SOLCA-Loja no tienen antecedente familiar de cáncer de mama, lo que corresponde al 74%, en cuanto a las mujeres pre menopáusicas, lo que corresponde al 68%.

6.3. Resultado 3

Tabla N° 39

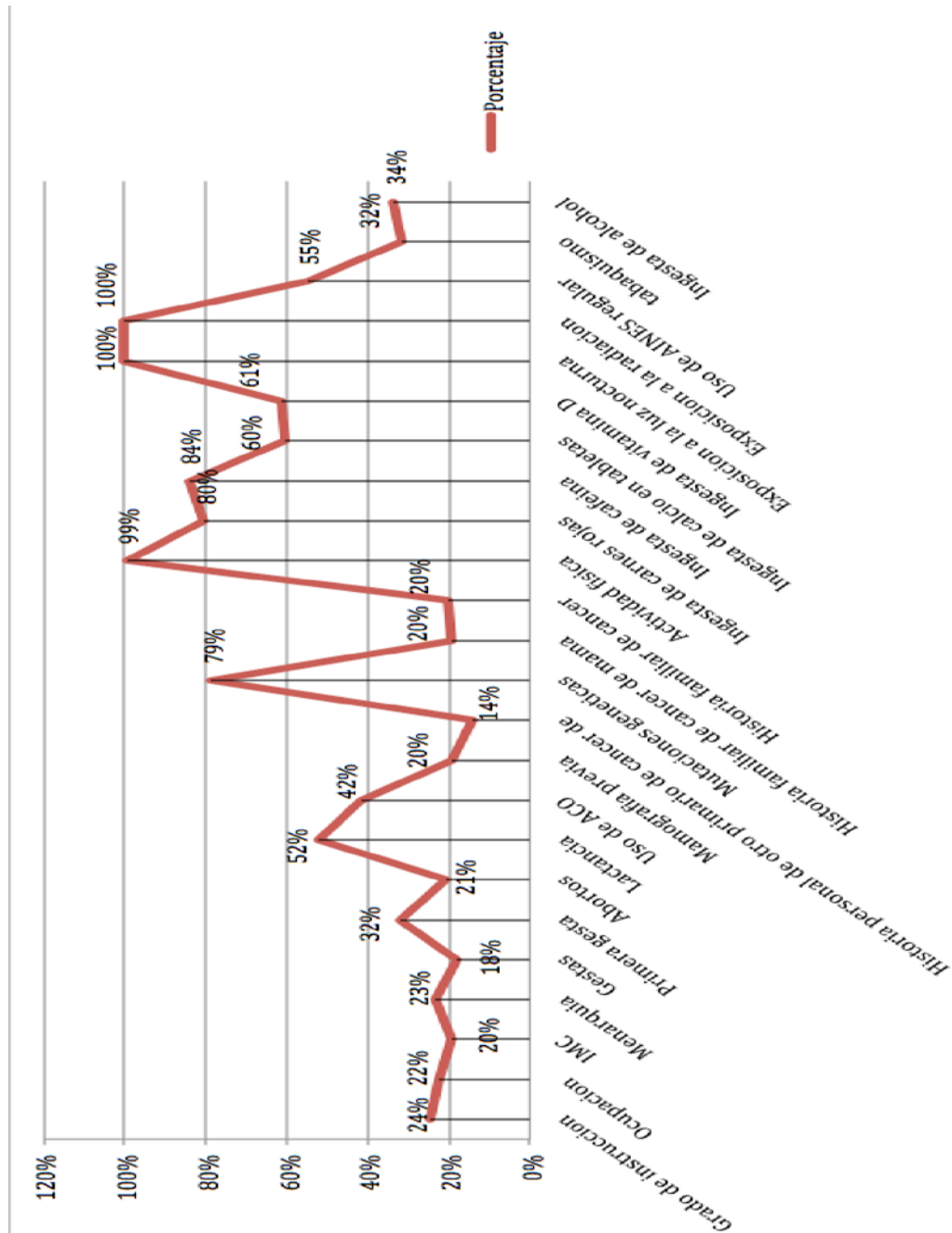
Calidad de los registros de factores de riesgo de las pacientes diagnosticadas con cáncer de mama, en las historias clínicas: Indicadores de los que no se dispone datos

Calidad de los registros de factores de riesgo de las pacientes diagnosticadas con cáncer, en las historias clínicas. Indicadores de los que no se dispone datos		
	Frecuencia	Porcentaje
Grado de instrucción	45	24%
Ocupación	45	24%
IMC	45	24%
Menarquia	45	24%
Gestas	45	24%
Primera gesta	45	24%
Abortos	45	24%
Lactancia	45	24%
Uso de ACO	45	24%
Mamografía previa	45	24%
Historia personal de otro primario de cáncer de mama	45	24%
Mutaciones genéticas	45	24%
Historia familiar de cáncer de mama	45	24%
Historia familiar de cáncer	45	24%
Actividad física	45	24%
Ingesta de carnes rojas	45	24%
Ingesta de cafeína	155	84%
Ingesta de calcio en tabletas	111	60%
Ingesta de vitamina D	113	61%
Exposición a la luz nocturna	184	100%
Exposición a la radiación	184	100%
Uso de AINES regular	101	55%
Tabaquismo	58	32%
Ingesta de alcohol	62	34%
TOTAL PROMEDIO	70,33333333	38%

Fuente: hoja de recolección de datos
Elaboración: el autor

Gráfico N° 39

Calidad de los registros de factores de riesgo de las pacientes diagnosticadas con cáncer de mama, en las historias clínicas: Indicadores de los que no se dispone datos



Fuente: hoja de recolección de datos
Elaboración: el autor

En el gráfico 53 se observa que existe un alto índice de indicadores (24) que no han sido indagados al momento de realizar la historia clínica, el 100% de las pacientes no fueron indagadas por exposición a la luz nocturna y exposición a la radiación de la misma forma un 42% no fueron indagadas en cuanto al uso de anticonceptivos orales, un 20% en cuanto a historia familiar de cáncer de mama, y otro 20% en cuanto a mamografía previa, y el 14% en cuanto a historia personal de otro primario de cáncer de mama, también se observó que un alto porcentaje de pacientes no fueron indagadas en cuanto a actividad física, ingesta de carne roja y cafeína, cabe recalcar que dentro de los indicadores mencionados existen parámetros muy importantes en relación al cáncer y no han sido considerados.

7. DISCUSIÓN

En este trabajo de investigación se han evaluado los factores de riesgo de cáncer de mama en la población estudiada, en estas pacientes destaca una edad de diagnóstico de cáncer de mama de entre 50 a 59 años, que corresponde al 31% de las pacientes estudiadas lo cual tiene relación comparando estos resultados con los obtenidos en diferentes estudios ((SEER), 2008) , que sugieren que la edad promedio de diagnóstico de cáncer de mama es de 59,5 años de edad. En cuanto a la edad de menarquia 23% de las pacientes no fueron indagadas por este apartado, seguido de una edad de 13 años en el 21%, encontrándose relación con un estudio (Jesus Lojan Irastrosa, 2006) en que se muestra que la edad promedio de menarquia se halla entre los 12 y 13 años. En SOLCA-Loja se determinó que el uso de anticonceptivos hormonales no ha sido indagado en 42% de las pacientes diagnosticadas de cáncer de mama, seguido de un 39% de pacientes que niega uso. Lo cual no tiene concordancia con un meta-análisis (Scielo, 2002) sobre el consumo de anticonceptivos orales y el riesgo de cáncer de mama (CM) que reveló un ligero aumento del riesgo en las mujeres que estaban tomando anticonceptivos orales (AO), en comparación con las que no los habían tomado: riesgo relativo (RR), 1,24; intervalo de confianza de 95% (IC95), 1,15 a 1,33. La lactancia no fue indagada en el 52% de las pacientes seguida del 24% de pacientes que han dado de lactar por más de 6 meses. En varios estudios de cohorte y caso control (Alison Stuebe, 2009) se sugiere a la lactancia por más de 6 meses como factor protector de cáncer de mama. Al no haber sido indagadas la mayoría de las pacientes en este estudio los datos encontrados son poco confiables.

En comparación entre mujeres pre y postmenopáusicas se ve que las premenopáusicas tienen menor tendencia a la obesidad, aunque se observa un índice de masa corporal mayor a 25 en el 47% de las pacientes premenopáusicas, mientras que el 64% de las pacientes postmenopáusicas tuvo un IMC mayor a 25, lo cual tiene concordancia con un estudio (AW Renehan, 2008), que concluye que un IMC elevado se asocia a un alto riesgo de presentar cáncer así como algunos tumores propios de la mujer (endometrio y mama). Se observa que las mujeres premenopáusicas tienen menor número de gestaciones, encontrándose el 21% en 2 gestaciones, en comparación con las mujeres postmenopáusicas donde el 40% tuvo entre 5 y más de 5 gestas, lo cual tiene

poca concordancia con el Nurses HealthStudy en el cual dice que las mujeres nulíparas tienen riesgo incrementado en comparación con las mujeres multíparas el riesgo relativo es de 1.2 para las multíparas y 1.7 para las nulíparas (P. Bruzzi, 1988). También se puede observar que la edad de la primera gesta en mujeres premenopáusicas se encuentra en un 25% entre los 16 a 19 años en comparación con las mujeres postmenopáusicas en las que se halla un 34% entre los 20 a 24 años de edad, lo cual tiene concordancia con estudios (Esteban, 2013) que manifiestan que el primer embarazo sí influye se produce antes de los 20 años o después de los 35 años es considerado un factor de riesgo importante, y otro estudio (Gabriela Guevara, 2001) que sugiere que la mayoría de las pacientes con esta patología tuvo su primer embarazo a termino antes de los 25 años.

Uno de los principales problemas encontrados durante la recolección de datos y análisis de los mismos fue la falta de información registrada al momento de realizar las historias clínicas.

De todos los factores de riesgo analizados se ha detectado una ausencia de datos en un 46.4 %. Los datos de mayor ausentismo fueron: luz nocturna en un 100% radiación 100%, actividad física en un 99%. De los factores gineco-obstétricos se constató la no disponibilidad de datos en menarquia 23%, edad de primera gesta en un 32% lactancia en un 52% y uso de anticonceptivos orales en un 42%.

Por lo expuesto los datos registrados son insuficientes para cumplir con el estándar de calidad en cuanto a la historia clínica.

8. CONCLUSIONES

Hay mucho ausentismo de datos para poder confirmar la distribución de los factores de riesgo tanto los más frecuentes como los menos frecuentes, sin embargo de lo estudiado se observa la distribución de acuerdo a la literatura en los factores de riesgo básicos, en cuanto a los otros factores de riesgo no se puede sacar ninguna conclusión.

De los factores de riesgo de cáncer de mama analizados se encuentra que los de mayor relevancia son edad de diagnóstico entre los 50-59 años con un 31% y edad de menopausia entre los 50-54 años con un 25%, debido a que se considera menopausia tardía a partir de los 50 años y por ende existe mayor ventana estrogénica.

Se encontró que el 22 % poseen una escolaridad baja, junto con el 43% que se dedica a quehaceres domésticos, esto como factor de riesgo debido a un aumento en el retraso del diagnóstico de la enfermedad, por el escaso conocimiento de las pacientes. La edad de la primera gesta como factor de riesgo relevante de cáncer de mama se halla en un 26% entre los 20 a 24 años, debido a que la gestación confiere un efecto protector de 10 años ante el cáncer de mama.

Como uno de los posibles factores de mayor impacto y alarmante que influye en el diagnóstico más tardío y peor pronóstico es que el 75% de las pacientes estudiadas, según los datos disponibles, no se han hecho una mamografía previa nunca.

Al comparar los factores de riesgo entre mujeres premenopáusicas y postmenopáusicas tenemos que el 41% de las mujeres pre menopáusicas se encuentran entre los 40-49 años de edad de diagnóstico de cáncer de mama, las pacientes postmenopáusicas se encuentran en un rango etario comprendido entre los 50-70 años de edad, con un 36% para ambos.

El 35% de las mujeres pre menopáusicas tuvo su menarquia a los 13 años de edad, al igual que el 18% de las mujeres postmenopáusicas. El 40% de las pacientes postmenopáusicas tuvo entre 5 y mas de 5 gestas, las mujeres

premenopáusicas tuvo 2 gestas en un 21%. El 34% de las mujeres postmenopáusicas tuvo su primera gesta entre los 20 a 24 años de edad y el 25% de las mujeres premenopáusicas tuvo su primera gesta entre los 16 a 19 años de edad. El 61% de las mujeres premenopáusicas refieren no haber presentado ningún aborto, al igual que el 58% de las mujeres postmenopáusicas. El 52% de las pacientes premenopáusicas niega el uso de anticonceptivos hormonales, al igual que el 41% de las pacientes postmenopáusicas. El 91% de las mujeres premenopáusicas no se han realizado una mamografía previa, y el 85% de las mujeres postmenopáusicas tampoco lo ha hecho. El 96% de las pacientes postmenopáusicas y el 89% de las pacientes premenopáusicas no tienen historia personal de cáncer de mama. El 74% de las pacientes postmenopáusicas al igual que el 68% de las mujeres premenopáusicas no tienen antecedente familiar de cáncer.

9. RECOMENDACIONES

La terapia integral del paciente con cáncer incluye una anamnesis detallada en cuanto a la valoración del riesgo. Debido a que se ha hallado un alto porcentaje de falta de datos en la anamnesis y la historia clínica se recomiendan normatizar de mejor manera el desarrollo de la misma. Para garantizar que la historia clínica sea un medio de comunicación de la información acerca de la información prestada al paciente, que sirva de evidencia de la evolución de las patologías y tratamientos, para fines legales, financiación de la asistencia, docencia, gestión de la calidad, y por fin, proporcione datos clínicos para actividades administrativas de investigación y docencia, se debe controlar estrictamente la calidad de la historia clínica.

Debido a la confirmación de la presencia de los factores de riesgo conocidos en la población estudiada, se recomienda realizar programas formativos para las mujeres en cuanto a los factores modificables, entre ellos el papel de lactancia, el uso de anticonceptivos hormonales, papel de la dieta y de la actividad física.

Se identificó un alto incumplimiento del screening mediante mamografía, lo que constituye otra recomendación de un programa formativo y campañas en la comunidad para mejorar la adherencia al mismo.

Se recomienda aplicar como normativa una hoja que garantice la adecuada recolección de datos en cuanto a los factores de riesgo no solo para el cáncer de mama, sino para otras patologías, para poder garantizar a futuro un estudio completo en lo que respecta a identificar población con mayor riesgo y prevenir e identificar más precozmente ciertas patologías.

Para el estudio de los factores de riesgo de menor impacto en el desarrollo del cáncer de mama y por lo tanto con menor registro en las historias clínicas es necesario realizar un estudio prospectivo donde se define la hoja de recolección de datos de acuerdo a un objetivo específico.

10. BIBLIOGRAFIA

(ACS), A. C. (2010). *Breast Cancer Facts & Figures*. Atlanta: American Cancer Society.

(CGHFBC), C. G. (11 de OCTUBRE de 1997). *Breast cancer and hormone replacement therapy: collaborative reanalysis of data from 51 epidemiological studies of 52,705 women with breast cancer and 108,411 women without breast cancer*. Collaborative Group on Hormonal Factors in Breast Cancer. Recuperado el 12 de diciembre de 2012, de PubMed: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10213546>

(JNCI), J. o. (203). Body Mass Index, Serum Sex Hormones, and Breast Cancer Risk in Postmenopausal Women . *Journal of the National Cancer Institute* , 96 (16).

(SEER), S. E. (2008). *National Cancer Institute*. Recuperado el 12 de enero de 2013, de seer.cancer.gov:
http://seer.cancer.gov/csr/1975_2008/results_single/sect_01_table.10_2pgs.pdf

A Jemal, R. S. (2010.). Cancer statistics. *CA: A Cancer Journal for Clinicians* , 60, 277-300.

A. Heather Eliassen, A. G. (12 de JULIO de 2006). *Adult Weight Change and Risk of Postmenopausal Breast Cancer*. Recuperado el 13 de 06 de 2012, de JAMA:
<http://jama.jamanetwork.com/article.aspx?articleid=211064>

Adriana Silvia Velito, S. R. (diciembre de 2010). *Auditoria medica hoy*. Obtenido de curso anual de auditoria medica 2010:
<http://auditoriamedicahoy.net/biblioteca/La%20historia%20cl%C3%ADnica%20como%20instrumento%20de%20calidad%20Tejada%20Velito.pdf>

Alison Stuebe, W. W. (2009). <http://pubget.com>. Obtenido de Lactation and incidence of premenopausal breast cancer: a longitudinal study.:
http://pubget.com/paper/19667298/Lactation_and_incidence_of_premenopausal_breast_cancer__a_longitudinal_study

Anderson, c. I. (j de 2008). *organizacion mundial de la salud*. (d. m. chan, Productor) Recuperado el 20 de abril de 2011, de oms: www.oms.com

Andrea Micheli, G. S. (26 de diciembre de 2007). *Oxford Journals*. Recuperado el 5 de enero de 2013, de Journal of The National Cancer Institute:
<http://jnci.oxfordjournals.org/content/99/5/408.full>

Angosto, T. (2002). Freud y la patografía de los casos de histeria. *Ponencia presentada al V Congreso de la European Asociación for the History of Psychiatry*. Madrid.

Anne McTiernan, S. S. (15 de ABRIL de 2004). *Effect of Exercise on Serum Estrogens in Postmenopausal Women*. Recuperado el 7 de noviembre de 2012, de American Association for Cancer Research :

<http://hwmaint.cancerres.aacrjournals.org/cgi/content/full/64/8/2923>

AW Renehan, M. T. (08 de abril de 2008). *relacion entre IMC y cancer* . Obtenido de Atencion primaria.Wordpress:

<http://atencionprimaria.wordpress.com/2008/04/16/relacion-entre-imc-y-cancer/>

B Fisher, J. D. (12 de junio de 1990). *Tamoxifen in treatment of intraductal breast cancer: National Surgical Adjuvant Breast and Bowel Project B-24 randomised controlled trial*. Obtenido de Pubmed:

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10376613>

Blacwell, R. (2001). *Morphology of the normal breast, its hormonal control, and pathophysiology*. (Vol. 1). Philadelphia: JB Lippincott.

C. Neville, M. (2011). Anatomy and Physiology of Lactation. *Clinical Review Articles* , 48 (1), 13-34.

CC Hsieh, D. T. (1990). *Age at menarche, age at menopause, height and obesity as risk factors for breast cancer*.

Ceriani, R. (julio de 1974). *Proceedings: Hormones and other factors controlling growth in the mammary gland: a review*. Recuperado el 8 de enero de 2013, de PubMed: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/4365990>

Chen, Y. B. (22 de 06 de 2011). *medlineplus*. (A.D.A.M., Editor) Recuperado el 30 de 06 de 2011, de www.medlineplus.com:

<http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/000913.htm>

Cho Eunyoung, Y. W. (2006). *American Medical Association*. Recuperado el 12 de noviembre de 2012, de archinternmed.com :

http://www.hopkinsmedicine.org/gim/_pdf/Jan2007.pdf

CL Li, K. M. (25 de junio de 2003). *Relationship between long durations and different regimens of hormone therapy and risk of breast cancer*. Recuperado el 7 de enero de 2013, de PubMed: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12824206>

Cotran, R. y. (2008). *Patologia Estructural y Funcional*. Barcelona, España: MMV.

D Chu, J. P. (5 de mayo de 2010). *Genetic heterogeneity and penetrance analysis of the BRCA1 and BRCA2 genes in breast cancer families. The Breast Cancer Linkage Consortium*. Obtenido de joplink.net: <http://www.joplink.net/prev/201005/ref/18-046.html>

D Ganmaa, W. W. (2008). Coffee, tea, caffeine and risk of breast cancer. *UpToDate* , 122:2071.

- D. Max Parkin, F. B. (24 de febrero de 2009). *Global Cancer Statistics, 2009*. Recuperado el 7 de enero de 2013, de Online Library: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.3322/canjclin.55.2.74/abstract>
- David J, G. (1988). *The role of oestrogens and progestagens in the epidemiology and prevention of breast cancer*. *J Cancer Clin Oncol* .
- EF Taylor, V. B. (2007). Meat consumption and risk of breast cancer in the UK Women's Cohort Study . *British Journal of Cancer* , 96, 1139 – 1146 .
- EM John, J. K. (1993). *Radiation and other environmental exposures and breast cancer* . (Epidemiol, Ed.) EUA.
- Enfermedades, C. P. (18 de 03 de 2010). *gobierno USA*. (c. p. division de prevencion y control del cancer, Productor, & CDC NNCCDPHP) Recuperado el 20 de 05 de 2011, de www.cdc.com: http://www.cdc.gov/spanish/cancer/breast/basic_info/risk_factors.htm
- Esteban, A. (02 de 01 de 2013). *Mujer de riesgo para Cáncer de Mama: Prevención y manejo*. Obtenido de boloncol: <http://www.boloncol.com/boletin-14/mujer-de-riesgo-para-cancer-de-mama-prevencion-y-manejo.html>
- Eva Schernhammer, F. B. (10 de enero de 2009). *Oxford Journal*. Recuperado el 8 de enero de 2013, de Urinary 6-Sulfatoxymelatonin Levels and Risk of Breast Cancer in Postmenopausal Women : <http://jnci.oxfordjournals.org/content/100/12/898.full.pdf>
- Eva Schernhammer, S. H. (10 de mayo de 2009). *Urinary Melatonin Levels and Breast Cancer Risk*. Obtenido de JNCI: <http://jnci.oxfordjournals.org/content/97/14/1084.full.pdf>
- Francisco Martinez, F. T. (2010). *Protocolo unificado en el cáncer de mama*. Obtenido de cirugest.com: <http://www.cirugest.com/htm/revisiones/cir09-06/09-06-16.htm>
- Frazier, G. C. (13 de julio de 2010). *Models of breast cancer show that risk is set by events of early life: prevention efforts must shift focus*. Recuperado el 6 de enero de 2013, de American Asociation of Cancer Reserch: <http://cebp.aacrjournals.org/content/4/5/567.abstract>
- Gabriela Guevara, A. C. (2001). *Aspectos epidemiológicos del Cáncer de Mama en el Hospital Regional de Ica* . Obtenido de sisbib: <http://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/spmi/v16n2/pdf/a03.pdf>
- GLOBOCAN. (2008). *GLOBOCAN*. Obtenido de IARC 2010: <http://globocan.iarc.fr/factsheets/populations/factsheet.asp?uno=900>
- Gual, C. G. (1993). *Tratados Hipocráticos*. Madrid, España: Gredos.

- IARC. (07 de 05 de 2011). *www.globocan.com*. (IARC, Editor, globocan, Productor, & section of cancer information) Recuperado el 30 de julio de 2011, de globocan: <http://globocan.iarc.fr/factsheets/populations/factsheet.asp?uno=900>
- IM Lee, N. C. (2006). *Cancer Epidemiology of Prevention*. (D. S. G., Ed.) New York, EUA.
- Jesus Lojan Irastrosa, F. G. (2006). Menarquia temprana como factor de riesgo de cancer de mama. *Federacion Mexicana de Ginecologia y Obstetricia*, 74 (568), 72.
- Joseph Zmuda, J. C. (2001). *Bone Mass and Breast Cancer Risk in Older Women: Differences by Stage at Diagnosis*. Recuperado el 6 de ENERO de 2013, de JNCI: <http://jnci.oxfordjournals.org/content/93/12/930.full.pdf>
- LA Brinton, C. S. (1998). *Menstrual factors and risk of breast cancer*. Recuperado el 4 de enero de 2013, de PubMed: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/3167610>
- M Clemons, P. G. (17 de enero de 2001). *Estrogen and the risk of breast cancer*. Recuperado el 10 de diciembre de 2012, de PubMed: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11172156>
- M Pollan, C. S. (2005). *Servivio de epidemiologia del cancer. Madrid*. Recuperado el 12 de 01 de 2013, de elsevier.es: <http://www.elsevier.es/sites/default/files/elsevier/pdf/138/138v15nSupl.4a13032877pdf001.pdf>
- Marilyn Pomo González, M. M. (2002). *Factores de riesgo asociados al cáncer de mama en el municipio de Sancti Spíritus*. Obtenido de bvs.sld.cu: [http://bvs.sld.cu/revistas/gme/pub/vol.4.\(3\)_02/p2.html](http://bvs.sld.cu/revistas/gme/pub/vol.4.(3)_02/p2.html)
- Mary E constanza, W. Y. (3 de noviembre de 2010). *uptodate*. (M. Daniel F Hayes, Editor) Recuperado el 20 de abril de 2011, de www.uptodate.com: http://www.uptodate.com/contents/epidemiology-and-risk-factors-for-breast-cancer?source=see_link
- MP Coleman, M. Q. (2008). *Cancer survival in five continents: a worldwide population-based study* (Vol. 9). Londres: Epub .
- Mukamal, K. J. (12 de enero de 2013). *UpToDate*. Recuperado el 20 de enero de 2013, de Overview of the risks and benefits of alcohol consumption: http://www.uptodate.com/contents/overview-of-the-risks-and-benefits-of-alcohol-consumption?source=see_link&anchor=H10#H10.
- NHS. (2011). *Nurses' Health Study*. Obtenido de www.channing.harvard.edu/nhs/?page_id=128
- OMS. (Noviembre de 2009). *Organizacion Mundial de la Salud*. Obtenido de WHO: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs334/es/index.html>

OMS. (20 de febrero de 2011). *www.who.com*. Recuperado el 30 de junio de 2011, de OMS: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs297/es/index.html>

Oncol, L. (11 de junio de 2010). *Insulin-like growth factor 1 (IGF1), IGF binding protein 3 (IGFBP3), and breast cancer risk: pooled individual data analysis of 17 prospective studies*. Recuperado el 10 de ENERO de 2013, de pubmed: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20472501>

Osorio, F. M. (2012). La historia clínica y la anamnesis en la psicopatología actual. De la biografía a la biología. De la escucha y mirada clínica a la escucha y mirada por los aparatos. ¿Qué es la evidencia en salud mental? *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 32 (115).

P. Bruzzi, E. N. (octubre de 1988). *Short term increase in risk of breast cancer after full term pregnancy*. Recuperado el 5 de enero de 2013, de BMJ: <http://www.bmj.com/content/297/6656/1096>

Pérez, V. V. (1994). *FISIOLOGIA DE LA GLANDULA MAMARIA Y LACTANCIA*. Santiago Mediterraneo.

PG Arthur, P. H. (septiembre de 1987). *Measurement of the milk intake of breast-fed infants*. Recuperado el 9 de enero de 2013, de PubMed: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/3694369>

PR Band, N. L. (5 de octubre de 2002). *Carcinogenic and endocrine disrupting effects of cigarette smoke and risk of breast cancer*. Recuperado el 2 de diciembre de 2012, de PubMed: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12383984>

preventiva, A. d. (24 de marzo de 2010). *Habitos de vida y cancer*. Obtenido de fisterra.com: http://www.fisterra.com/salud/1infoConse/cancer_HabitosVida.asp

Rosen, P. P. (2005). *Patología mamaria* (segunda ed., Vol. 1). (P. P. Rosen, Ed., & L. Fuenmayor, Trad.) New York, EUA: AMOLCA.

S Shelley, T. A. (20 de NOVIEMBRE de 2008). *Cancer Epidemiology, bookmarkers & Prevention*. Recuperado el 6 de enero de 2013, de The Association of Plasma DHEA and DHEA Sulfate with Breast Cancer Risk in Predominantly Premenopausal Women: <http://cebp.aacrjournals.org/content/15/5/967.abstract>

S.L. Davison, S. D. (12 de julio de 2004). *Androgens in women*. Recuperado el 9 de enero de 2013, de BioCancer: <http://www.biocancer.com/journal/198/androgenos-y-cancer-de-mama>

Samuel Beenken, F. W. (2004). *La mama* (Vol. 1). New York, USA: Panamericana.

Santiago Mendez, O. M. (febrero de 2000). *Demora en el diagnostico de cancer de mama: factores de la paciente*. Obtenido de sisbib.unmsm.edu.p: http://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/situa/2000_n15/diagnostico.htm

SciELO. (2002). Los anticonceptivos orales y el riesgo de cáncer de mama. *Revista Panamericana de Salud Publica* , 12 (2).

Seth P Harlow, D. W. (18 de 02 de 2011). *uptodate*. (A. B. chapgar, Productor) Recuperado el 20 de 06 de 2011, de www.uptodate.com:
<http://www.uptodate.com/contents/sentinel-lymph-node-biopsy-for-breast-cancer-indications-and-outcomes?view=print>

SOLCA-Loja. (16 de julio de 2009). *Historia de SOLCA Loja* . Obtenido de solcaloja.med.ec:
http://solcaloja.med.ec/index.php?option=com_content&view=article&id=3&Itemid=2

SOLCA-Loja. (febrero de 2010). Registro de tumores en Loja. *Incidencia del cancer en Loja* .

SS Maruti, W. W. (2008). *A prospective study of age-specific physical activity and premenopausal breast cancer* (Vol. 10). (JNCI, Ed.) Seattle, EUA.

Stacey A Missmer, A. H. (2004). Endogenous estrogen, androgen, and progesterone concentrations and breast cancer risk among postmenopausal women. *Journal Of The National Cancer Institute* , 96 (24), 1856-1865.

Tomlinson, I. (2009). *SÍNDROMES POLIPÓSICOS: ASPECTOS MOLECULARES* (Vol. 2). London , UK: London Research Institute .

V Berall, D. B. (2004). including 83000 women with breast cancer from 16 countries collaborative reanalysis of data from 53 epidemiological studies. *Breast cancer and abortion* , 363:1007.

WHO. (julio de 2004). *organizacion mundial de la salud (OMS)*. Recuperado el 8 de agosto de 2012, de WHO:
<http://www.who.int/topics/cancer/breastcancer/es/index4.html>

Yanli Li, T. B. (08 de noviembre de 2011). *Use of non-steroidal anti-inflammatory drugs and survival following breast cancer diagnosis*. Recuperado el 12 de enero de 2013, de NCBI: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3253909/>

Zhao Chen, L. A. (29 de julio de 2008). *Hip bone density predicts breast cancer risk independently of Gail score*. Recuperado el 7 de enero de 2013, de Online Library: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/cncr.23674/abstract>

11. ANEXOS

10.1. Anexo 1:

Hoja de recolección de datos

ANAMNESIS

1 Edad de diagnóstico de cáncer de mama					
<29					
30-39					
40-49					
50-59					
60-69					
>70					
No disponemos de datos					

2 Grado de instrucción					
Ninguna					
Primaria Incompleta					
Primaria completa					
Secundaria incompleta					
Secundaria completa					
Superior Incompleta					
Superior completa					
Más					
No disponemos de datos					

3 Ocupación					
QQDD					
Comerciante					
Empleada publica					
Estudiante					
Desempleada					
Otros					
No disponemos de datos					

4 Índice de masa corporal					
<20					
20-24,9					
>25					
No disponemos de datos					

AGO

5 Edad de menarquia					
= o <9					
10					
11					
12					
13					
14					
15					
= o 16>					
No disponemos de datos					

6 Gestas					
0					
1					
2					
3					
4					
5, >5					
No disponemos de datos					

7 Edad de la primera gesta					
<15					
16-19					
20-24					
25-29					
30-34					
35-39					
40-44					
45-50					
>50					
No disponemos de datos					

8 Abortos					
Si espontaneo					
Si provocado					
Si no especifica					
No					
No disponemos de datos					

9 Lactancia					
Si menos de 6 meses					
Si más de 6 meses					
Si, no especifica tiempo					
No					
No disponemos de datos					

10 Uso de anticonceptivos hormonales					
Si, menos de 1 año					
Si, más de un año					
Si, tiempo no determinado					
No					
No disponemos de datos					

11 Postmenopáusica					
Si					
No					
No disponemos de datos					

12 Edad de menopausia o ultima menstruación					
< 34					
35-39					
40-44					
45-49					
50-54					
55-60					
>60					
No disponemos de datos					

13 Mamografía previa					
No					
Si					
Año					
No disponemos de datos					

APP

14 Historia personal de otro primario de cáncer de mama					
Si					
No					

No disponemos de datos					
------------------------	--	--	--	--	--

APF

15 Historia familiar de cáncer de mama					
Familiar de 1er grado					
Numero de familiares					
Familiar de 2do grado					
Numero de familiares					
No					
No disponemos de datos					

HABITOS

16 Actividad física (de intensidad caminar al menos 3 veces a la semana de 1 hora)					
Si					
No					
No disponemos de datos					

17 Ingesta de carnes rojas (mas de 1 vez a la semana)					
Si					
No					
No disponemos de datos					

18 Cafeína (mas de dos cafés al día)					
Si					
No					
No disponemos de datos					

19 Ingesta de calcio en tabletas					
Si					
No					
No disponemos de datos					

20 Ingesta de Vit D					
Si					
No					
No disponemos de datos					

21 Exposición a luz nocturna (mas de 5 horas)					
Si					
No					
No disponemos de datos					

22 Exposición a radiación					
Si					
No					

No disponemos de datos					
------------------------	--	--	--	--	--

23 Uso de AINES regular durante mas de 1 vez a la semana durante mas de 3 meses					
Si					
No					
No disponemos de datos					

24 Tabaquismo (mas de un cigarrillo al día)					
Si					
No					
No disponemos de datos					

25 Ingesta de alcohol regular (mas de una cerveza al día)					
Sí					
No					
Ingesta de alcohol ocasional de llegar a la intoxicación etílica mas de una vez al menos					
Sí					
No					
No disponemos de datos					