

UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR
UNIDAD CENTRAL
FACULTAD DE MEDICINA
ESCUELA DE MEDICINA



INFORME FINAL DE INVESTIGACION

**“FACTORES DE RIESGO CON MAYOR PREVALENCIA PARA EL
DESARROLLO DE CÁNCER DE MAMA EN MUJERES DE LAS EDADES DE
12 A 69 AÑOS QUE CONSULTAN EN LA UCSF-B VERACRUZ DE SAN JUAN
TALPA, LA PAZ, EN EL PERÍODO DE FEBRERO A JUNIO EN EL AÑO
2018”.**

Elaborado por:

Hernández Campos, Roni Yonatan

Hernández Hernández, Héctor Ulises

Iraheta Rivera, Ivania Vanessa

Asesor: Dr. Francisco Garay Cruz.

Ciudad universitaria, San Salvador, Octubre 2018

RESUMEN

El presente trabajo de investigación trata sobre los factores de riesgo con mayor prevalencia para el desarrollo de cáncer de mama y se realizó con las mujeres entre las edades de 12 a 69 años entre los meses de febrero a junio del año 2018, que consultan en la UCSF-B Veracruz de San Juan Talpa, La Paz.

Con este estudio se pretende identificar cuáles son los factores de riesgo modificables para el desarrollo de cáncer de mama que tienen mayor prevalencia en las mujeres que consultan en la UCSF-B Veracruz. Así también determinar el porcentaje de pacientes femeninas que realizan adecuadamente el autoexamen de mamas y cuantificar la cantidad de pacientes femeninas entre los 40 a 69 años que se han realizado la mamografía de tamizaje.

La investigación se origina a partir de ciertos casos de cáncer de mama de pacientes que residen en este municipio documentando hasta la fecha 7 casos nuevos. Además, la unidad de salud de la localidad registra 20 consultas a la fecha por enfermedad mamaria y dos fallecimientos por esta misma patología. Dichos sucesos motivaron indagar la susceptibilidad de la población tomando principal interés en los factores de riesgo de tipo modificables.

El tipo de estudio elegido fue de tipo descriptivo transversal, estableciendo un periodo de tiempo para la investigación y caracterizando cada indicador investigado. Para la selección de la muestra se calculó a partir de una fórmula estadística tomando como muestra 300 mujeres. Se utilizó un instrumento de investigación tipo cuestionario abordando preguntas de múltiple escoge las cuales abordan inicialmente factores de riesgo modificables seguido del conocimiento sobre el autoexamen de mama y finalmente la cantidad de mujeres que se han realizado mamografía de tamizaje a la fecha.

En cuanto a los resultados de la investigación demostraron que la población estudiada es susceptible para el desarrollo de cáncer de mama debido a la prevalencia de los factores de riesgo asociados a esta patología; principalmente factores modificables como el sobrepeso, la obesidad y el sedentarismo. Además, se determinó que el conocimiento que tienen estas personas sobre el cáncer de mama es incompleto y no ha existido educación sobre la realización del autoexamen de mama y mucho menos sobre otros métodos de diagnóstico como la USG o mamografía. Finalmente se recomienda a las instituciones pertinentes, de tal manera que se brinde información sobre la detección temprana del cáncer de mama y la promoción de estilos de vida saludables reduciendo así el riesgo de padecer esta patología.

INTRODUCCION.

La incidencia del cáncer de mama en la mujer salvadoreña cada vez es más frecuente y cada año constituye aproximadamente el 26 % de los diagnósticos registrados en nuestro país, siendo de las principales causas de muerte por morbilidad entre la población femenina con una tasa de mortalidad de 102.0 por cada 100 mil habitantes. Cabe recalcar que se ha tomado en cuenta diversos factores tales como los antecedentes familiares de cáncer de mama, los factores reproductivos asociados a la exposición prolongada a estrógenos endógenos, la menarquia temprana, la menopausia tardía, el uso exógeno de medicamentos de tipo hormonal, hábitos como el alcoholismo y tabaquismo así también la obesidad. la mayoría de los casos tienen poca asociación a la predisposición genética por lo que se hace importante abordar la parte preventiva que contribuya a mejorar los factores de riesgo modificables para el desarrollo de cáncer de mama.

En su mayoría el diagnóstico de cáncer de mama se hace hasta que hay un cuadro clínico avanzado, debido a la poca información de la población y por la deficiente práctica del autoexamen de mama. Solamente en el 2009 se reportaron 9,400 casos de cáncer de mama según las estadísticas del Instituto Salvadoreño del Seguro Social (ISSS) casos que implican gastos anuales de hasta \$34.6 millones en atenciones médicas.

Se conoce bien cuáles son los factores predisponentes para el desarrollo de cáncer de mama incluyendo tanto los modificables como los no modificables a partir de ese punto es que en el presente trabajo se pretende identificar cuáles de esos factores son los que tienen mayor porcentaje de prevalencia en la población femenina de las mujeres que consultan en la UCSF-B Veracruz, ubicada en el municipio de San Juan Talpa departamento de la Paz. Para ello

ANTECEDENTES

El cáncer de mama se origina cuando las células en el seno comienzan a crecer en forma descontrolada. Estas células normalmente forman un tumor que a menudo se puede observar en una radiografía o se puede palpar como una protuberancia (masa). El tumor es maligno (cáncer) si las células pueden invadir los tejidos circundantes o propagándose (metástasis) a áreas distantes del cuerpo. El cáncer de mama ocurre casi exclusivamente en las mujeres, pero los hombres también lo pueden padecer.

Casi cualquier célula del cuerpo puede convertirse en cáncer y propagarse a otras áreas.

El cáncer de mama es el tipo más frecuente de cáncer en las mujeres en América así como una de las principales causas de muertes por cáncer. Cada año, 92.000 mujeres fallecen a consecuencia de esta enfermedad en las Américas, a pesar de los grandes avances alcanzados en las dos últimas décadas en cuanto a diagnóstico temprano y tratamiento. Aunque suele percibirse como una enfermedad propia de países desarrollados, casi la mitad de todas las muertes por cáncer de mama en la región de las Américas (47%) se registran en América Latina y el Caribe.

En los últimos años se ha documentado la importancia que el entorno social juega en la determinación de la enfermedad, así como en las variaciones de la incidencia entre diferentes áreas geográficas. Estudios sobre migrantes de países asiáticos a Estados Unidos de América o de mujeres de Polonia a Australia, ofrecen sólida evidencia de que es menor el componente genético que el ambiental. El incremento del riesgo de padecer o morir por esta causa en países pobres y de ingresos medios se vincula con cambios en los patrones reproductivos y nutricionales, además de la disminución de la fecundidad, los cambios en los estilos de vida y las condiciones de trabajo de las mujeres. De manera adicional, las diferencias en el acceso a los servicios de salud y la tecnología disponible para la detección y tratamiento oportuno, así como el desempeño de los servicios de salud en la oferta de servicios de calidad, determinan las brechas de mortalidad y supervivencia por cáncer de mama.

Aunque la mayoría de los factores de riesgo identificados pueden ser modificables, los retos para los sistemas de salud se concentran en actividades que permitan fortalecer la prevención primaria (investigación y desarrollo de tecnologías) y actividades de prevención secundaria y terciaria. La efectividad de la detección temprana y el tratamiento adecuado depende de la oportunidad con la que se aplican; de otra manera, los costos de la atención se incrementan en grado considerable, las ganancias en salud resultan mínimas y el esfuerzo desarrollado por el sistema es poco alentador.

El padecimiento puede ocurrir en mujeres de cualquier nivel social, económico y étnico, aunque son las mujeres con mayores desventajas sociales y menores recursos las más vulnerables.

Las tasas de mortalidad más altas se registran en América del Norte y el Caribe. Por otra parte, aunque Centroamérica presenta tasas de mortalidad 1,5 veces más bajas, sus resultados en cuanto a supervivencia son los peores de la región. Si se mantienen las tendencias actuales y considerando los cambios demográficos que se esperan, las proyecciones indican que en el 2030 los casos nuevos de cáncer de mama aumentarán en las Américas hasta 595.900, y las muertes a causa de esta enfermedad ascenderán hasta 142.100.

En El Salvador el cáncer de cérvix es la primera causa de muerte en mujeres por neoplasias. En la región el país ocupa el tercer lugar tanto en incidencia como en enfermedad. Mientras que en el cáncer de mama es el tercer tumor en frecuencia entre las mujeres superado por el cáncer de cérvix y el de estómago.

La mayoría de los casos tienen poca relación con la predisposición genética en (1 – 2 %) lo cual nos indica que los factores no genéticos muchas veces son causas fuertes del padecimiento de esta enfermedad entre los cuales tenemos:

- ✓ Primer embarazo en mujeres mayores de 30 años
- ✓ Primera menstruación antes de los 12 años.
- ✓ Ningún embarazo.
- ✓ Menopausia después de 55 años.
- ✓ Uso de estrógenos y progestágenos por menopausia.
- ✓ Edad avanzada.
- ✓ Sedentarismo y obesidad.
- ✓ Radioterapia previa por cáncer.
- ✓ Probable consumo de alcohol.

Sin embargo, es importante explicar que una paciente puede tener cáncer de mama sin ninguna de las opciones antes mencionadas, por lo que es recomendable que el estudio anual de la mamografía se realice sin tener ningún síntoma.

Los esfuerzos de promoción de la salud y educación para la salud deben contribuir a mejorar el conocimiento de las mujeres acerca de la importancia del tamizaje y de la detección precoz del cáncer de mama, así como de no retrasar la búsqueda de atención ante la presencia de signos o síntomas. Aunque las causas del cáncer de mama siguen siendo en gran medida desconocidas, ciertos factores como la existencia de una historia familiar de enfermedad, la menarquia temprana, tener el primer hijo a una edad tardía, el

uso de hormonas, la obesidad y el consumo de alcohol, han sido identificados como factores de riesgo para este cáncer.

La detección temprana unida a un diagnóstico y tratamiento adecuados, son las mejores herramientas disponibles en la actualidad para evitar las muertes por cáncer de mama.

El tamizaje mediante mamografía ha permitido el diagnóstico temprano del cáncer de mama y por lo tanto, ha hecho posible reducciones en la mortalidad por esta enfermedad. Aún no existe una posición concluyente acerca de si es posible reducir las tasas de mortalidad a través de programas poblacionales basados en la autoexploración mamaria y la exploración clínica de las mamas.

Con independencia de la prueba de tamizaje utilizada, el objetivo debe ser lograr un diagnóstico precoz y garantizar el acceso oportuno a un tratamiento adecuado (cirugía, quimioterapia y/o radioterapia), ya que estas acciones han demostrado tener un impacto favorable sobre la supervivencia.

San Juan Talpa es un municipio del departamento de La Paz, en la zona paracentral de El Salvador, está limitado al norte y al este por Cuyultitán, al sur por San Luis Talpa y al oeste por Olocuilta, se encuentra a 203 metros sobre el nivel del mar. San Juan Talpa posee 7,707 habitantes según el censo poblacional 2007 y tiene una extensión territorial de 40,74 km². Se dedican al trabajo en fábricas y maquilas que están fuera de la localidad y en su zona rural a la agricultura principalmente; se encuentra a 33.5 kilómetros al sureste de San Salvador.

Para su administración, San Juan Talpa se divide en su área urbana en los Barrios El Calvario, El Carmen, El Centro, San José y Santa Cruz; en el área rural en 3 cantones y 9 caseríos, siendo ellos: Cantón Comalapa: Comalapa, Los Huesos y Montecristo Cantón El Tobarón: El Tobarón Y Cantón Veracruz: Veracruz, Cacapa, El Barrial. En este último está ubicada la unidad comunitaria de atención familiar ECOF- Veracruz donde se brinda atención médica aproximadamente a 400 familias.

De acuerdo a los censos semanales de atención médica se identifica que la mayor parte del personal que asiste a consulta pertenece al sexo femenino.

Cabe mencionar como dato relevante que en el año 2017 se detectaron 7 casos nuevos de cáncer de mama entre las edades de 59 a 76 años de las cuales 2 pacientes ya fallecieron a causa de dicha patología.

Durante los meses de enero a marzo de 2018 se registraron 4 consultas por masa palpable en mamas en la UCSF- B Veracruz, de las cuales se determinó que correspondían con fibroadenomas dando seguimiento a dichos casos en Hospital Nacional Santa Teresa.

Como unidad de salud intermedia de San Juan Talpa se ha seleccionado a pacientes con riesgo especialmente por antecedentes familiares de cáncer de mama donde se totalizan al menos 30 pacientes femeninas con parentesco en primer y segundo grado de consanguinidad con pacientes con cáncer de mama

JUSTIFICACIÓN.

Los casos de cáncer siguen teniendo gran incidencia a nivel nacional con porcentajes que lo ubican dentro de las principales causas de muerte por morbilidad refiriéndose al cáncer de mama y cáncer de cérvix, patologías que específicamente tienen relación con la población del sexo femenino, y que lastimosamente la mayoría de los casos son diagnosticados en estadios tardíos pese a las intervenciones preventivas; por tanto en el presente trabajo se pretende hacer énfasis en los factores de riesgo para el desarrollo de cáncer de mama y más aún en aquellos que son modificables como la obesidad, el tabaquismo y alcoholismo, entre otros.

Con este trabajo de investigación se estará beneficiando directamente la población femenina que consulta en la UCSF-B Veracruz de San Juan Talpa La Paz pues se estará determinando cuales de los factores para el desarrollo de cáncer de mama tienen mayor prevalencia dentro de las personas que formarán parte de la muestra, a partir de lo cual se piensa crear conciencia y mayor participación activa en las formas preventivas del cáncer de mama, así mismo se estará delimitando aquella población con mayor riesgo de esta patología con lo cual se puede llegar a realizar intervenciones tempranas y aportar información oportuna sobre aspectos tales como el adecuado autoexamen de mama, la búsqueda de ayuda profesional ante cualquier anomalía y la toma de la mamografía de tamizaje con lo cual finalmente se pueda hacer un diagnóstico oportuno de cualquier patología mamaria y no necesariamente aquellas lesiones de tipo maligno.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

El cáncer de mama se ha convertido en un problema de salud sanitaria en gran proporción alcanzando altos niveles de morbimortalidad a nivel nacional e internacional, representando una de las causas de muerte más frecuente en el sexo femenino, todo esto a pesar de los esfuerzos que se realizan en primer nivel con programas para la detección temprana de dicha patología, sea por estudios de baja costo o por una educación adecuada a las mujeres enseñándoles como realizarse el autoexamen de mamas, es por esa razón que surge la importancia de este conocimiento en la población femenina.

¿Cuáles son los factores de riesgo con mayor prevalencia para el desarrollo de cáncer de mama en mujeres de las edades de 12 a 69 años que consultan en la UCSF-B Veracruz, ubicada en el municipio de San Juan Talpa departamento de la Paz en el periodo de febrero a junio en el año 2018?

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL:

- Determinar los factores de riesgo con mayor prevalencia para el desarrollo de cáncer de mama en mujeres de 12 a 69 años que consultan en la UCSF-B Veracruz, ubicada en el municipio de San Juan Talpa departamento de La Paz.

OBJETIVOS ESPECIFICOS:

1. Identificar cuáles son los factores de riesgo modificables para el desarrollo de cáncer de mama que tienen mayor prevalencia en las mujeres que consultan en la UCSF-B Veracruz.
2. Determinar el porcentaje de pacientes femeninas que realizan adecuadamente el autoexamen de mamas.
3. Cuantificar la cantidad de pacientes femeninas entre los 40 a 69 años que se han realizado la mamografía de tamizaje.

MARCO TEORICO

Las glándulas mamarias están presentes en ambos sexos. En el hombre se mantienen rudimentarias toda la vida, en cambio en la mujer están poco desarrolladas hasta antes de la pubertad, cuando empieza el proceso de maduración. El máximo desarrollo de estas glándulas se produce durante el embarazo y especialmente en el período posterior al parto, durante la lactancia.

Las mamas están situadas en la parte anterior del tórax y pueden extenderse en medida variable por su cara lateral. Su forma varía según características personales, genéticas y en la misma mujer de acuerdo a la edad y paridad. La mayor parte de la masa de la mama está constituida por tejido glandular y adiposo. Durante el embarazo y la lactancia el tamaño de la mama aumenta debido al crecimiento del tejido glandular.

La cara superficial de la mama está cubierta por piel. Aproximadamente en el centro de esta cara se encuentra el pezón que está en relación al cuarto espacio intercostal en la nulípara. La base del pezón está rodeada por una zona de piel híper pigmentada, de 2.5 cm. denominada areola. El pezón contiene numerosas fibras musculares lisas, en su mayoría de tipo circular, las que se contraen al estimularlo mecánicamente, originando la erección del pezón. La areola posee numerosas glándulas sebáceas, entre ellas es posible reconocer algunas que durante el embarazo y la lactancia determinan levantamientos de la piel de la areola, denominadas glándulas de Montgomery, éstas contienen estructuras histológicas similares a la parte glandular de la mama y producen una secreción grasa que lubrica el pezón y la areola. Bajo la areola se ubican las dilataciones de los conductos galactóforos llamadas senos lactíferos, que acumulan leche y el niño debe exprimir al mamar.

Estructura de la glándula mamaria

La glándula mamaria está formada por tres tipos de tejidos: glandular de tipo túbulo-alveolar, conjuntivo que conecta los lóbulos, y adiposo que ocupa los espacios ínter lobulares. El tejido celular subcutáneo rodea la glándula sin que exista una cápsula claramente definida, desde éste se dirigen hacia el interior numerosos tabiques de tejido conectivo. Estos tabiques constituyen los ligamentos suspensorios de la mama o ligamentos de Cooper.

La estructura de la glándula mamaria varía con la edad y es influenciada por el embarazo y la lactancia. Antes de la pubertad, la mama posee unos pocos conductos rudimentarios cubiertos en su interior por epitelio plano y envuelto en tejido conectivo. Después de la pubertad, debido a la influencia de las hormonas ováricas, especialmente los estrógenos, los conductos se comienzan a ramificar y en sus extremos se forman pequeñas masas sólidas, esféricas, de células poliédricas, que constituirán los alvéolos.

Durante el estado de reposo, el epitelio glandular está separado del estroma vascularizado vecino por una fina zona de fibroblastos, a través de los cuales no penetran vasos. Esta unión epitelio-estroma, posiblemente, ejerce un control sobre el paso de sustancias a las células secretoras. Los alvéolos activos sólo aparecen durante el embarazo, período en el cual, los conductos se ramifican y en su parte terminal se forma un lumen que aumenta de tamaño a medida que se va cargando de secreción.

Después de la menopausia la glándula mamaria se atrofia y los elementos celulares de los alvéolos y conductos degeneran, y disminuyen en número.

La literatura médica, nos dice que el cáncer de la mama ha sido una patología relativamente común y grave, tal como la conocemos en la actualidad, y estuvo siempre ligada al desarrollo de la cirugía, tratamiento primario y electivo para esa enfermedad. En 1862, Edwin Smith, descubre en Tebas, Egipto, un papiro que está datado entre los años 3000 y 2500 a. C. Este documento egipcio, que mide aproximadamente 4,5 metros de largo, está escrito en ambos lados. La parte frontal, dedica 17 columnas con 48 casos que se refieren a la clínica quirúrgica. Se describen enfermedades mamarias como abscesos, traumatismos y heridas infectadas. El caso N° 45 probablemente represente la primera descripción de un caso de cáncer de mama. Dicha descripción concluye aseverando que se trata de una enfermedad para la cual no existe cura.

Hipócrates, (460-370 a.C.) al que debemos los primeros avances científicos, fue el primero en establecer la diferencia entre los tumores benignos y malignos, describió casos de cáncer de mama algunos asociados a derrames por el pezón, y no consta que recomendara ningún tipo de tratamiento quirúrgico para este tipo de patología, por el contrario, toda omisión de tratamiento podía prolongar la vida de la paciente-

Más tarde, Galeno, (131-201 d.C.) describió también con detalle el cáncer de mama, aunque nunca mencionó las metástasis ni las causas de muerte. La medicina europea, respetó las descripciones anatómicas fisiológicas y clínicas de este médico griego, estudioso de la anatomía animal, hasta el Renacimiento, la época en que Vesalio (1514-1564), anatómo-cirujano flamenco, desarrolló nuevos conceptos al trabajar sobre anatomía humana, con lo que desplegó nuevos objetivos para la cirugía práctica. Ambrose Paré (1510-1590), aconsejó utilizar ligaduras vasculares y evitar la cauterización y el aceite hirviente, además de describir la importancia de la tumefacción de los ganglios linfáticos axilares, en relación con el cáncer de la mama.

El siglo XVIII, denominado la Edad de la Luz, o la Edad de las Teorías y los Sistemas, se demoró en cambiar significativamente los conceptos fisiológicos y patológicos, aunque está abonado por enormes contribuciones en el terreno de los tratamientos quirúrgicos, conceptos de resección de piel, y ganglios axilares. Las mastectomías, fueron practicadas en gran número a principios de siglo, aunque esta práctica, fue declinando en la segunda mitad, como consecuencia de los resultados poco alentadores de supervivencia con altos grados de mutilación asociada. El siglo XIX, es iluminado por dos aportes extraordinarios en el campo de la cirugía: en 1864 William T. G.

Morton introduce la anestesia en los Estados Unidos, y en 1867, Joseph Lister desarrolla los principios de la antisepsia en Gran Bretaña. Estos dos eventos, permiten comenzar a desterrar los dos fantasmas de la cirugía: el dolor y la sepsis

El cáncer de mama es el más común entre las mujeres en todo el mundo, pues representa el 16% de todos los cánceres femeninos. Se estima que en 2004 murieron 519,000 mujeres por cáncer de mama y, 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 (OMS, Carga Mundial de Morbilidad, 2004).

La incidencia varía mucho en todo el mundo, con tasas normalizadas por edad de hasta 99,4 por 100 000 en América del Norte. Europa oriental, América del Sur, África austral y Asia occidental presentan incidencias moderadas, pero en aumento. La incidencia más baja se da en la mayoría de los países africanos, pero también en ellos se observa un incremento de la incidencia de cáncer de mama.

Las tasas de supervivencia del cáncer mamario varían mucho en todo el mundo, desde el 80% o más 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 (Coleman et al., 2008). Las bajas tasas de supervivencia observadas en los países poco desarrollados pueden explicarse principalmente por la falta de programas de detección precoz, 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.

Factores de riesgo del cáncer de mama

El cáncer de mama probablemente es causado por una combinación de factores hormonales (fisiológicos y terapéuticos), factores genéticos, otros factores fisiológicos no hormonales (por ejemplo, la edad) y factores ambientales y de modo de vida. Las evaluaciones del riesgo basadas en la población pueden ayudar a fundamentar los programas de prevención en general, mientras que las evaluaciones del riesgo individual pueden servir como fundamento para la atención del cáncer de mama centrada en el paciente. Aproximadamente el 50% de los casos de cáncer de mama recién diagnosticados se relacionan con factores hormonales; solo un 5% a 10% de se relacionan con factores genéticos, aunque se sabe que estos aumentan considerablemente el riesgo de padecer la enfermedad. Las investigaciones han permitido determinar los factores fisiológicos, ambientales y de modo de vida relacionados con la incidencia del cáncer de mama, algunos de los cuales son modificables mediante intervenciones preventivas. Actualmente se siguen identificando otros factores de riesgo y se ha demostrado que algunos factores que anteriormente habían sido señalados como de riesgo no lo son, o bien, su asociación con el riesgo de padecer cáncer de mama no es concluyente.

Se conocen bien varios factores de riesgo del cáncer de mama. Sin embargo, en la mayoría de las mujeres afectadas no es posible identificar factores de riesgo específicos (IARC, 2008; Lacey et al, 2009).

Factores genéticos.

Se sabe que los factores genéticos aumentan el riesgo de padecer varios tipos de cáncer, incluido el cáncer de mama. El perfil genético hereditario repercute en el riesgo de las mujeres de contraer cáncer de mama. Aproximadamente del 5% al 10% de los cánceres de mama son atribuibles a factores genéticos. Los genes de predisposición al cáncer de mama más frecuentes son BRCA1, BRCA2, PTEN (síndrome de Cowden) y TP53 (síndrome de Li-Fraumeni); actualmente se siguen explorando otros genes de predisposición, así como sus interacciones con el medio ambiente. La progenie de un progenitor que porta una mutación tiene una probabilidad del 50% de heredarla. Las personas portadoras de mutaciones en los genes BRCA1 o BRCA2 tienen un riesgo calculado de contraer cáncer de mama a los 70 años de edad de alrededor del 55% al 65% en el primer caso y del 45% al 47% en el segundo caso. Las mutaciones en los genes BRCA1 y BRCA2 pueden heredarse de la madre o del padre. Las mutaciones genéticas pueden variar según el grupo étnico, por ejemplo, los estudios de mujeres realizados en el África subsahariana, Asia y América Latina han encontrado tasas variables de las mutaciones en los genes BRCA1 y BRCA2, que oscilan desde el 0,5% hasta el 18% en las poblaciones de riesgo moderado a alto. Las pruebas genéticas requieren tanto pericia de laboratorio como servicios de orientación genética, que no suelen estar disponibles en los entornos de escasos recursos.

Los antecedentes familiares de cáncer de mama multiplican el riesgo por dos o tres. Algunas mutaciones, sobre todo en los genes BRCA1, BRCA2 y p53, se asocian a un riesgo muy elevado de ese tipo de cáncer. Sin embargo, esas mutaciones son raras y explican solo una pequeña parte de la carga total de cáncer mamario.

Los factores reproductivos asociados a una exposición prolongada a estrógenos endógenos, como una menarquia precoz, una menopausia tardía y una edad madura con el primer parto figuran entre los factores de riesgo más importantes del cáncer de mama. Las hormonas exógenas también conllevan un mayor riesgo de cáncer de mama, por lo que las usuarias de anticonceptivos orales y de tratamientos de sustitución hormonal tienen más riesgo que las mujeres que no usan esos productos. La lactancia materna tiene un efecto protector (IARC, 2008, Lacey et al., 2009).

Antecedentes familiares de cáncer de mama.

El riesgo de padecer cáncer de mama aumenta con el número de familiares en primero grado afectados por la enfermedad. Se cree esto se debe a una combinación de factores tanto hereditarios (aunque no a un gen específico) como ambientales. Antecedentes personales de cáncer de mama. Las mujeres con antecedentes personales de cáncer de mama (carcinoma ductal in situ o cáncer de mama invasor) tienen un mayor riesgo de desarrollar un segundo cáncer, ya sea en la misma mama o en la otra (los cálculos indican un aumento de más del 4% a lo largo de 7,5 años). Exposición a la radiación ionizante terapéutica. La exposición a la radiación ionizante en el tórax a una edad temprana (el riesgo más elevado se presenta cuando la exposición ocurre entre los 10 y 14 años de edad) aumenta el riesgo, pero este disminuye de forma extraordinaria si la radiación se administra después de los 40 años. Por ejemplo, la radiación a una edad temprana para el tratamiento del linfoma de Hodgkin está relacionada con un mayor riesgo de cáncer de mama. Sin embargo, no hay datos que indiquen que las prácticas actuales de radioterapia, administrada como parte del tratamiento del cáncer de mama (es decir, radioterapia después de la tumorectomía), aumenten el riesgo de desarrollar un segundo cáncer de mama. Además, las mamografías y radiografías del tórax no parecen aumentar el riesgo de cáncer de mama.

Factores hormonales y reproductivos.

Las hormonas endógenas (producidas por las células del organismo), en particular la exposición a estrógenos, desempeñan una función en el crecimiento y la proliferación de las células mamarias. Los niveles elevados o prolongados de estrógenos endógenos están relacionados con un riesgo mayor de padecer cáncer de mama en las mujeres posmenopáusicas. Los factores conocidos de riesgo de cáncer de mama están asociados a factores reproductivos que prolongan la exposición natural a las hormonas producidas por los ovarios, como el inicio de la menstruación a una edad temprana, el comienzo tardío de la menopausia, edad tardía del primer embarazo (más de 30 años de edad) y nunca haber dado a luz. Los datos fidedignos de laboratorio también indican que los niveles más elevados de otras hormonas endógenas, como la insulina y el factor de crecimiento insulinoide (IGF), pueden desempeñar una función en el desarrollo del cáncer de mama. Hormonas terapéuticas o exógenas de estrógenos. El uso prolongado del tratamiento hormonal sustitutivo después de la menopausia se ha asociado a un mayor riesgo de padecer cáncer de mama. En un amplio ensayo aleatorizado, las mujeres que tomaron una combinación de estrógenos y progesterona por más de 5 años después de la menopausia presentaron un mayor riesgo de diagnóstico de cáncer de mama. Actualmente se recomienda recurrir al tratamiento hormonal sustitutivo solo para indicaciones específicas (por ejemplo, síntomas menopáusicos importantes) y la duración del tratamiento debe ser limitada.

Edad.

El riesgo de padecer cáncer de mama aumenta con la edad y en algunos entornos de altos recursos con poblaciones que tienen una esperanza de vida larga el riesgo para toda la vida podría llegar a 1 de cada 8 mujeres. La repercusión de la edad sobre la incidencia del cáncer de mama en los países de ingresos medios bajos está menos estudiada, pero se vuelve más importante a medida que la esperanza de vida mejora.

Danaei y colaboradores (Danaei et al., 2005) han calculado la contribución de diversos factores de riesgo modificables, exceptuando los factores reproductivos, a la carga global de cáncer de mama. Los autores concluyen que el 21% de todas las muertes por cáncer de mama registradas en el mundo son atribuibles al consumo de alcohol, el sobrepeso y la obesidad, y la falta de actividad física.

Esa proporción fue mayor en los países de ingresos altos (27%), y el factor más importante fue el sobrepeso y la obesidad. En los países de ingresos bajos y medios, la proporción de cánceres de mama atribuibles a esos factores de riesgo fue del 18%, y la falta de actividad física fue el factor determinante más importante (10%).

Peso (obesidad).

Se piensa que la asociación entre la obesidad y el riesgo de cáncer de mama se relaciona, al menos en parte, con la función de los adipocitos, que contribuyen a elevar la concentración de las hormonas circulantes y otros factores. La adiposidad (volumen de adipocitos) puede afectar a las hormonas circulantes, ya que los precursores de estrógenos se transforman en estrógenos en los adipocitos. Los niveles de estrógenos de las mujeres también varían según su estado menopáusico, así que el efecto de la obesidad sobre el riesgo de cáncer de mama puede depender del estado menopáusico de cada mujer; las mujeres posmenopáusicas se ven más afectadas que las premenopáusicas. Algunos expertos indican que podrían evitarse hasta el 20% de los casos de cáncer de mama si se aumentara la actividad física y se evitara subir de peso.

Consumo de alcohol.

El consumo nocivo de alcohol está relacionado con un mayor riesgo de padecer cáncer de mama. Los expertos indican que podrían evitarse hasta el 14% de los casos de cáncer de mama si se redujera de forma considerable el consumo nocivo de alcohol.

La diferente incidencia del cáncer de mama en los países desarrollados y los países en desarrollo puede explicarse en parte por los efectos de la alimentación, unidos a la mayor edad del primer embarazo, el menor número de partos y el acortamiento de la lactancia (Peto, 2001). La creciente adopción de modos de vida occidentales en los países de ingresos bajos y medios es un determinante importante del incremento de la incidencia de cáncer de mama en esos países.

Control del cáncer de mama

La OMS promueve la lucha contra el cáncer de mama en el marco de programas nacionales amplios de control del cáncer que están integrados con las enfermedades no transmisibles y otros problemas relacionados. El control integral del cáncer abarca la prevención, la detección precoz, el diagnóstico y tratamiento, la rehabilitación y los cuidados paliativos.

La sensibilización de la población en general sobre el problema del cáncer de mama y los mecanismos de control, así como la promoción de políticas y programas adecuados, son estrategias fundamentales para el control poblacional del cáncer de mama. Muchos países de ingresos bajos y medios afrontan actualmente una doble carga de cáncer mamario y cáncer cervicouterino, que son las principales causas de muerte por cáncer entre las mujeres de más de 30 años. Es preciso que esos países implementen estrategias combinadas que aborden estos dos problemas de salud pública de manera eficaz y eficiente.

Prevención. El control de factores de riesgo específicos modificables, así como una prevención integrada eficaz de las enfermedades no transmisibles que promueva los alimentos saludables, la actividad física y el control del consumo de alcohol, el sobrepeso y la obesidad, podrían llegar a tener un efecto de reducción de la incidencia de cáncer de mama a largo plazo.

Detección precoz. Aunque se puede lograr cierta reducción del riesgo mediante medidas de prevención, esas estrategias no pueden eliminar la mayoría de los cánceres de mama que se registran en los países de ingresos bajos y medios. Así pues, la detección precoz con vistas a mejorar el pronóstico y la supervivencia del cáncer de mama sigue siendo la piedra angular del control de este tipo de cáncer (Anderson et al., 2008).

Métodos de detección precoz:

El diagnóstico precoz o el conocimiento de los primeros signos y síntomas en la población sintomática, para facilitar el diagnóstico y el tratamiento temprano, y el cribado, es decir, la aplicación sistemática de pruebas de tamizaje en una población aparentemente asintomática. Su objetivo es detectar a las personas que presenten anomalías indicativas de cáncer.

Independientemente del método de detección precoz utilizado, dos aspectos esenciales para el éxito de la detección precoz poblacional son una atenta planificación y un programa bien organizado y sostenible que se focalice en el grupo de población adecuado y garantice la coordinación, continuidad y calidad de las intervenciones en todo el continuum asistencial. La selección como objetivo de grupos de edad inadecuados, por ejemplo mujeres jóvenes con bajo riesgo de cáncer de mama, puede traducirse en una disminución del número de cánceres detectados por mujer sometida a cribado, y reducir

así la costo-eficacia de la medida. Además, esa focalización en las mujeres más jóvenes obligaría a analizar más tumores benignos y provocaría una sobrecarga innecesaria de los servicios de salud, por los recursos diagnósticos adicionales que entrañaría.

Mamografías de cribado

La mamografía es el único método de cribado que se ha revelado eficaz. Si su cobertura supera el 70%, esta forma de cribado puede reducir la mortalidad por cáncer de mama en un 20%-30% en las mujeres de más de 50 años en los países de ingresos altos (IARC, 2008). El tamizaje basado en esta técnica es muy complejo y absorbe muchos recursos, y no se ha hecho ninguna investigación sobre su eficacia en los entornos con recursos escasos.

Autoexploración mamaria

No hay datos acerca del efecto del cribado mediante autoexploración mamaria. Sin embargo, se ha observado que esta práctica empodera a las mujeres, que se responsabilizan así de su propia salud. En consecuencia, se recomienda la autoexploración para fomentar la toma de conciencia entre las mujeres en situación de riesgo, más que como método de cribado.

Cuando una mujer solicita atención por un problema mamario, el interrogatorio y la exploración física deben evaluar la apariencia de la mama, lo que incluye cambios recientes o persistentes de la piel, inversión del pezón o secreción por el mismo; hay que registrar lateralidad, espontaneidad, color y frecuencia. El examen debe investigar el dolor de la mama, en particular su duración, ubicación y factores asociados, así como cualquier anomalía o masa tumoral palpable, con hincapié en su ubicación, evolución y tamaño durante el ciclo menstrual. Si se descubre una masa grande en la mama o se detecta adenopatía axilar, debe ponerse atención minuciosa a los síntomas posiblemente relacionados con el cáncer de mama metastásico, como dolor en los huesos, la espalda o las piernas (metástasis óseas); dolor abdominal, náuseas o hepatomegalia (metástasis hepáticas); o bien disnea o tos (metástasis pulmonares). Masas tumorales o engrosamiento mamario: Las características más importantes de las masas tumorales mamarias son duración, cambios en el tamaño a lo largo del tiempo, relación con el ciclo menstrual, presencia de dolor, enrojecimiento, cambios en la piel, fiebre o secreción por el pezón. Una masa dominante se reconoce como un bulto o tumor sólido, palpable y delimitado, claramente diferenciado del tejido circundante, y requiere una evaluación clínica. Una masa indeterminada no está claramente diferenciada, pero debe evaluarse en cuanto a tamaño, ubicación y otras características. El ultrasonido mamario es muy útil para caracterizar las alteraciones palpables en la mama, y en particular para distinguir entre quistes simples, masas benignas (fibroadenomas), tejido mamario nodular normal y cáncer. Los hallazgos clínicos dictan el protocolo de seguimiento. Por ejemplo, una masa que varía con el ciclo menstrual puede ser un quiste común, y la presencia de tejido

nodular simétrico difuso podría relacionarse con los ciclos hormonales. Si la exploración física o el ultrasonido no revelan una masa dominante, puede ser aconsejable un examen subsecuente en uno a dos meses, para determinar el comportamiento clínico en el transcurso del tiempo y confirmar el comportamiento benigno de la alteración.

Ganglios linfáticos agrandados (adenopatía o linfadenomegalia): Muchas mujeres en quienes se detecta clínicamente cáncer de mama tendrán adenomegalias axilares, aunque estos cambios no siempre se deben a la diseminación del cáncer a los ganglios linfáticos. La trascendencia de la diseminación ganglionar es su demostración de que un determinado cáncer es capaz de propagarse (formar metástasis), y es una indicación importante para tratamiento sistémico (con medicamentos). Extirpar los ganglios linfáticos puede ayudar a controlar el cáncer en el lecho ganglionar, pero no detiene por sí misma la diseminación del cáncer. La diseminación a ganglios linfáticos más distantes (como los ganglios supraclaviculares o mamarios internos) es un indicador pronóstico desfavorable y puede señalar la propagación metastásica distante a los pulmones, el hígado, los huesos o el cerebro. Si bien algunos cánceres con ganglios positivos son potencialmente curables con un tratamiento multimodal, los cánceres diseminados a los órganos distantes no se consideran curables.

Dolor mamario: El dolor es un problema común de la mama, pero en general no es un indicador de una neoplasia maligna subyacente ni se considera un factor de riesgo de cáncer de mama. No hay ningún resultado histopatológico que se correlacione con el dolor mamario. El dolor de la mama puede ser cíclico (relacionado con el ciclo menstrual) o no cíclico. El dolor cíclico a menudo es bilateral, difuso y se irradia a la axila. Se presenta durante la fase premenstrual, cuando la mama está hinchada por los mayores niveles de hormonas. El dolor no cíclico puede ser unilateral, focal o generalizado. Se le ha relacionado con ciertos medicamentos, como los anticonceptivos orales, los psicotrópicos y algunos medicamentos cardiovasculares. El dolor mamario difuso y generalizado sin alteraciones focales debe vigilarse; por sí mismo no requiere estudios de imagenología.

El dolor focalizado sí requiere una evaluación adicional, aun si la exploración física no arroja resultados positivos. Puede deberse a un quiste doloroso de la mama, al aumento de volumen agudo de un quiste, una infección (mastitis), traumatismo, embarazo o una zona nodular dolorosa en general. La mayoría de las mujeres adultas padecen dolor mamario, y en la generalidad de los casos cede espontáneamente.

Secreción por el pezón: Al investigar la secreción por el pezón, debe evaluarse su color, frecuencia, lateralidad (si es unilateral o bilateral), espontaneidad, persistencia, relación con el ciclo menstrual, presencia de otros problemas de salud, cambios en el uso de medicamentos y asociación con una masa mamaria palpable subyacente. En su gran mayoría, los casos de secreción por el pezón se relacionan con padecimientos benignos. Las causas más comunes de secreción patológica por los pezones son papiloma

intraductal, ectasia de los conductos, carcinoma e infección. La secreción por los pezones requiere una investigación diagnóstica cuando es espontánea, unilateral, sanguinolenta o acuosa, o cuando se asocia con una masa tumoral. Hay que derivar a las mujeres con secreción patológica por el pezón a un cirujano, para analizar si es conveniente la escisión quirúrgica del conducto causal. La secreción lechosa bilateral (galactorrea) no se considera anormal y puede persistir hasta un año después del parto o después de suspender la lactancia materna. Si se presenta en mujeres que no están embarazadas ni amamantando, debe evaluarse mediante una prueba de embarazo, estudios diagnósticos endocrinos y una revisión del uso reciente de medicamentos. Dado que la ausencia de células malignas no descarta el cáncer, por lo general no se recomienda el examen citológico de la secreción por los pezones.

Inversión del pezón: La inversión o retracción del pezón puede ser unilateral o bilateral, congénita o adquirida, y se relaciona con una amplia gama de diagnósticos, desde infección hasta cáncer. La inversión del pezón asociada con una neoplasia maligna tiende a ser asimétrica y distorsiona laaréola. Debe evaluarse a las mujeres con inversión adquirida del pezón mediante estudios de imagenología y posiblemente una biopsia.

Engrosamiento de las mamas o la piel: La enfermedad de Paget de la mama es una lesión escamosa, excoriada y ulcerada que empieza en el pezón, por lo común en la punta, se extiende a la base del pezón y luego a laaréola. La enfermedad de Paget es un proceso en el cual el cáncer de los principales conductos centrales asoma al exterior en el pezón; por lo general se relaciona con un cáncer subyacente más profundo en la mama, pero no siempre es así. Es unilateral y puede acompañarse de dolor, ardor y prurito. Las mujeres que presentan una masa palpable que se asocia con erosión del pezón más probablemente padecen cáncer invasor que se está propagando al pezón y a través de este. Es importante practicar una biopsia del pezón para distinguir la enfermedad de Paget de los trastornos cutáneos benignos como el eccema.

Tiempo asignado: Una exploración clínica cuidadosa de las mamas requiere entre 6 y 10 minutos y debe abarcar ambas mamas y los ganglios linfáticos axilares. Hay que dedicar al menos 3 minutos a explorar cada mama, aunque el tiempo puede ser mayor o menor, según el grado de pericia, la densidad del tejido mamario, la edad de la paciente y sus antecedentes en cuanto a salud de la mama.

En cuanto a la elección del momento ideal para realizarse el autoexamen de mamas se recomienda que todo problema de la mama debe evaluarse con prontitud. En cambio, para la exploración mamaria periódica, el mejor momento es cuando la estimulación hormonal de la mama se reduce al mínimo, o sea, hacia el final del ciclo menstrual.

HIPOTESIS

Hipótesis

Los factores de riesgo modificables influyen en la incidencia de cáncer de mama en las mujeres de 12 a 69 años que consultan en la UCSF-B Veracruz de San Juan Talpa, La Paz.

Hipótesis Nula

Los factores de riesgo modificables no influyen en la incidencia del cáncer de mama en las mujeres de 12 a 69 años que consultan en la UCSF-B Veracruz de San Juan Talpa, La Paz.

METODOLOGIA DE INVESTIGACION

TIPO DE ESTUDIO:

El estudio será Descriptivo porque se determinará cuáles son los factores con mayor prevalencia para el apareamiento del cáncer de mama en mujeres de las edades entre 12 y 69 años que consultan en UCSF-B Veracruz de San Juan Talpa.

Transversal porque los factores serán estudiados durante un periodo de tiempo estipulado que será de febrero a junio del año 2018.

PERIODO DE INVESTIGACION.

El periodo en el que se realizará la investigación será entre los meses de Febrero a Junio del año 2018.

UNIVERSO (UNIDADES DE OBSERVACION Y ANALISIS).

Para el presente estudio se tomará como universo un total de 600 mujeres entre las edades de 12 a 69 años que consultan en la UCSF-B Veracruz de San Juan Talpa en el periodo de febrero a Junio.

MUESTRA.

La muestra se estableció a través de la fórmula
$$n = \frac{Z^2 pq N}{E^2(N - 1) + Z^2 pq}$$

En donde

Z^2 : Nivel de confianza requerida, para generalizar los resultados hasta la población que puede ser del 95 al 99% que equivale a 1.96 bajo la curva normal.

Pq : Es igual a la variabilidad del fenómeno entendido que $p = 0.5$ y $q = 0.5$.

N : Población

E : Precisión con que se generalizan los resultados que pueden ser 0.05 que corresponde a un valor Z de 95% y 0.01 a un Z de 99%.

n: muestra.

$$n = \frac{Z^2 pq N}{E^2(N-1) + Z^2 pq}$$

n: 234.

Criterios de inclusión:

- Sexo femenino.
- Mujeres que aceptan ser parte del estudio.
- Mujeres en edad de 12 a 69 años. .
- Mujeres pertenecientes al municipio de San Juan Talpa departamento de La Paz..
- Mujeres que consultan en UCSF-B Veracruz.

Criterios de exclusión:

- No desear participar en la investigación.
- Mujeres menores de 12 años y mayores de 69 años.
- Mujeres que no pertenecen al municipio de San Juan Talpa, pero que consultan en UCSF- B Veracruz.

VARIABLES

Variable independiente:

Mujeres de 12 a 69 años que se consulten en la UCSF-B Veracruz en el periodo de febrero a mayo de 2018.

Variables dependientes:

1. Factores de riesgo modificables asociados al desarrollo de cáncer de mama.
2. Cantidad de pacientes femeninas que se realizan el autoexamen de mamas.
3. Cantidad de pacientes femeninas que se han realizado la mamografía.

OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES.

Objetivo	Variable	Definición Conceptual	Definición Operacional	Indicadores	Técnica	Instrumento.
Identificar cuáles son los factores de riesgo modificables para el desarrollo de cáncer de mama con mayor prevalencia en las mujeres de 12 a 69 años que consultan en la UCSF-B Veracruz	Factores de riesgo modificables para el desarrollo de cáncer de mama.	Incluye todos los elementos que contribuyen con el desarrollo de cáncer de mama y que además están asociados a estilos de vida siendo estos modificables.	Cantidad de factores modificables asociados al desarrollo de cáncer de mama.	<ul style="list-style-type: none"> • Obesidad. • Tabaquismo. • Alcoholismo. • Uso de ACO. • Paridad. • Sedentarismo 	Encuesta	Cuestionario
Determinar la cantidad de pacientes femeninas que realizan adecuadamente el autoexamen de mama.	Realización de autoexamen de mama.	Exploración mamaria que realiza toda mujer en busca de cambios en el tejido mamario.	Autoexamen de mama realizado cada mes al séptimo día de inicio del periodo menstrual.	<ul style="list-style-type: none"> • Lo realiza. • No lo realiza. 	Encuesta	Cuestionario.
Cuantificar la cantidad de pacientes femeninas de 40 a 69 años que se han realizado la mamografía de tamizaje.	Mamografía de tamizaje.	Exploración radiográfica de la mama para la detección temprana del cáncer mamario.	Paciente que realiza mamografía de tamizaje entre los 40 y 69 años.	<ul style="list-style-type: none"> • Paciente tamizada. • Paciente no tamizada 	Encuesta	Cuestionario.

FUENTES DE INFORMACION

Se utilizarán fuentes primarias y secundarias.

Primarias: Se obtendrá la información de las encuestas realizadas a las mujeres que cumplan con los criterios de inclusión.

Secundarias porque se obtendrán los datos de documentos oficiales de instituciones públicas, como expedientes clínicos de las pacientes que consultan en el año 2018, listado nominal de mujeres entre las edades de 12 a 69 años que corresponden al área de responsabilidad de la UCSF- B Veracruz.

ETAPAS DE LA INVESTIGACION

Paso	Actividad	Fecha límite de entrega
1	Capacitación para elaboración de Plan de trabajo	16 de diciembre 2017
2	Inscripción de núcleo de investigación	29 de diciembre 2017
3	Perfil de investigación.	22 al 26 de enero 2018
3	Primer avance de protocolo de investigación	19 al 22 de febrero 2018
4	Entrega de borrador de protocolo a asesor metodológico	5 al 9 de marzo 2018
5	Entrega de protocolo definitivo (entregar a dirección de escuela + carta de visto bueno de asesor metodológico)	23 al 27 de abril 2018
6	Primer avance de informe final	11 al 15 de junio 2018
7	Informe final de investigación (presentar a la dirección de escuela)	20 al 24 de agosto 2018
8	Defensa pública periodo ordinario	10 al 19 de septiembre 2018
9	Defensa pública primer periodo extraordinario	15 al 19 de octubre 2018
10	Defensa pública segundo periodo extraordinario	Marzo 2019

RESULTADOS

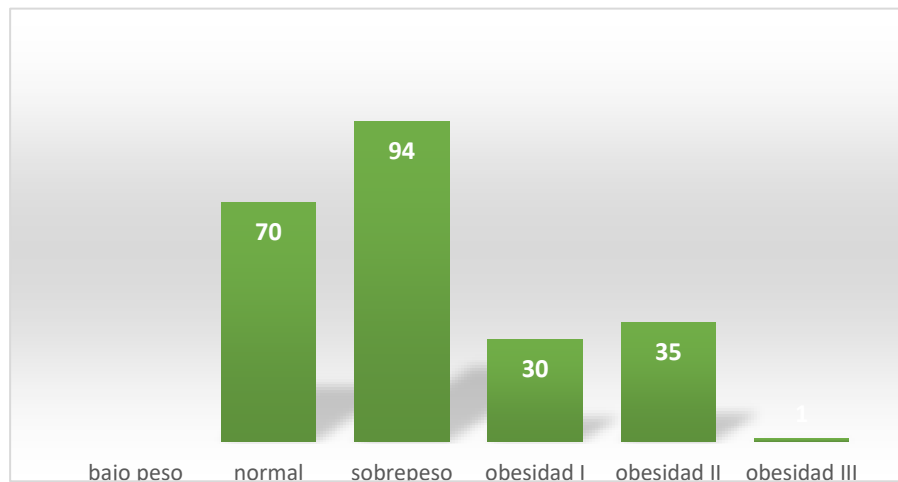
Tabla 1. Antecedentes familiares de cáncer entre las mujeres de 12 a 69 años de edad que consultan el UCSF-B Veracruz de San Juan Talpa, La Paz.

Tiene familiar con Cáncer	Frecuencia	Porcentaje
Si	30	15%
no	170	85%

Fuente: Cuestionario de incidencia de cáncer de mama.

En la tabla 1 se observa que el 15% de las mujeres encuestadas tienen familiares que han padecido de cáncer, mientras que el 85% manifiestan que no. Si bien es cierto el porcentaje de mujeres con antecedentes familiares de cáncer es bajo se percibe que en esta zona si hay mujeres con este factor de riesgo.

Gráfico N°1. Estado nutricional de las mujeres entre los 12 a 69 años que consultan en la UCSF-B Veracruz de San Juan Talpa, La Paz.



Fuente: Cuestionario de incidencia de cáncer de mama.

De las mujeres que fueron encuestadas e involucradas al estudio, se evidencia que el mayor número de ellas se encuentra en sobrepeso, mientras que en segundo lugar se encuentran en un estado nutricional normal y sólo una de ellas en Obesidad III. Se concluye así que buena parte de las mujeres cuentan con este factor de riesgo.

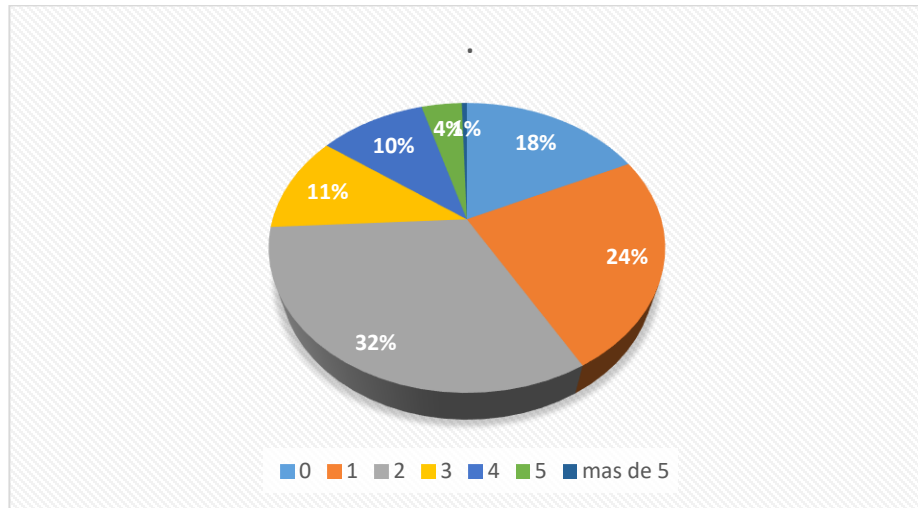
Tabla 2. Evaluación de la paridad en las mujeres entre las edades de 12 a 69 años que consultan en la UCSF-B Veracruz de San Juan Talpa, La Paz.

Paridad	Frecuencia.	Porcentaje.
0	36	18%
1	48	24%
2	65	32%
3	22	12%
4	21	12%
5	8	4%
Más de 5	1	1%

Fuente: Cuestionario de incidencia de cáncer de mama.

En la tabla 2 se puede apreciar que el mayor porcentaje de mujeres tienen dos hijos representando un 32% y que el menor porcentaje 1% corresponde a quien tiene más de 5 hijos. Considerando que este es un factor de riesgo importante para el desarrollo de cáncer de mama se observa que menos de la mitad de la población censada posee este factor de riesgo y que puede influir en el apareamiento de cáncer.

Gráfico 2. Paridad de las mujeres entre las edades de 12 a 69 años que consultan en la UCSF-B Veracruz de San Juan Talpa, La Paz.



Fuente: Cuestionario de incidencia de cáncer de mama.

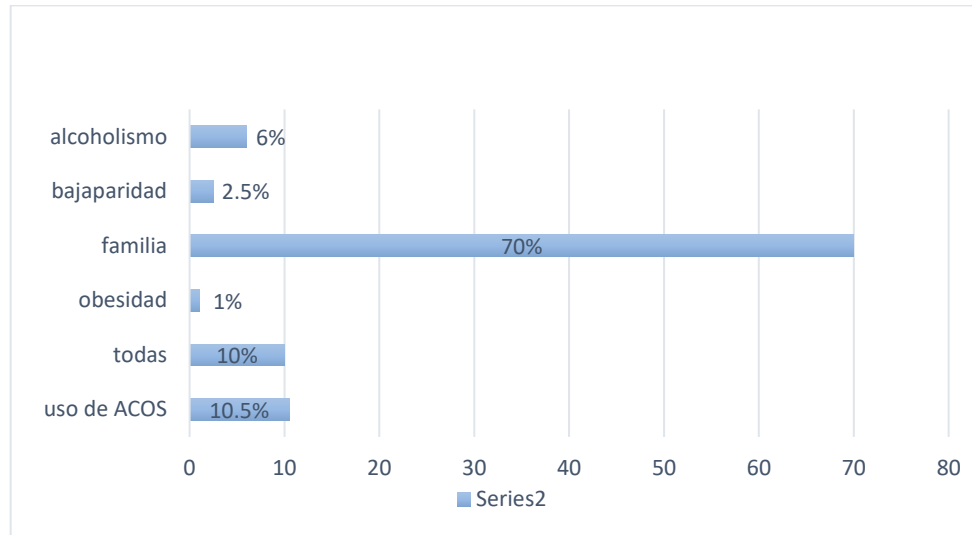
Tabla 3. Factores de riesgo para desarrollar cáncer de mama según las mujeres de 12 a 69 años que consultan en la UCSF-B Veracruz de San Juan Talpa, La Paz.

Factores de riesgo	Frecuencia	Porcentaje
Obesidad	2	1 %
Alcoholismo	12	6%
Uso de ACOS	21	10.5%
Familiares con CA de mama	140	70%
Baja paridad	5	2.5%
Todas son correctas.	20	10%

Fuente: Cuestionario de incidencia de cáncer de mama.

Como se observa en la tabla anterior el antecedente familiar de cáncer de mama es el factor de riesgo que según las usuarias más influyen para desarrollar cáncer de mama, mientras que los demás factores de riesgo son pocas quienes los identifican como tales.

Gráfico 3. Factores de riesgo para el desarrollo de cáncer de mama según las mujeres entre 12 a 69 años que consultan en la UCSF-B Veracruz de San Juan Talpa, La Paz.



Fuente: Cuestionario de incidencia de cáncer de mama.

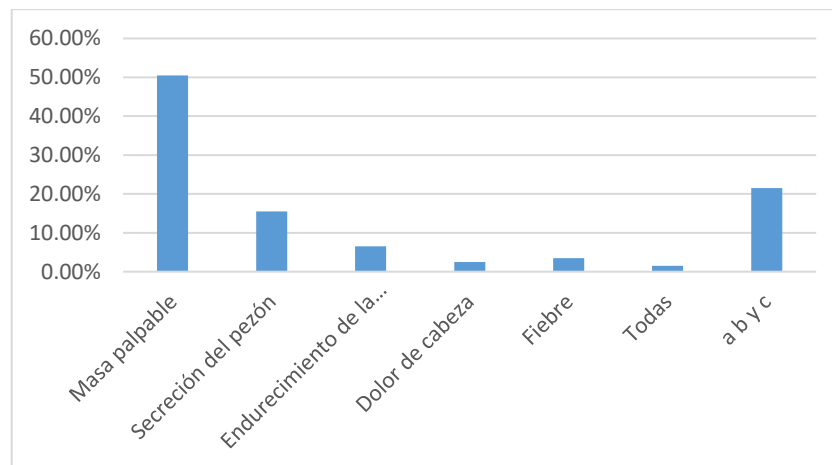
Tabla 4. Señales asociadas a cáncer de mama según las mujeres entre las edades de 12 a 69 años que consulta en la UCSF-B Veracruz de San Juan Talpa, La Paz.

Hallazgos	Frecuencia	Porcentaje
Masa palpable	101	50.50%
Secreción del pezón	31	15.50%
Endurecimiento de la piel de la mama	13	6.50%
Dolor de cabeza	5	2.50%
Fiebre	7	3.50%
Todas	3	1.50%
a b y c	43	21.50%

Fuente: Cuestionario de incidencia de cáncer de mama.

Como se muestra en la tabla anterior las mujeres encuestadas tienen el conocimiento sobre que hallazgos podrían asociarse a padecer cáncer de mama, mostrándose según los resultados que según la opinión de las pacientes encuestadas al detectar una masa palpable es lo más sugerente a presentar cáncer.

Gráfico N° 4. Hallazgos sugestivos de cáncer de mama según las mujeres de 12 a 69 años que consultan en la UCSF-B Veracruz de San Juan Talpa, La Paz.



Fuente: Cuestionario de incidencia de cáncer de mama.

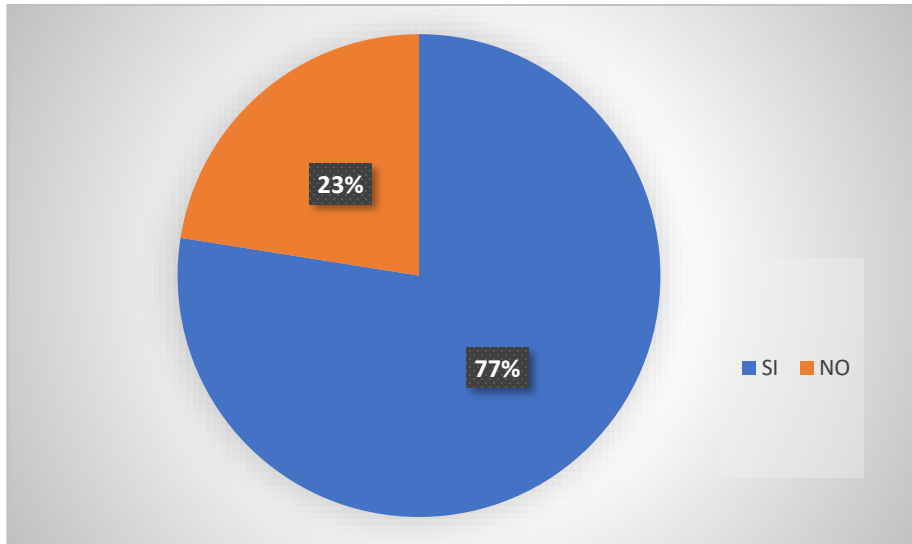
Tabla 5. Conocimiento sobre los métodos para detectar tempranamente el cáncer de mama entre las mujeres de 12 a 69 años que consultan en la UCSF.B Veracruz de San Juan Talpa, La Paz.

Conocimiento	Frecuencia	Porcentaje
Si	155	77%
No	45	23%

Fuente: Cuestionario de incidencia de cáncer de mama.

En la tabla 5 se observa el 77% de las mujeres conocen sobre los métodos utilizados para detectar tempranamente cáncer de mama, mientras que 23% mujeres aún no conocen sobre estos métodos.

Gráfico N°5. Conocimiento de los métodos de detección temprana de cáncer de mama en las mujeres de 12 a 69 que consultan en la UCSF-B Veracruz de San Juan Talpa, La Paz.



Fuente: Cuestionario de incidencia de cáncer de mama.

Tabla N°.6 Edad de menarquia en las mujeres de 12 a 69 años que consultan en la UCSF-B Veracruz de San Juan Talpa, La Paz.

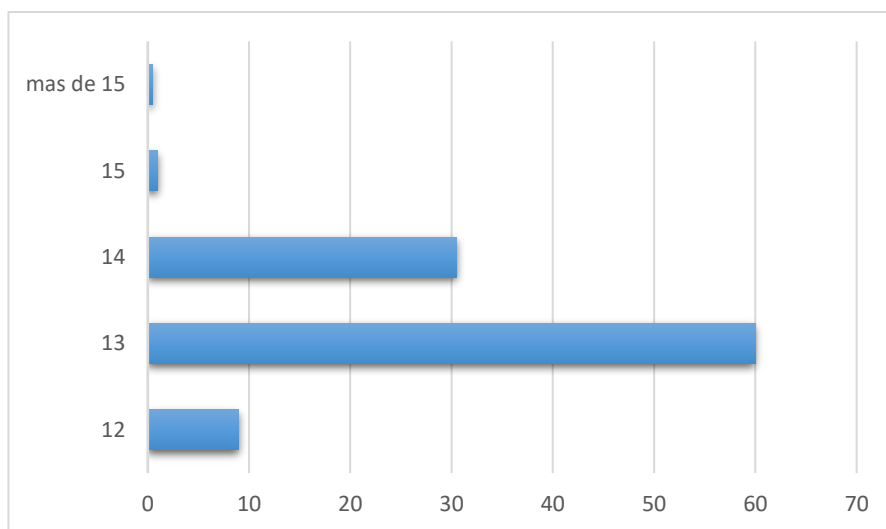
Edad	Frecuencia	Porcentaje
12	18	9%
13	120	60%
14	61	30.5%
15	2	1%
más de 15	1	0.5%

Fuente: Cuestionario de incidencia de cáncer de mama.

En esta pregunta correspondiente a factores de riesgo no modificables para el desarrollo de cáncer de mama se evidencia que el 60% de las mujeres tuvieron una menarquía temprana a los 13 años, mientras que solo el 0.5% de mujeres tuvieron su

menarquia a una edad mayor a 15 años evidenciando de esta manera prevalencia del factor de riesgo en esta población.

Gráfico N°6. Edad de menarquia en las mujeres de 12 a 69 años que consultan en la UCSF-B Veracruz de San Juan Talpa, La Paz.



Fuente: Cuestionario de incidencia de cáncer de mama.

Tabla N°7. Métodos utilizados por las pacientes de 12 a 69 años que consultan en la UCSF-B Veracruz de San Juan Talpa, La Paz.

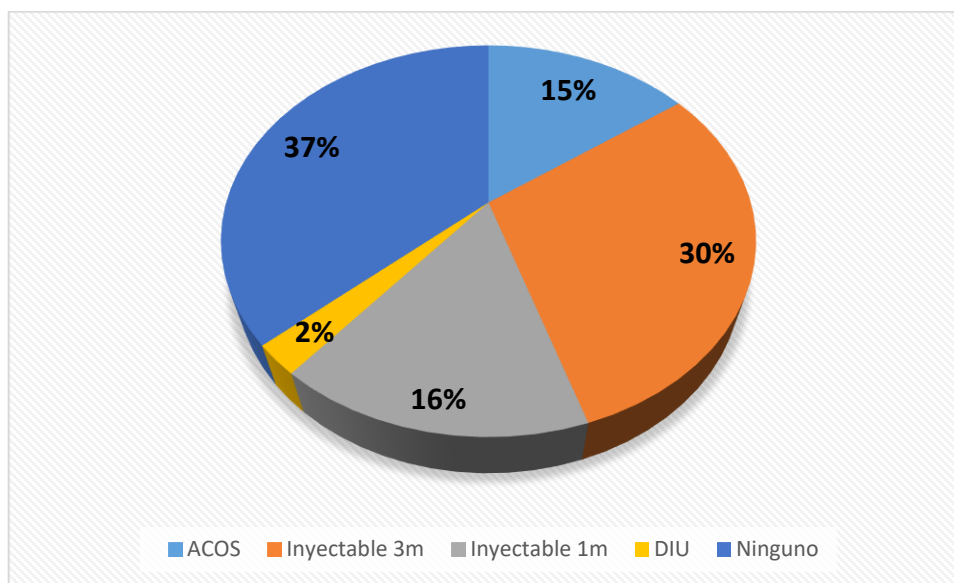
Métodos de Planificación Familiar.	Frecuencia	Porcentaje
ACOS	30	15%
Inyectable 3 meses	60	30%
Inyectable 1 mes	32	16%
DIU	5	2.5%
Ninguno	73	36.5%

Fuente: Cuestionario de incidencia de cáncer de mama.

El uso de métodos de planificación hormonales como factor de riesgo para desarrollo de cáncer de mama, se evidencia que el 36.50% de la población consultada no utiliza algún método anticonceptivo, seguido por un 30% de la población que utiliza método inyectable con duración de 3 meses seguido por método inyectable de 1 mes con 16%, con un 15%

ACOS y en último lugar con 2.5% el DIU evidenciando una cantidad importante de mujeres utilizando método anticonceptivo hormonal este último como factor para desarrollo a futuro de neoplasias mamarias.

Gráfica N°7. Método de planificación familiar más utilizado por las mujeres de 12 a 69 años que consultan en la UCSF-B Veracruz de San Juan Talpa, La Paz.



Fuente: Cuestionario de incidencia de cáncer de mama.

Tabla N°8. Número de horas de actividad física que realizan las mujeres entre 12 a 69 años que consultan en a UCSF-B Veracruz de San Juan Talpa, La Paz.

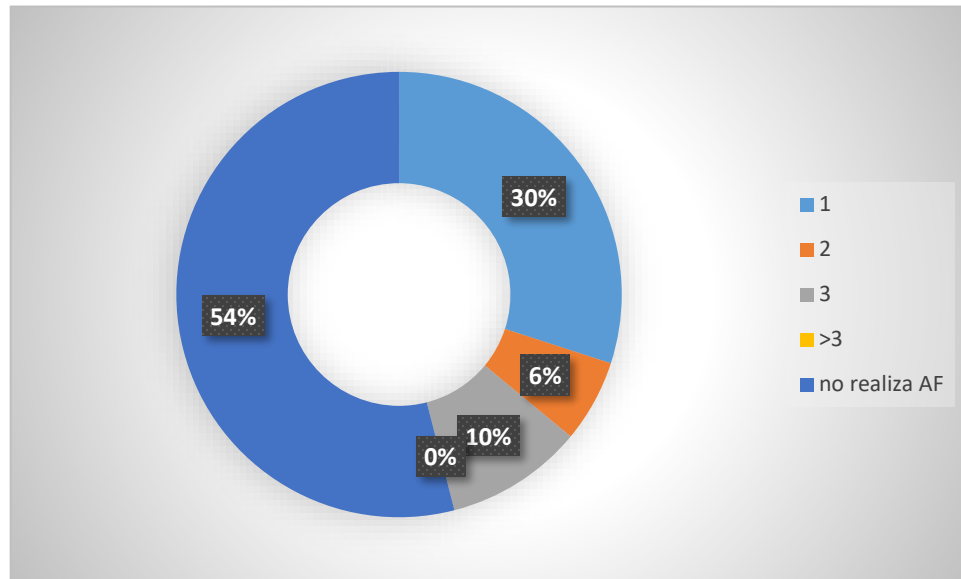
Horas de Actividad física.	Frecuencia	Porcentaje
1	60	30%
2	12	6%
3	20	10%
>3	0	0%
No realiza	108	54%

Fuente: Cuestionario de incidencia de cáncer de mama.

La actividad física como factor protector para el desarrollo de muchas patologías se evidencia que un número importante de la población con un porcentaje de 54% no realiza alguna actividad física, el 30% realiza al menos 1 hora al día, el 10% realiza 3 horas, y el

6% realiza 2 horas, sin duda factor que hace impacto al desarrollo de obesidad y con esto riesgo de desarrollo de cáncer de mama.

Gráfica N°8 Número de horas que realizan actividad física las mujeres de 12 a 69 años que consultan la UCSF-B Veracruz de San Juan Talpa, La Paz.



Fuente: Cuestionario de incidencia de cáncer de mama.

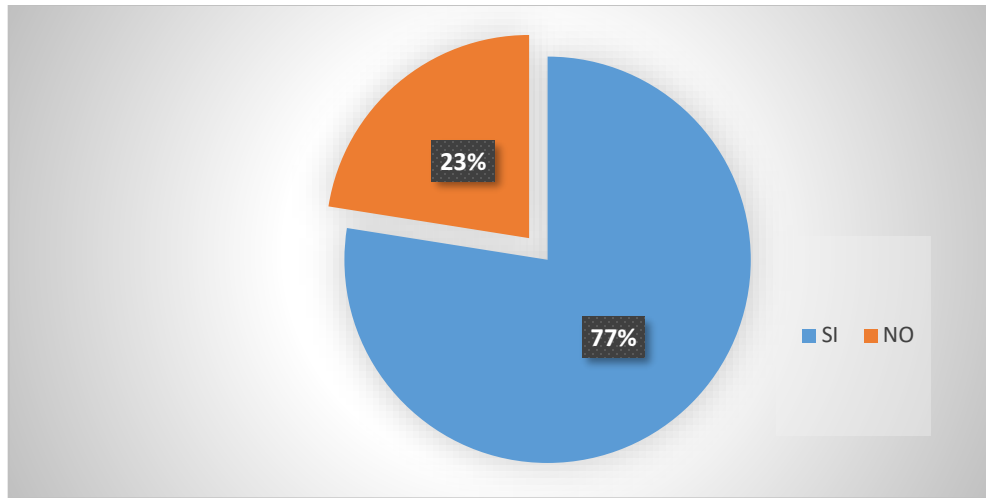
Tabla N°9. Antecedentes familiares de cáncer de las mujeres entre las edades de 12 a 69 años que consultan en la UCSF-B Veracruz de San Juan Talpa, La Paz.

Antecedente familiar de cáncer de mama.	Frecuencia	Porcentaje
Si	30	15%
No	170	85%

Fuente: Cuestionario de incidencia de cáncer de mama.

El 85% de la población afirma que no tiene antecedentes de algún familiar haya padecido cáncer de mama, mientras el 15% de la población encuestada refiere si tener antecedente de familiares con esta patología por lo que se evidencia la existencia de este factor no modificable de desarrollo de cáncer de mama.

Gráfica N°9. Antecedentes familiares de cáncer de mama de las mujeres entre las edades de 12 a 69 años que consultan en la UCSF-B Veracruz de San Juan Talpa, La Paz.



Fuente: Cuestionario de incidencia de cáncer de mama.

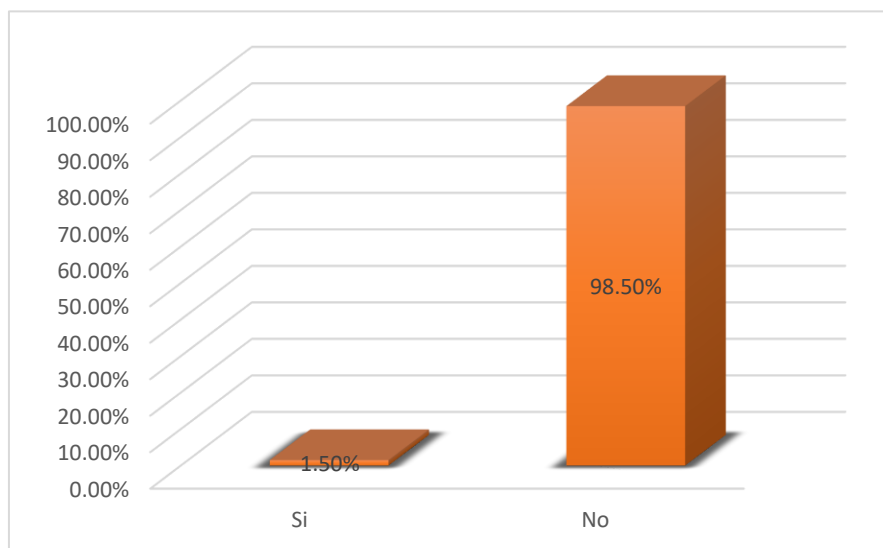
Tabla N° 10. Consumo de bebidas alcohólicas en las mujeres de 12 a 69 años que consultan en la UCSF-B Veracruz, de San Juan Talpa, La Paz.

Consumo de Alcohol	Frecuencia	Porcentaje
Si	3	1.5%
No	197	98.5%

Fuente: Cuestionario de incidencia de cáncer de mama.

El consumo de drogas como el alcohol no es muy frecuente en la población femenina encuestada encontrando solo un 1.5% positivo al consumo de alcohol, mientras el 98.5% refiere no consumo de esta droga.

Gráfica N° 10. Consumo de bebidas alcohólicas en las mujeres de 12 a 69 años que consultan en la UCSF-B Veracruz, de San Juan Talpa, La Paz.



Fuente: Cuestionario de incidencia de cáncer de mama.

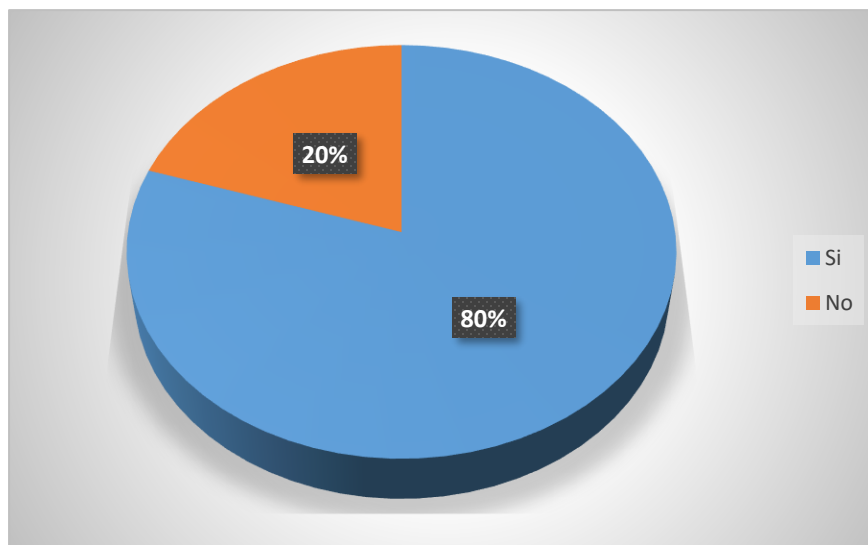
Tabla N° 11. Conocimiento sobre el autoexamen de mama en las mujeres de 12 a 69 años que consultan en la UCSF-B Veracruz de San Juan Talpa, La Paz.

Conocimiento	Frecuencia	Porcentaje
Si	160	80%
No	40	20%

Fuente: Cuestionario de incidencia de cáncer de mama.

El 80% de la población consultada tiene conocimiento acerca de la importancia de el autoexamen de mama, mientras que un 20% refiere no saber nada de este, viendo una cantidad considerable de mujeres que aun no tienen claro la importancia de la autorrealización del examen de mama todos los meses.

Tabla N° 11. Conocimiento sobre el autoexamen de mama en las mujeres de 12 a 69 años que consultan en la UCSF-B Veracruz de San Juan Talpa, La Paz.



Fuente: Cuestionario de incidencia de cáncer de mama.

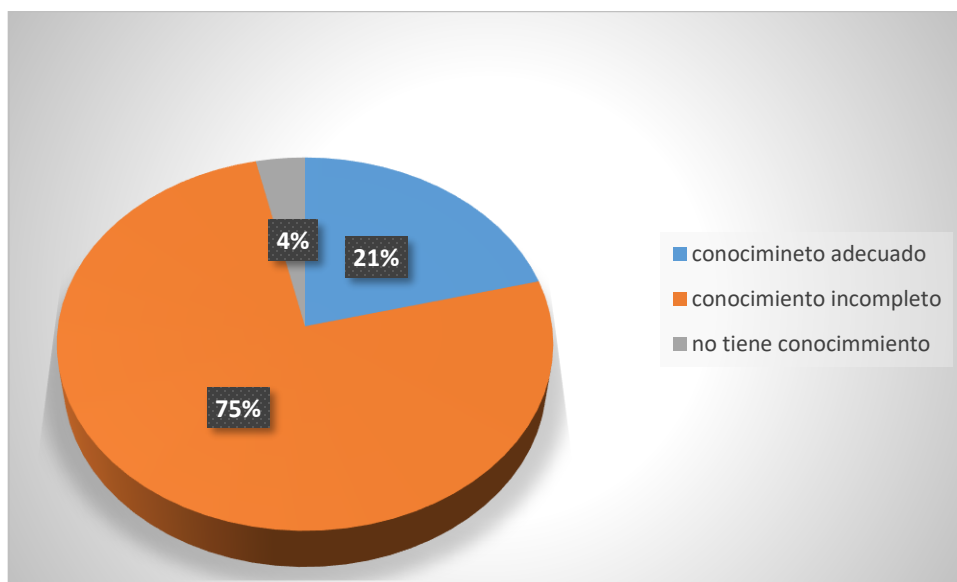
Tabla N° 12. Conocimiento sobre el autoexamen de mama que tienen las mujeres de 12 a 69 años que consultan en la UCSF-B Veracruz, de San Juan Talpa, La Paz.

Autoexamen de mama	Frecuencia	Porcentaje
Conocimiento adecuado	42	21%
Conocimiento incompleto	151	75%
No tiene conocimiento	7	4%

Fuente: Cuestionario de incidencia de cáncer de mama.

El 75% de la población consultada tiene un conocimiento incompleto de como hacer el autoexamen de mama, el 21% tiene un conocimiento adecuado y solo el 4% de la población no tiene un conocimiento de dicho examen.

Gráfica N° 12. Conocimiento sobre el autoexamen de mama que tienen las mujeres de 12 a 69 años que consultan en la UCSF-B Veracruz, de San Juan Talpa, La Paz.



Fuente: Cuestionario de incidencia de cáncer de mama.

Tabla N° 13. Periodicidad de realización de autoexamen de mama en las mujeres de 12 a 69 años que consultan en la UCSF-B Veracruz de San Juan Talpa, La Paz.

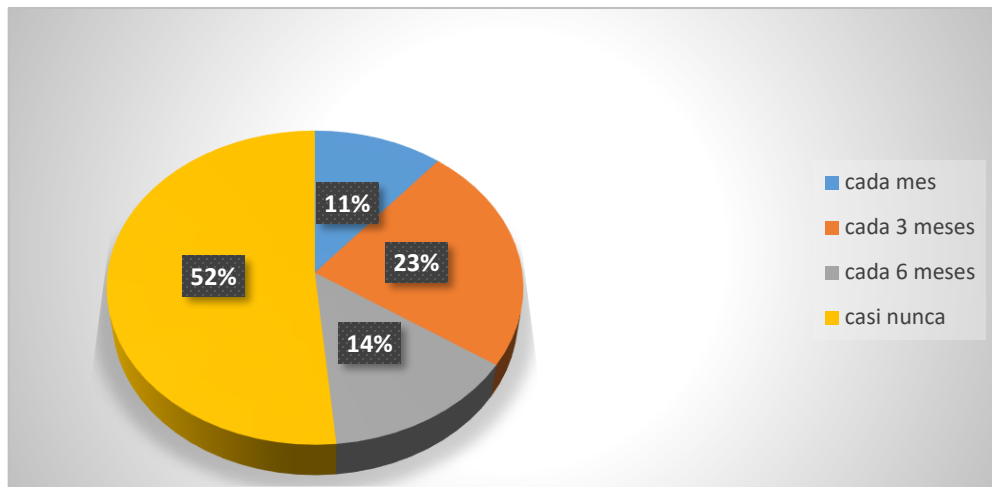
N.º de veces	Frecuencia	Porcentaje
cada mes	22	11.00%
cada 3 meses	47	23.50%
cada 6 meses	28	14.00%
casi nunca	103	51.50%

Fuente: Cuestionario de incidencia de cáncer de mama.

El 51.3% refiere casi nunca realizarse el autoexamen de mama, el 23.5% lo realiza una vez cada 3 meses, el 14% lo realiza una vez cada 6 meses mientras que el 11% lo realiza

cada mes evidenciando que la población tiene el conocimiento, pero no lo aplica en el tiempo debido según indicación para prevención de cáncer de mama.

Gráfico N° 13. Periodicidad de realización de autoexamen de mama en las mujeres de 12 a 69 años que consultan en la UCSF-B Veracruz de San Juan Talpa, La Paz.



Fuente: Cuestionario de incidencia de cáncer de mama.

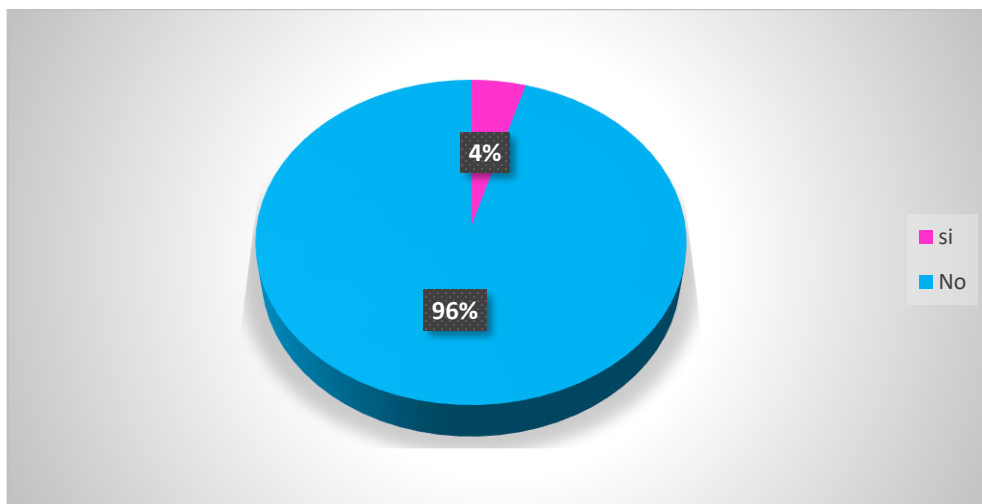
Tabla N°14. Antecedente de enfermedad mamaria en las mujeres de 12 a 69 años que consultan en la UCSF-B Veracruz, de San Juan Talpa, La Paz.

N.º	frecuencia	Porcentaje
Si	9	4%
No	191	96%

Fuente: Cuestionario de incidencia de cáncer de mama.

El 96% de la población femenina consultada refiere que no ha consultado por antecedente de enfermedad mamaria, mientras el 4% refiere si haber consultado evidenciando la existencia de patología mamaria en la población estudiada.

Gráfico N° 14. Mujeres de 12 a 69 años que consultan en la UCSF-B Veracruz con antecedente de enfermedad mamaria que han consultado algún médico.



Fuente: Cuestionario de incidencia de cáncer de mama.

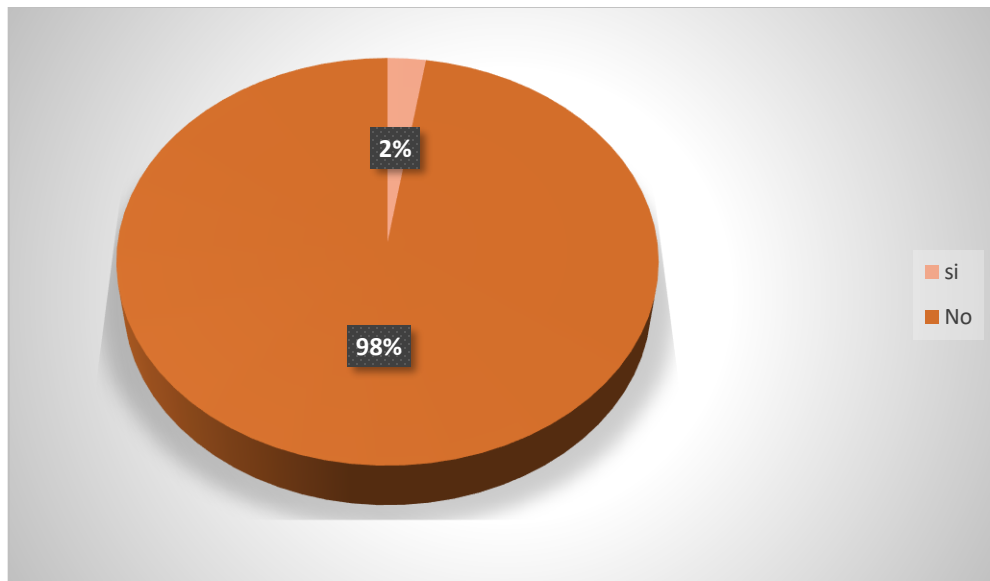
Tabla N°15. Porcentaje de mujeres que consultan en la UCSF-B Veracruz que se han realizado la mamografía.

N	frecuencia	Porcentaje
Si	5	3%
No	195	98%

Fuente: Cuestionario de incidencia de cáncer de mama.

La mamografía como estudio de cribado para patología mamaria, la población en estudio refiere con el 98% no haberse realizado este examen mientras que el 3% de las mujeres si se lo ha realizado evidenciando una cantidad baja de mujeres que han realizado este estudio.

Gráfico N° 15. Porcentaje de mujeres que se han realizado la mamografía de tamizaje entre las edades de 40 que consultan la UCSF.B Veracruz, San Juan Talpa, La Paz.



Fuente: Cuestionario de incidencia de cáncer de mama.

DISCUSION.

En la investigación realizada referente a ¿Cuáles son los Factores de riesgo con mayor prevalencia para el desarrollo de cáncer de mama en mujeres de las edades de 12 a 69 años que consultan en la UCSF-B Veracruz, ubicada en el municipio de San Juan Talpa departamento de la Paz en el periodo de febrero a junio en el año 2018?, y según los objetivos de esta es que la población femenina en estudio se muestra muy interesada en el conocimiento adecuado y correcto de los factores que poseen como sexo femenino para el desarrollo de una neoplasia mamaria, sin embargo cabe decir que la población a pesar de su interés tienen poca información acerca de las neoplasias mamarias, sin duda alguna el cáncer de mama se ha convertido a nivel mundial en un tema de importancia en salud pública por la mortalidad que ocasiona en su mayoría en la población femenina y los gastos en tratamientos que poco influyen en la sobrevivencia de estas mujeres, los factores no modificables y que son de riesgo en la población estudiada en este trabajo de investigación como los antecedentes familiares de cáncer de mama aparecen en un total de 30 mujeres que evidencia un porcentaje de 15% de las mujeres en estudio lo que conlleva una cifra

significativa de mujeres en riesgo de este factor no modificable y un total de 170 mujeres que evidencia un porcentaje de 85% refieren no tener con un mayor porcentaje con este antecedente, en cuanto a la evaluación de paridad de estas se evidencia una clara paridad que oscila entre uno y dos hijos con un total porcentual del 57% este factor se dice que es protector entre más paridad mayor protección para evitar el desarrollo de cáncer de mama. Por lo tanto, la población en estudio tiene una paridad baja ya que solo pocas mujeres tienen una paridad arriba de 3 hijos, aunque está claro que el número de hijos reduce grandemente el desarrollo de muchas mujeres en el ámbito laboral, pero sin duda que es un factor con el cual podría hacerse a futuro una reducción del apareamiento de cáncer de mama en las mujeres.

En la evaluación de conocimiento por parte de la población en estudio acerca de los factores modificables y no modificables para el desarrollo de cáncer de mama se evaluaron los factores con mayor incidencia y presentes en las mujeres con esta patología las mujeres el 70% respondió que el antecedente familiar de cáncer de mama es el que más influye para el desarrollo y aparición de esta neoplasia, seguido por 11% que considera que el uso de anticonceptivos orales e inyectables contribuyen a una mayor incidencia de cáncer de mama, mientras que el 6% respondió que el alcoholismo es un factor determinante para su aparición y solo un 2% respondió que la obesidad contribuye en riesgo al desarrollo de esta neoplasia, por lo tanto se evidencia que la población tiene conocimiento que un factor no modificable es el que causa mayor riesgo para el apareamiento del cáncer de mama en esta población delimitada en una zona geográfica en específico residente de San Juan Talpa en el departamento de La Paz, mientras un porcentaje reducido considera que es poca la contribución que realizan los factores modificables para el desarrollo de cáncer de mama.

Las señales o signos asociados al desarrollo y apareamiento de cáncer de mama y que pueden aparecer en etapas tempranas para que las mujeres que están siendo afectadas puedan consultar en una forma eficaz y rápida para aumentar el porcentaje de sobrevivencia y no reducir las posibilidades terapéuticas son una cantidad importante de los cuales podemos mencionar “masa palpable”, “secreción por el pezón”, “endurecimiento de la piel de la mama” así como también “dolor” son solo algunos de los más frecuentes en mujeres que padecen esta enfermedad evidenciando que la población que es parte de esta investigación considera que el signo que ellas consideran que esta asociado a cáncer de mama es “masa palpable” el cual obtuvo un porcentaje de 50% del total de mujeres encuestadas seguido con un 16% que considera que una señal de esta enfermedad es “secreción por el pezón” y con un porcentaje de 6% considera que una señal de esta mortal enfermedad es “endurecimiento de la piel de la mama” y una cantidad de mujeres mínima considera que síntomas como “cefalea y fiebre” pueden ser sugestivos de esta enfermedad.

El conocimiento sobre métodos de detección y diagnóstico de cáncer de mama se han incrementado en las últimas décadas teniendo la oportunidad de detectar dicha

enfermedad de forma precoz pero el conocimiento de cómo se realizan estos métodos del lugar de disponibilidad del examen para su realización es un problema para su implementación, el conocimiento por parte de estos métodos en la población en estudio resulto ser positivo con un porcentaje del 77% de la población encuestada que refirió conocer métodos mientras que un 23% respondió que no conocía métodos por lo que se evidencia que a pesar que la mayoría de mujeres de la población en estudio conocen los métodos para la detección de cáncer de mama hay una cantidad significativa que desconoce estos métodos las cuales sin duda se encuentran en más riesgo de que la enfermedad no sea detectada y así un tratamiento oportuno y eficaz no pueda llevarse a cabo.

La evaluación de factores de riesgo para el desarrollo y aparición de cáncer de mama han sido objeto de muchos estudios en las últimas décadas por lo que se hacen esfuerzos por parte de la Organización Mundial de la Salud OMS para el mejoramiento en la atención de las mujeres y hombres que padecen esta enfermedad, la menarquia temprana se asocia a riesgo de desarrollo de cáncer de mama la población estudiada evidencia con un 60% que su primera menstruación ocurrió a la edad de 13 años, un 31% refiere que a los 14 años y un 5% posterior a los 15 años sin duda la mayor cantidad de menarquias en estas paciente ocurrieron a temprana edad lo cual contribuye como factor de riesgo para la aparición de cáncer de mama. En cuanto a cuáles son los métodos que las mujeres utilizan evidencia que un 46% de las mujeres en estudio utiliza métodos inyectables, y con un 15% de las mujeres utilizan métodos orales y 37% no utiliza ningún método por lo que la población con riesgo por el uso de anticonceptivos es alto, hay que tener en cuenta que este factor pues no es puesto en discusión que es la forma fácil de evitar embarazos no deseados pero sin duda contribuye a aumento de riesgo de desarrollo de cáncer de mama a futuro en la población de mujeres investigadas en este estudio.

La obesidad como factor de riesgo para el desarrollo de cáncer de mama sin duda factor incrementado en los últimos años por el sedentarismo, falta de actividad física, consumo de drogas como el alcohol, así como alimentos transgénicos que contribuyen al aumento de peso desmesurado; en la población mundial en las mujeres en estudio se evidenció que el 54% no realiza ninguna actividad física durante el día y que solo un 30% realiza actividad de 1 hora al día por lo cual se deduce que estos estilos de vida de sedentarismo e inactividad llevan a obesidad y con ello aumenta el riesgo de desarrollo de cáncer mamario, así como el consumo de drogas como el alcohol las mujeres refieren con un 98% que no consumen alcohol y un 2% refiere que si se evidencia una reducción de este factor en la población en estudio por lo que se contribuye de forma positiva a la reducción de riesgo por el consumo de esta sustancia sumamente adictiva, sin duda estos factores inciden de forma directa al desarrollo de cáncer mamario los cuales en su mayoría se podría incidir para la reducción de riesgo para el apareamiento de cáncer de mama en el futuro en la población en estudio de esta investigación.

La determinación del conocimiento del autoexamen de mama y la forma adecuada de realización es de suma importancia para tener incidencia positiva para la detección precoz de cáncer de mama se evidenció que el 80% tiene conocimiento del autoexamen de mama y solo el 21% de esa población tiene un conocimiento adecuado y que de ese porcentaje solo el 11% se realiza el autoexamen de mamas cada mes, sin duda queda evidenciado que las mujeres conocen el método de fácil detección de ésta enfermedad pero que pocas tienen el conocimiento adecuado de este y la forma correcta de realización, en qué etapa del periodo menstrual realizarlo, así como de su importancia de realización de forma periódica de por lo menos una vez al mes, el autoexamen de mama es una forma barata y temprana de prevención de cáncer de mama la cual al tener un adecuado conocimiento podría incidir de forma positiva a la disminución de la mortalidad por esta enfermedad que si se detecta a tiempo y recibe tratamiento adecuado no se convertiría en altas tasas de mortalidad.

La mamografía en un método de cribado del cáncer de mama que ha resultado ser eficaz en los países desarrollados, la población de este estudio refirió lo siguiente que solo el 2% se ha realizado una mamografía de cribado para la detección de cáncer de mama mientras que el 98% no lo tiene lo cual contribuye de forma negativa a hacer un diagnóstico precoz y oportuno de esta enfermedad y la mayoría de la población nunca ha consultado por enfermedad mamaria o alguna inquietud o cambio en sus mamas, lo cual evidencia la mínima preocupación que hay en esta población en la prevención de cáncer de mama, lo cual suscita una importancia a nivel local para proporcionar la información necesaria y adecuada de incidencia en factores modificables y no modificables que inciden en el desarrollo de cáncer de mama.

CONCLUSIONES.

1. El cáncer de mama sigue siendo una patología con mucho impacto en la población femenina, tal es el caso que en nuestra investigación hemos identificado alta prevalencia de factores de riesgo principalmente modificables dentro de los cuales destacan la obesidad y el sedentarismo principalmente. además, hay un porcentaje considerable de baja paridad que aumenta el tiempo de exposición a estrógenos. Mientras que el alcoholismo, tabaquismo y planificación familiar con ACOS no es una práctica usual entre las pacientes investigadas.
2. Al evaluar el conocimiento sobre el autoexamen de mama el 80% aseguraba conocer sobre dicha técnica, pero al analizar su respuesta el conocimiento que se tiene es deficiente ya que el 75.5% no sabían adecuadamente la realización de la técnica ni el momento en que se recomienda realizarlo además la gran mayoría de las pacientes no sabían la periodicidad con que debe hacerse.
3. La mamografía de tamizaje a pesar de ser parte de la normativa del MINSAL sigue siendo poco realizable. Solo un 2% de nuestra población estudiada se ha realizado una mamografía de tamizaje, Por tanto, hay poco involucramiento del personal de salud en ofrecer esta prueba para aquellas pacientes arriba de los 40 años.
4. Finalmente hemos comprobado la prevalencia de los factores de riesgo para el desarrollo de cáncer de mama especialmente los factores modificables como la obesidad, el sedentarismo, la baja paridad, la menarquia temprana, el uso de ACOS que aunque no necesariamente deben estar presentes todos en una misma paciente cada uno suma el riesgo de poder desarrollar en el futuro esta patología, además incluimos que por sí sola la mala o poca información sobre el cáncer de mama representa un riesgo para la población pues limita la detección temprana de cualquier lesión mamaria.

RECOMENDACIONES.

A la población femenina del Cantón Veracruz:

- Involucrarse con los programas educativos que brinda El Ministerio de Salud a través del ECOSF- Veracruz y solicitar información sobre la detección temprana del cáncer de mama.
- Informarse en que consiste el autoexamen de mama y cuáles son las técnicas adecuadas, así como el momento y la periodicidad con que debe realizarse. Además de consultar oportunamente ante cualquier hallazgo sugestivo de patología mamaria.
- Adoptar estilos de vida saludable que incluya una dieta balanceada baja en grasas, la realización de actividad física, evitar el consumo de bebidas alcohólicas y tabaco. De tal manera que se aminoren los factores de riesgo para el desarrollo de cáncer de mama.
- Adoptar el hábito de realizar el autoexamen de mama cada mes posterior a los días de regla en busca de cualquier anomalía y consultar oportunamente.

Al personal de salud del ECOSF- Veracruz:

- Realizar campañas informativas sobre la detección temprana del cáncer de mama explicando cómo se realiza las técnicas de palpación y demás exploración de la mama.
- Promover estilos de vida saludables incentivando a realizar actividad física, dieta balanceada, evitar las grasas, no consumir bebidas alcohólicas ni tabaco.
- Promover la mamografía de tamizaje a todas las pacientes arriba de los 40 años de edad principalmente en aquellas con factores de riesgo.
- Involucrar al comité de salud de la comunidad en la difusión de información sobre las manifestaciones de cáncer mamario y concientizar sobre el hábito de la autoexploración de mamas.
- Que los médicos incluyan dentro del examen físico la exploración de mamas, guardando el debido respeto y el pudor de las pacientes.

Al Ministerio de Salud:

- Realizar campañas de difusión radial y televisiva que informen a la población sobre el cáncer de mama, cuáles son sus manifestaciones, la forma de detección temprana, la forma adecuada del autoexamen de mama, los factores de riesgo para el desarrollo de esta patología y cuando consultar oportunamente con el médico.
- Proporcionar a las unidades de salud materiales educativos tipo boletines o panfletos que contengan información sobre el cáncer mamario y esquematización de la técnica del autoexamen de mama.

BIBLIOGRAFIA.

- ✓ INSTITUTO NACIONAL DEL CÁNCER. Hoja Informativa. Cáncer de cuello del útero o uterino. <http://www.cancer.gov/espanol/tipos/cuello-uterino>.
- ✓ prevención: factores de riesgo y prevención del cáncer de mama.
 - resumen de conocimientos.
- ✓ Lineamientos técnicos para la prevención y control del cáncer cérvico uterino y de mama. Edición y distribución Primera edición, marzo 2015 Ministerio de Salud Viceministerio de Políticas de Salud.
- ✓ Patología estructural y funcional. Robbins y Cotran, 8ª Edición, Elseiver pág. 1200-1235.
- ✓ Tortora, Gerard J. y Grabowski Sandra Reynolds, "Principios de Anatomía y Fisiología", novena edición. Año abril 2006.
- ✓ Prevención: Factores de Riesgo y Prevención del Cáncer de Mama. Resumen de Conocimientos. [Internet] 2018. P. 1-18. Disponible en: <https://www.paho.org>
- ✓ Detección Temprana: Fisiología de la mama y exploración clínica de las mamas. Resumen de conocimientos. [Internet] 2018. P. 1-12. Disponible en: <https://www.paho.org>
- ✓ Kumar V. Abbas A, Asler J: Robbins y Cotran. La mama. En: Elsevier Saunders Patología Estructural y Funcional, Novena Edición, 2015. P.1123-1157.

ANEXOS

Anexo N°1.

Universidad De El Salvador

Facultad de Medicina

Doctorado en Medicina

Yo _____

De _____ años de edad, habitante del Departamento de La Paz, municipio de San Juan Talpa, que consulto en la Unidad de Salud Veracruz.

Acepto participar en el estudio e investigación sobre **Factores de riesgo con mayor prevalencia para el desarrollo de cáncer de mama en mujeres que consultan en la UCSF-B Veracruz de San Juan Talpa, La Paz, de las edades de 12 a 69 años en el periodo de febrero a junio en el año 2018.**

Se me ha explicado previamente en que consiste mi participacion en dicho estudio y la importancia de ello, por lo que acepto firmando el presente documento para los usos legales.

f. _____

Anexo N°2.

MINISTERIO DE SALUD

UCSF- B VERACRUZ.

Cuestionario sobre Incidencia de Cáncer de mama.

DATOS GENERALES	
Nombre completo:	
Sexo:	
Edad:	
Ocupación:	
Peso:	IMC:
Talla:	
OBERSERVACIONES	
Marque con una X la opción que usted considera correcta, se especificará cuando puede marcar más de una opción.	

Conocimiento del Tema	
1. ¿Conoce usted sobre el cáncer de mama?	
<input type="checkbox"/> 1. SI <input type="checkbox"/> 2. No	
3. ¿Cree usted que se puede detectar tempranamente el cáncer de mama?	
<input type="checkbox"/> 1. Si <input type="checkbox"/> 2. No	
4. ¿Padece usted o conoce a alguien con cáncer de mama?:	
<input type="checkbox"/> 1. Si <input type="checkbox"/> 2. No	
5. ¿Con cuáles de las siguientes medidas considera usted se puede prevenir el cáncer de mama? Puede marcar varias opciones:	
<input type="checkbox"/> 1. Mantener un peso adecuado.	<input type="checkbox"/> 5. Consultar al médico periódicamente.
<input type="checkbox"/> 2. Hacerse un autoexamen de mama.	<input type="checkbox"/> 6. Realizarse una Mamografía
<input type="checkbox"/> 3. No tener hijos.	
<input type="checkbox"/> 4. No dar de amamantar a los hijos.	

FACTORES DE RIESGO:

6. ¿Cuáles considera factores de riesgo para padecer dicha enfermedad? (Puede marcar varias opciones)

- 1. Obesidad.
- 2. Alcoholismo.
- 3. Tabaquismo.
- 4. Uso de Anticonceptivos Orales.
- 5. Otros: _____

7 ¿A qué edad considera usted que las mujeres son más vulnerables a padecer cáncer de mama?

- 1. De 10 a 20 años
- 2. De 20 a 30 años
- 3. De 30 a 40 años
- 4. De 40 a 50 años
- 5. De 50 años en adelante.

Autoexamen y Prueba de tamizaje

8 ¿Sabe usted que es el autoexamen de mama?

- 1. Si
- 2. No

9. ¿Hace cuándo se realizó el autoexamen de mama? (Seleccione una de las siguientes opciones)

- 1. En esta semana
- 2. En este mes
- 3. Hace 1 año
- 4. Hace dos años
- 5. Nunca me lo hago

10. ¿Se ha tomado usted alguna vez la mamografía?

- 1. Si
- 2. No

Anexo N°3.

Factores de riesgo del Cáncer de Mama		
Riesgo Bajo/ Moderado	Riesgo Moderado / Alto	Riesgo Alto / Muy Alto
<ul style="list-style-type: none"> -Menarquia temprana -Menopausia tardía -Nuliparidad -Primer embarazo >35 años -Terapia Hormonal Estrógenos + Progestágenos -Obesidad -Alcohol -Lesiones proliferativas benignas 	<ul style="list-style-type: none"> -Familiar de primer grado -Exposición a Radiación -Cáncer de mama previo -Mamas de alta densidad 	<ul style="list-style-type: none"> -Dos familiares de primer grado -Mutaciones genéticas -Cáncer lobular In Situ -Cáncer ductal in situ -Hiperplasia ductal in situ

Anexo N°4.



Anexo N°5.

Cuadro 3. Factores de riesgo del cáncer de mama y magnitud aproximada de la relación

Factores reproductivos	Factores hormonales	Factores nutricionales y de modo de vida	Otros factores
Primera menstruación a edad temprana +	Uso de AO (actual frente a ninguno)	Obesidad (>30 IMC frente a <25) Premenopáusica – Postmenopáusica +	Antecedentes familiares (madre o hermana) ^a +++
Edad al nacer el primer hijo (>35 años frente a <20) ++	Restitución de estrógenos (más de 10 años frente a ninguno)	Aumento de peso en la edad adulta (posmenopáusico) ++	Antecedentes familiares (familiar en primer grado) ^b ++
Número de nacimientos (0 frente a 1 hijo) +	Restitución de estrógenos y progesterona (más de 5 años frente a ninguno) ++	Consumo de alcohol (1 o más bebidas al día frente a ninguna) +	Ascendencia judía (sí frente a no) +
Edad de aparición de la menopausia (incremento de 5 años)	Concentración elevada de estrógenos o andrógenos en sangre (postmenopausia) +++	Estatura (>5 pies con 7 pulgadas) +	Radiación ionizante (sí frente a no) +
Lactancia materna (>1 año frente a ninguno) –	Concentración elevada de prolactina en sangre ++	Actividad física (>3 horas por semana) – Grasas monosaturadas ^c – (frente a grasas saturadas) Bajo consumo de frutas y verduras ^c – (especialmente en el cáncer de mama positivo para receptores de estrógenos) +	Enfermedad mamaria benigna (diagnosticada por un médico) ^d ++ Densidad mamaria (categoría superior frente a la inferior) +++

Nota: IMC, índice de masa corporal; AO, anticonceptivos orales; +, riesgo relativo (RR) = 1,1 a 1,4; ++, RR = 1,5 a 2,9; +++, RR = 3,0 a 6,9; –, RR = 0,7 a 0,8.

^a Dos familiares en primer grado con antecedentes de cáncer de mama antes de los 65 años por comparación con ningún familiar.

^b Familiar en primer grado con antecedentes de cáncer de mama antes de los 65 años por comparación con ningún familiar.

^c Cuartil superior (primer 25%) frente al cuartil inferior (el 25% más bajo).

^d Enfermedad quística o fibroquística crónica reconocida clínicamente u otra enfermedad mamaria benigna frente a ninguna.

Anexo N°5.

Cuadro I
TENDENCIAS DE MORTALIDAD POR CÁNCER
DE MAMA* EN MUJERES DE 25 AÑOS Y MAYORES.
PAISES SELECCIONADOS, 1980-2005

País	<i>N (años en la serie)</i>	<i>R²</i>	<i>Beta</i>	<i>P</i>
Argentina	26	0.001	-0.00036	0.91
Bahamas	15	0.000	-0.00142	0.96
Barbados	20	0.09	0.276	0.19
Belice	21	0.14	0.397	0.09
Brasil	25	0.96	0.197	< 0.000
Chile	25	0.02	-0.0015	0.50
Colombia	21	0.93	0.217	< 0.000
Costa Rica	25	0.31	0.167	0.003
Cuba	26	0.01	-0.0154	0.62
Ecuador	26	0.72	0.134	< 0.000
El Salvador	19	0.82	0.276	< 0.000
Guatemala	24	0.64	0.15	< 0.000
Guyana	18	0.30	0.386	0.02
México	26	0.87	0.275	< 0.000
Nicaragua	17	0.81	0.376	<0.000
Panamá	19	0.82	0.276	<0.000
Paraguay	24	0.64	0.150	0.000
Perú	18	0.30	0.386	0.02
Puerto Rico	26	0.87	0.275	0.000
R. Dominicana	23	0.28	0.0933	0.008
Trinidad y Tobago	25	0.12	0.264	0.09
Uruguay	20	0.31	-0.242	0.009
Venezuela	26	0.89	0.335	< 0.000

*Tasas ajustadas por edad