

**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
JEFATURA DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN MÉDICA
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR N° 27
TIJUANA, BAJA CALIFORNIA**



**UNIVERSIDAD AUTONOMA DE BAJA CALIFORNIA
FACULTAD DE MEDICINA Y PSICOLOGIA
ESTUDIOS DE POSTGRADO**

**DIFERENCIAS SOCIODEMOGRAFICAS Y CLINICAS ENTRE
MUJERES JOVENES Y ADULTAS CON CANCER DE MAMA.**

**TESIS PARA OBTENER TITULO EN LA ESPECIALIDAD DE MEDICINA
FAMILIAR**

PRESENTA:

CONTRERAS GARCIA LAURA ISABEL

ASESOR:

DRA. MARIA CECILIA ANZALDO CAMPOS

NOVIEMBRE 2015


Tijuana, Baja California, a 20 de Noviembre del 2015.

COMITÉ DE ESTUDIOS DE POSGRADO
ESPECIALIDAD EN MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA Y PSICOLOGÍA

ASUNTO: Voto Aprobatorio

Habiendo fungido como Director de la tesis titulada "DIFERENCIAS SOCIODEMOGRAFICAS Y CLINICAS ENTRE MUJERES JOVENES Y ADULTAS CON CANCER DE MAMA", manifiesto a ustedes que reúne los requisitos académicos establecidos para ser considerada por el jurado de examen.

ATENTAMENTE


DRA. CECILIA ANZALDO
JEFE DE EDUCACION E INVESTIGACION MÉDICA
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No 27 IMSS TIJUANA, B.C.
Director de Tesis

C.c.p. Archivo

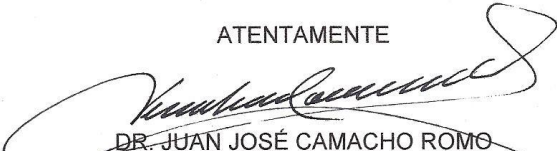
Tijuana, Baja California, a 20 de Noviembre del 2015.

COMITÉ DE ESTUDIOS DE POSGRADO
ESPECIALIDAD EN MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA Y PSICOLOGÍA

ASUNTO: Voto Aprobatorio

Habiendo fungido como sinodal de la tesis titulada "DIFERENCIAS SOCIODEMOGRAFICAS Y CLINICAS ENTRE MUJERES JOVENES Y ADULTAS CON CANCER DE MAMA" elaborada por DRA. LAURA ISABEL CONTRERAS GARCIA, manifiesto a ustedes que reúne los requisitos académicos establecidos para ser considerada por el jurado de examen.

ATENTAMENTE



DR. JUAN JOSÉ CAMACHO ROMO
COORDINADOR DE LA ESPECIALIDAD DE MEDICINA FAMILIAR
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR № 27 IMSS TIJUANA, B.C.
Sinodal

C.c.p. Archiv

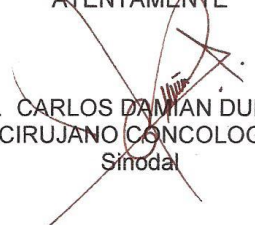
Tijuana, Baja California, a 20 de Noviembre del 2015.

COMITÉ DE ESTUDIOS DE POSGRADO
ESPECIALIDAD EN MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA Y PSICOLOGÍA

ASUNTO: Voto Aprobatorio

Habiendo fungido como sinodal de la tesis titulada "DIFERENCIAS SOCIODEMOGRAFICAS Y CLINICAS ENTRE MUJERES JOVENES Y ADULTAS CON CANCER DE MAMA" elaborada por DRA. CONTRERAS GARCIA LAURA ISABEL, manifiesto a ustedes que reúne los requisitos académicos establecidos para ser considerada por el jurado de examen.

ATENTAMENTE


DR. CARLOS DAMIAN DUEÑAS
CIRUJANO ONCOLOGO
Sinodal

C.c.p. Archivo

Resumen

DIFERENCIAS SOCIODEMOGRAFICAS Y CLINICAS ENTRE MUJERES CON CANCER DE MAMA JOVENES Y ADULTAS HGR No. TIJUANA B.C.

Laura Contreras, Dra. Anzaldo Cecilia, Dr. Zonana Nacach, Dr. Dueñas Carlos.,
Residente Medicina Familiar, Investigación UMF No. 27, Investigación HGR N0. 20,
Clínica mama HGR No. 1,

Resumen

OBJETIVOS: Conocer las diferencias sociodemográficas y clínicas en mujeres jóvenes y adultas con diagnóstico de cáncer de mama (CA mama) en HGR No. 1 Tijuana B.C.

METODOS: Durante 2007 a 2008 se incluyeron 73 pacientes de la consulta externa de clínica de mama y radioterapia con diagnóstico histopatológico de Ca mama. Se clasificaron en 2 grupos según la edad al momento del diagnóstico, pacientes menores de 40 años (22 pacientes) y mayores de 40 años de edad (51 pacientes).

RESULTADOS: La edad promedio (\pm DE) al momento del diagnóstico fue de 47 (\pm 10) años. Las mujeres jóvenes con Ca de mama tuvieron significativamente mayor años de escolaridad (10 vs 7.6, $p= 0.009$), se dedicaban más al hogar (23% vs 18%, $p= 0.007$), más frecuencia de ser núbil (18% vs 4 %, $p =0.04$), mayor frecuencia de anovulatorios (82% vs 57%, $p= 0.04$), mayor frecuencia de familiares Con Ca de mama (60% vs 25%, $p =0.01$) y una menor frecuencia en el diagnóstico de estadios clínicos tardíos del ca de Mama (32%, Vs 57%, $p= 0.05$).

CONCLUSIONES: Hubo una frecuencia mayor de Ca de mama en jóvenes (30%) en comparación con lo reportado en la literatura (12%). Se observaron diferencias sociodemográficas y clínicas entre las pacientes con Ca de mama Jóvenes y adultas.

ANTECEDENTES.

El cáncer de mama (Ca. mama) es un importante problema de salud pública, ocupa el segundo lugar en frecuencia en la población femenina mexicana con una tasa de 16.4%, siendo una de las principales causas de muerte en mujeres. En años recientes se ha registrado un incremento en la mortalidad de 3.6 por 100000 habitantes en 1985, a 6 por 100000 en 1994.¹

En 1999, aproximadamente 190,000 mujeres de USA fueron diagnosticadas con ésta enfermedad.²

Los genes en las células poseen la información hereditaria recibida de los padres de una persona. Según la literatura, alrededor del 5% al 10% de todos los cánceres de mama son hereditarios.³⁻⁴

Algunos genes alterados relacionados con el cáncer de mama son más comunes en determinados grupos étnicos, de estos al menos dos están asociados al Cáncer de mama, son los genes supresores tumorales BRCA1 en el síndrome de cáncer de mama-ovario, y el BRCA2 en el síndrome de cáncer de mama sitio-específico. Las mutaciones germinales de estos dos genes cuentan para aproximadamente el 85% de todos los Cáncer de mama. Actualmente estos genes BRCA1 y BRCA2 son los más estudiados.⁵⁻⁶

A pesar de que del 65% al 70% de los cánceres de mama ocurren en mujeres de 50 años o mas, miles de mujeres jóvenes son diagnosticadas cada año con patología mamaria maligna. Menos aún, el riesgo de que cualquier mujer en forma individual desarrolle un cáncer de mama antes de los 50 años es pequeña: sólo 1 en 2525 mujeres desarrollará cáncer de mama a los 30 años y sólo 1 en 217 a la edad de 40.⁷

La incidencia de cáncer de mama aumenta bruscamente a los largo de los años de la premenopausia. Después de la menopausia, la tasa de aumento declina, pero persiste en

algún grado a todo lo largo de la expectativa de la vida.⁸ De algún modo, entonces el cáncer de mama puede ser visto como dos enfermedades separadas, una afectando a las mujeres jóvenes premenopáusicas y otra afectando a las mujeres mayores.

La edad al momento del diagnóstico es considerado como un factor pronóstico importante y sin embargo, la relación de la edad con la supervivencia de las mujeres con cáncer de mama aun no esta bien definida. Se ha observado que las mujeres jóvenes con esta neoplasia presentan tumores más agresivos, lo que se asocia en tiempo libre de recurrencia mas corto y menor supervivencia. Se considera que las mujeres de edad avanzada cursan mas frecuente con enfermedad localmente diseminada al momento del diagnóstico, no toleran los tratamiento estándar y suelen tener menores expectativas de supervivencia por la posible presencia de complicaciones y de enfermedades concomitantes distintas e independientes a la neoplasia.⁹⁻¹⁰.

La edad media de presentación de cáncer de mama en la mujer mexicana es de 51 años, y un 45.5% de los casos se desarrollan antes de que la paciente alcance los 50 años de edad. El grupo de edad más afectado es el de 40 – 49 años, con un porcentaje de 29.5%, mientras que los grupos de 30-39 y de 60-69 años tienen un porcentaje de frecuencia similar de 14 %. Esto contrasta con mujeres de los Estados Unidos y países europeos, en donde la edad media de presentación de cáncer es de 63 años, con un 25% de pacientes menores de 50 años de edad, y un 75% de mujeres posmenopáusicas. Semejantes a México, en Venezuela y Japón cerca de la mitad de las mujeres con cáncer de mama son menores de 50 años, con tasas similares en muchos países latinoamericanos.²

De entre los factores de riesgo para cáncer de mama descritos en la literatura internacional, se han descrito en México: nivel socioeconómico alto, menarca temprana, edad avanzada al primer embarazo (mayor de 31 años) e historia familiar de cáncer de

mama. De entre ellos los más importantes son antecedente familiar de cáncer mamario, cáncer mamario previo y edad avanzada.¹¹ La enfermedad se encuentra con mayor frecuencia en clases sociales altas y las mujeres de raza blanca son afectadas a mayor edad que las de raza negra.¹²

Las mujeres que tienen un gen alterado en relación con el cáncer de mama y que han padecido cáncer en una mama tienen un riesgo más alto de presentar cáncer de mama en la otra mama. Estas mujeres también tienen un riesgo incrementado de padecer cáncer ovárico, y pueden tener un riesgo mayor de padecer otros tipos de cánceres.

Por otro lado, se ha descrito un periodo de lactancia mayor a 25 meses como factor protector. Debido al cambio de estilo de vida de la mujer mexicana, la lactancia está disminuyendo; las mujeres jóvenes tienden a evitar o disminuir el periodo de lactancia.¹³

Hay estudios que demuestran la relación del aborto y el desarrollo de cáncer de mama, en su carta, Malec informa que hay dos formas en que el aborto puede causar el cáncer de mama. La primera de ellas, según los expertos, es que el aborto, al interrumpir el embarazo, destruye la protección natural que éste le proporciona a la mujer ante el cáncer de mama. De hecho, los expertos también dicen que es más saludable para una mujer no posponer el llevar a término su primer embarazo, es decir, es más saludable, sobre todo para la mujer primeriza, el que su embarazo culmine en el nacimiento de su bebé. Un estudio de la Universidad de Harvard asegura que cada año que una mujer pospone el llevar a término su primer embarazo su riesgo de contraer cáncer de mama aumenta en un 3,5%¹⁴. Por otro lado se ha demostrado que la mujer que toma la píldora anticonceptiva antes de tener su primer hijo aumenta en un 40% su riesgo de desarrollar cáncer de mama, y que una mujer que haya tomado esta píldora durante

cuatro años o más antes de tener su primer hijo, tiene un factor de riesgo de este tipo de cáncer del 72%.¹⁵

En los Estados Unidos, a pesar de que ha habido un aumento en los cánceres en etapas tempranas (in Situ y tumores T1), la disminución necesaria de cánceres en etapas avanzadas aún no ha ocurrido (patrón que ha sido observado en estudios europeos). Explicaciones posibles incluyen la carencia del uso extenso de mamografía durante los 80s y, por ende, un tiempo previo insuficiente al uso común de mamografía.¹⁶

La mortalidad por cáncer de mama se ha reducido en Países Europeos y los Estados Unidos desde inicios de los 90s.²⁻¹⁶ En base a los programas de monitoreo de cáncer de mama en países de la Europa oriental, la reducción en mortalidad deriva de un patrón predecible de incremento de cáncer en fases tempranas con un consecuente decremento en la incidencia de fases avanzadas, de hay la importancia del estrecho control y vigilancia de los miembros en riesgo y el brindar asesoramiento genético y charlas educativas, para lograr diagnósticos tempranos, con las consecuencias favorables que de ello se derivan.

La tendencia al alza de la mortalidad por cáncer de mama en México seguirá persistiendo, a menos que sea detectada una mayor proporción de tumores in situ. Esto requerirá una mejora en los programas de monitoreo de cáncer de mama y una intervención educacional intensa entre mujeres en riesgo.¹⁷

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

¿Cuáles son las diferencias sociodemográficas y clínicas entre mujeres jóvenes y adultas con diagnóstico de cáncer de mama en HGR No. 1 Tijuana B.C.?

JUSTIFICACION

El cáncer de mama es mas frecuente, presentándose en estadios menos avanzados, en mujeres adultas, sin embargo es en mujeres jóvenes donde la respuesta al tratamiento es mas favorable, en ellas la limitación es el retardo en el tiempo de diagnostico y tratamiento, es por ello que la importancia de identificar los factores que en ellas aumente el riesgo, para así mantener un estricto control y vigilancia mediante el otorgamiento de programas de apoyo que incluyan charlas educativas, auto exámenes mamario y la realización de mamografías; así mismo aumentar la proporción de mujeres detectadas en los primeros estadios logrando así diagnósticos más tempranos con las consecuencias favorables que de ello se derivan.

Objetivos

OBJETIVO GENERAL

Identificar las diferencias sociodemográficas y clínicas asociadas a cáncer de mama entre mujeres jóvenes menores de 40 años y adultas mayores de 40 años.

OBJETIVOS ESPECIFICOS.

- ❖ Conocer los factores sociodemográficos asociados a cáncer de mama en mujeres jóvenes menores de 40 años.
- ❖ Conocer los factores sociodemográficos asociados a cáncer de mama en mujeres adultas mayores de 40 años.
- ❖ Conocer los antecedentes clínicos asociados a cáncer de mama en mujeres jóvenes menores de 40 años.
- ❖ Conocer los antecedentes clínicos asociados a cáncer de mama en mujeres adultas mayores de 40 años.

MATERIAL Y METODOS

Para iniciar el estudio, se contó con el consentimiento y aprobación del director de I HGR No. 1, para realizar las encuestas a pacientes diagnosticadas con cáncer de mama en consulta externa y radioterapia.

Es un estudio transversal y descriptivo en el cual se analizaron y evaluaron los expedientes de mujeres tratadas entre 01 Enero 2007 al 31 de noviembre 2008 de HGR No. 1. Posteriormente se les aplicó cuestionario a 73 mujeres con diagnóstico histopatológico de Cáncer de mama tanto en consulta externa de la clínica de mama; donde se lleva una relación de paciente, obteniendo así los nombres y número de afiliación del total de las paciente con diagnóstico de cáncer de mama, posteriormente también radioterapia se logró encuestar al resto de paciente que no se encontraron en consulta externa.

Del banco de datos de estas pacientes se conformaron dos grupos: El grupo A fue constituido con pacientes menores de 40 años de edad y el grupo B con mayores de 40 años de edad. Los criterios de inclusión independientes de la edad para ambos grupos, fueron el diagnóstico histopatológico confirmatorio de cáncer mamario. Se excluyeron los casos con patología mamaria benigna y las neoplasias mamarias de producto de metástasis con origen en otros tumores primarios.

Para ambos grupos, se determinaron las siguientes variables sociodemográficas (edad, peso, talla, índice de masa corporal, escolaridad, ocupación, estado civil, religión, ingreso mensual familiar, número de hijos que trabajan, originaria y tiempo de residencia en Tijuana), heredo familiares (padre, madre, hijos, número de hijos, familiares con cáncer de mama), personales patológicos (alcoholismo, tabaquismo, patológicos), ginecologías (edad al momento del diagnóstico, menarca, regularidad del ciclo menstrual, ritmo, edad del primer embarazo, lactancia y tiempo de lactancia, uso, tiempo de terapia hormonal,

lesiones mamarias previas ya sean malignas o benignas y tratamiento recibido, gesta, para, abortos, cesárea, legrados) confirmación diagnóstica (imagen, tipo histológico, biopsia, estadificación) método diagnóstico (autoexploración, detección por médico, otros), tipo histopatológico, conducta a seguir posterior a inicio de síntomas, tiempo en acudir a primera consulta con cualquier médico, tiempo entre valoración por médico familiar y valoración por oncología, tiempo entre inicio de síntomas y acudir a oncológica, Estadio clínico (tamaño tumoral y participación de ganglios axilares), lado afectado, tratamiento recibido, tiempo entre inicio de síntomas e inicio de tratamiento y respuesta al tratamiento.

Se realizó análisis descriptivo, utilizando medidas de tendencia central para evaluar las diferencias sociodemográficas y clínicas en mujeres con cáncer de mama jóvenes y adultas.

Posteriormente se realizó un análisis bivariado para determinar las variables asociadas a cáncer de mama entre las mujeres jóvenes y adultas, las variables asociadas significativamente en relación a la edad del diagnóstico de cáncer y el tener mamografía previa al diagnóstico en el análisis bivariado fueron analizadas posteriormente a través de un análisis de regresión logística. La captura y el análisis de datos se llevó a cabo en el programa en el programa SPSS versión 12.

Se utilizaron recursos propios del investigador y del Hospital General Regional No. 1 de Tijuana BC.

El estudio de investigación es de tipo descriptivo, sin manipulación de variables, la información que se recabó no dañó la integridad de la paciente y sus respuestas se mantuvieron en completa discreción.

RESULTADOS.

Se estudiaron 73 mujeres con diagnóstico histopatológico de cáncer de mama (Cáncer de mama) atendidas en HGR No. 1 Tijuana BC. En la tabla 1, se muestran las características sociodemográficas; la edad promedio (\pm DE) fue de 48.9 (\pm 10), de las cuales el 18% con peso normal, 38% sobrepeso y 43.8% obesidad. El 82.2 % son inmigrantes, con tiempo promedio (\pm DE) de radicar en Tijuana de 30.3 (\pm 14.5) años y una escolaridad promedio (\pm DE) de 8.4 (\pm 4.3) años. Cuarenta y siete por ciento de las mujeres se dedican al hogar, 62% son casadas, 18 % solteras, 3% % divorciadas, 10% viudas y 8% viven en unión libre. El ingreso mensual familiar promedio (\pm DE) fue de 9,600 (\pm 8,196).

La tabla 2 muestra los antecedentes personales no patológicos de las mujeres en estudio correspondiendo que el 36 % tiene madre viva, un 92 % tuvo hijos con un promedio (\pm DE) de 3.2 (\pm 2.6) hijos. El 37% tiene familiares directos con cáncer de mama. Un 45% tiene otras enfermedades asociadas de las cuales 28% don padecimientos metabólicos, 4!% infecciosos, 2% cáncer, 8% inflamatorios.

La tabla 3 muestra los antecedentes obstétricos relacionados con cáncer de mama de las 71 mujeres en estudio; donde tenemos que la edad promedio (\pm DE) de la menarca es de 12.6 (\pm 1.3) años, con 82% ciclo menstrual regular, con ritmo promedio (\pm DE) de 29 (\pm 2.8) días, la edad de primer embarazo fue en promedio (\pm DE) de 21.5 (\pm 5.9) años, el 64.4 % lacto en promedio (\pm DE) de 8.3 (\pm 7.4) meses. El 49.3% tiene menopausia a una edad (\pm DE) de 47 (\pm 5.2) años, el 31.5% fue menopausia natural.

La tabla 4 muestra el método diagnóstico utilizado de las 73 mujeres en estudio de donde tenemos que el 23% tiene antecedentes de lesiones benignas previas, 4% de procesos infecciosos, 8% de fibroadenomas, 11% Mastopatía Fibroquistica. El 27% tubo mamografía previa con un tiempo previo promedio (\pm DE) de 30 (\pm 24) meses. En

el 6.8% de las pacientes el diagnóstico de imagenología se realizó por ultrasonido y en el 88% por mamografía de las cuales el 7% resultó con birads I, el 32% con birads II, el 39% con birads III y el 6% con birads IV o más.

La tabla 5 muestra los datos respecto a histología, estadio clínico e inmunohistoquímica de las 73 pacientes con cáncer de mama, tenemos la edad promedio (\pm DE) al momento del diagnóstico fue de 47 (\pm 10) años, 62% con tipo histológico ductal y lobulillar en un 39%. Respecto al estadio clínico, un 4% en I, 47% en II, 47 en III y 3 en IV. Un 89% tenían inmunohistoquímica con positividad para receptores de estrógenos en 58%, progestágenos 51% y p-p53 68.5%. La mama más frecuentemente afectada fue la derecha con 55%, izquierda con 40% y un 3% ambas. El método diagnóstico inicial fue por autoexploración en 73%, detección por médico en 16%, mamografía con 4% y ultrasonido con 3%, otros con 1%.

La tabla 6 muestra los aspectos relacionados con el síntoma inicial sospechoso, tiempos de atención, tratamiento y evolución del cáncer de mama de donde tenemos que el síntoma inicial más frecuente fue tumor palpable en un 69%, cambios en la piel 3%, dolor 19%, adenopatía con 1% y ninguno en 4%. El tiempo promedio entre el inicio de síntomas y que acudió a cualquier médico fue de (\pm DE) 3.7 (\pm 3) meses. El tiempo promedio entre que acudió al médico familiar y acude a primera consulta al oncólogo fue de (\pm DE) 4 (\pm 6) meses. El tiempo promedio entre que presentó el primer síntoma y acudió a oncología fue de (\pm DE) 7 (\pm 7.9) meses. El tiempo promedio entre que presentó el primer síntoma y recibió el primer tratamiento fue de (\pm DE) 8.4 (\pm 7.3) meses. La respuesta al tratamiento fue bien tolerada en un 68.5%, regularmente tolerada en un 28.8% y mal tolerada 2.7%. El estado actual es bueno en un 86.6% y malo en 13.7%.

La tabla 7 muestra que una de las variables más importantes asociadas entre el inicio de síntomas y que acudió a primer consulta de oncología fue la ocupación con un 35% dedicadas al hogar v/s trabajadoras 64.1%; P (0.05), así mismo las pacientes que tienen escolaridad mayor de 7 años, el 66% acude los primeros 4 meses v/s el 33% en escolaridad menor de 7 años (P.0.14).

La tabla 8 muestra que las variables más importantes asociadas en la realización de mamografía previa de las 73 mujeres con diagnóstico de cáncer de mama son la edad promedio (\pm DE) 53 años (P 0.06), el tiempo de radicar en Tijuana promedio de (\pm DE) 35 años (P 0.07), un ingreso mensual familiar promedio (\pm DE) 11,900 pesos (P 0.14), familiares de primer grado con cáncer de mama en 42.9% (P0.05), menarca a (\pm DE) 13 años (P 0.03), y el antecedente de lesiones benignas previas 50% (P 0.001).

La tabla 9 muestra que las variables más importantes relacionadas con paciente con antecedente de mamografía previa fue el tiempo de radicar en Tijuana con (\pm DE) 35 (\pm 14.3) años VS ingreso mensual familiar promedio (\pm DE) de 11,900 (+/- 9,200) con una P (0.07).

La tabla 10 representa las diferencias de las variables asociadas en el inicio temprano de cáncer de mama en relación a las jóvenes y las adultas; las mujeres menores de 40 años tienen más escolaridad en años (10.4) que las mujeres mayores de 40 (7.6) con una P (0.009).

DISCUSION

La edad estimada de las mujeres en estudio (n=73) es de 31 – 75 años con promedio de 48.9 ± 10 . las mujeres mayores de 40 años fueron la mayormente afectadas, semejante a otros estudios, un estudio realizado por Rodríguez y Co. en México revelan que la edad media de las pacientes fue 51 años, una década más joven que la de las mujeres americanas europeas o blancas (60-64 años), y 45.5% de mujeres mexicanas son menos de 50 años al parecer este es el comportamiento mundial de registro del cáncer mamario.¹ 32 pacientes que corresponde al 44% la encontramos en obesidad, lo que concuerda con estudios anteriores en los que concluyen que la obesidad aumenta en un 1.2% el riesgo de cáncer de mama¹⁸, una consideración importante dado el aumento de índice de obesidad en México.

El 37% tuvieron familiares directos con cáncer de mama, el promedio a nivel mundial, un estudio realizado en España por Tovar Guzmán y Co revela que en promedio el 30% de los pacientes con cáncer de mama tienen antecedentes familiares directos con esta patología, cifra que no concuerda con un estudio realizado en México donde revela que solo 11.4% poseen antecedentes heredo familiares de cáncer de mama, y sólo el 2.85% de los 11.42% corresponden a familiares de primer grado (madre y/o hermana) y como se puede apreciar el antecedente familiar de cáncer mamario fue escaso. Un estudio realizado por Craigh HL (1996)²⁰, expreso en posibilidades acumulativas, la posibilidad de que una mujer de 30 años llegue a desarrollar cáncer de mama antes de los 70 años, es 8% mas probable si su madre o hermana lo han padecido, 18% si dos familiares de primer lo han padecido y 28% si dos familiares de primer grado han desarrollado cáncer de mama bilateral.

Por otra parte, se sabe que el embarazo ejerce un efecto protector sobre el epitelio mamario, el cual influye en la diferenciación de las células y en la reducción de algunas

hormonas como los estrógenos, y como se sabe, los anovulatorios pueden promover la aparición de cáncer mamario, tal y como se observó en nuestros pacientes aunque no de manera significativa.²⁰ En nuestro estudio 8.2% de las pacientes eran núbiles al momento del estudio. Sin embargo un 64.4% uso anovulatorios en algún momento. Un 91.8 % de nuestras pacientes tuvieron hijos; de estas la edad promedio del primer embarazo fue de 21.5 (\pm 5.9) y un 64.4 % dio lactancia como estrategia alimentaria postparto, sin precisarse la duración de la misma. Cifras que concuerdan con un estudio realizado en Madrid por Guerra y Co. (1998)²² donde concluyen que 68.5% habían tenido hijo antes de haber sido diagnosticadas de carcinoma mamario donde la edad promedio del primer embarazo fue de 20 años, no existiendo diferencias pronosticas entre las mujeres que dieron lactancia a sus hijos y las que no.

La frecuencia de aparición de lesiones benignas y malignas fueron las esperadas, pues predominan las benignas. De esta última, la más frecuente fue la mastopatía fibroquistica, hecho que corresponde con lo planeado por Prendes Labrada M. (1998)²¹ y Mant (1982), donde además señala que la incidencia del cáncer mamario declina bruscamente en el momento de la menopausia, en este estudio aproximadamente la mitad de las pacientes fueron postmenopáusicas, acorde con estudios realizados a su vez por Tovar-Guzman (2000)², explica que existe una disminución de la secreción ovárica de estrógenos y progesterona, produciendo un proceso de involución de los elementos parenquimatosos de la mama, observándose una disminución del número de acinos, atrofia y atenuación de las células epiteliales, engrosamiento de la membrana basal y transformación del estroma periductal en un tejido denso. En nuestro estudio sin embargo hubo poca diferencia ya que un 49.3 % fueron postmenopáusicas; por lo tanto 50.7% fueron perimenopausicas.

El 27% de las paciente tubo mamografía previa al diagnostico en un tiempo previo promedio de 3 a 96 meses, los factores que influyeron para que estas pacientes se realizaran mamografía antes fueron la edad, el tener familiares con cáncer de mama, menarca temprana el mas importante el tener lesiones benignas previas.

El motivo de mayor consulta fue la presencia de tumor palpable, en un 68.5%, lo cual coincide con el reporte de Haangesen C. y Rosenberg L (1993)²³ confirmando que las mujeres no acuden en etapas tempranas de la enfermedad y tomando en cuenta que el metodo diagnostico de mayor frecuencia es por autoexploración en un 72.6%, sin embargo que lo realmente preocupa es que un 28.8 % de las paciente no hace caso a la autodetección.

Es realmente notable y una cifran muy alentadora para este estudio que el 50.7% de las paciente se encontraban en etapas tempranas (Estadio Clínico I y II) y un 49.3% acudieron en una etapa avanzada (Estadio Clínico III y IV), sin embargo nuestra mayor incidencia en un 93.2% se encontró en Estadios Clínicos II y III. no acorde con estudios realizados anteriormente como el de Hernandez-Diaz, realizado en la Ciudad de Culiacán en México (2007) ¹⁹ donde el 17.3% se encontró en estadios tempranos, predominando con un 71.6% en estadios avanzados, donde sabemos que las tasas de curación son bajas y el tratamiento es mas caro. Sin embargo nuestras cifras son acorde por lo encontrado por Ries (1999)⁷.

No se observo diferencia importante entre el tipo histológico más frecuente, en comparación con los reportes de Berg y Hutter (1995), sin embargo en nuestro estudio el carcinoma dúctual infiltrante registro un 61.1%, cifra mayor reportada por Fisher (1995) del 50 respectivamente.^{24,25}.

CONCLUSIONES

Confirmamos que la edad avanzada, Obesidad grado II en adelante, el antecedente familiar de cáncer de mama y el uso de anovulatorios son factores que se asocian a esta patología.

El síntoma inicial fue la presencia de tumor palpable sin embargo el tiempo que acudieron a valoración medica fue mayor de 3 meses; así mismo, cabe mencionar el hecho de que 3 paciente (75%) al tener un reporte de Birads entre 4 y 5 que son hallazgos altamente sospechosos de cáncer de mama tardaron hasta 3 meses en acudir a su primera consulta con el medico posterior a iniciar con su primer síntoma y una de ellas (25%) tardo mas de 4 meses, hecho que retrasa el diagnostico y por lo tanto el tratamiento; es por ello que tendríamos que implementar estrategias para la disminución en los tiempos en la atención en pacientes con alta sospecha de cáncer de mama ya sea por autoexploración o por reporte de mamografía.

Referencias Bibliográficas:

1. Rodríguez-Cuevas S, Macías Martínez CG, Labastida Almendaro S. Breast Cancer in México. Is it a young women disease? *Ginecol Obstet Mex* 2000; 68:185-90
2. Tovar-Guzman V, Hernandez-Giron C, Lazcano-Ponce E, Romieu I, Hernandez Avila M. Breast cancer in Mexican women: an epidemiological study with cervical cancer control. *Rev Saude Publica*. 2000;34:113-9.
3. Habibovic S, Bulbic Y, Hrgovic Z. The role of BRCA1 and BRCA2 genes in hereditary breast cancer. *Med Arch* 1999;53:7-12.
4. Yang X, Lippman ME. BRCA1 and BRCA2 in breast cancer. *Breast Cancer Res Treat* 1999; 54(1): 1-10.
5. Crosbie A, Brewer C, Campbell K, MacKay J. BRCA1 gene testing for breast and ovarian cancer in one family. *Br J Nurs* 1998; 7(22): 1386-92.
6. Serova OM, Mazoyer S, Puget N, V Dubois, P Tonin, YY Shugart, D Goldgar, SA Narod, H T Lynch and G M Lenoir. Mutation in BRCA1 and BRCA2 in breast cancer families: are there more breast cancer susceptibility gene? *Am J Hum Genet* 1997: 486-495.
7. Ries LAG, Kosary CL, Hankey BF, Miller BA, Clegg LX, Edward BK. SEER Cancer Statistics Review. 1973-1996. Bethesda, MD: National Cancer Institute; 1999:99:2789.
8. Brian MM, Dimitrios T, Chung-Cheng H, Tong-Ming L, C Ronald Lowe, Antonio P. Mirra, Bocena Ravnihar, Eva J. Salber, Vasillios G. Valaoras, Chu Yuasa. "Age at any Birth and Breast Cancer Risk," *International Journal of Cancer*, 1983;31:701-704.

9. Singletary S, Shalengerger R, Guina V. Breast cancer in elderly. *Ann Surg* 1993; 218: 667-671.
10. Swanson M, Lin CS. Survival patterns among younger women with breast cancer; the effects of age, race, stage, and treatment *Natl Cancer Inst.* 1994. 16; 69-67.
11. Fleming I, Fleming M. Breast Cancer in elderly women cancer. 1994, 1;74 (suppl7): 2160-2164.
12. Miranda Hernandez H, Octavio RN. Cancer de la mama en la senectud. *Revista Médica del H. General Mexico.* 2001. 64(1): 21-26.
13. Tovar-Guzman V, Hernandez-Giron C, Lazcano-Ponce E, Romieu I, Hernandez Avila M. Breast cancer in Mexican women: an epidemiological study with cervical cancer control. *Rev Saude Publica.* 2000 34:113-9.
14. Brian MM, Dimitrios T, Chung-Cheng H, Tong-Ming L, C Ronald Lowe, Antonio P. Mirra, Bocena Ravnihar, Eva J. Salber, Vasillios G. Valaoras, Chu Yuasa., "Age at any Birth and Breast Cancer Risk," *International Journal of Cancer,* 1983;31:701-704.
15. Kahlenborn C, *Breast Cancer: Its Link to Abortion and the Birth Control Pill One More Soul.* 2000, p. 315-324.
16. Schootman M, Jeffe D, Reschke A, Aft R. The full potential of breast cancer screening use to reduce mortality has not yet been realized in the United States. *Breast Cancer Res Treat.* 2004;85:219-22.
17. Tovar-Guzman V, Hernandez-Giron C, Lazcano-Ponce E, Romieu I, Hernandez Avila M. Breast cancer in Mexican women: an epidemiological study with cervical cancer control. *Rev Saude Publica.* 2000 34:113-9.

- 18 Dawson DA, Thompson GB. Breast cancer risk factors and screening: United States, 1987. National Center for Health Statistics. Vital Health Stat. 1989;10(172).
19. Hernandez – Diaz Erick, Ramirez-Zepeda Maria Guadalupe, Murillo Llanez Joel: Prevalencia y factores asociados al cáncer de mama. Hospital General de Culiacan. 2007;I:46-50.
20. Craig HL. Cáncer de mama. Oncología clínica 2ed. Washinton: Organización Panamericana de la salud. 1996:224-559.
21. Man D. Epidemiología y prevención primaria del cáncer de mama. Bland copeland. 1993;303.41.
22. Guerra Merino Isabel. Factores pronósticos del Cáncer de Mama en 108 mujeres menores de 36 años. Madrid España. 1998;11-60.
23. Haangesen C. Disease of the breast WB Philadelphia: Saunders. En J Med. 1993;46;126-130.
24. Berg an Hunter. Breast cancer. 1994;75 (1):257-64.
25. Fisher ER. The pathology of invasive breast cancer. Cancer 1975;36;1-85.

TABLA 1. Características sociodemográficas de las 73 pacientes con Cáncer de mama

Edad, X ± DE (rango), años	48.9 ± 10	(31 – 75)
Peso, X ± DE (rango), kilos	73.6 ± 13.7	(49 - 110)
Talla, X ± DE (rango), metros	1.58 ± 7.4	(1.34 – 1.71)
Peso, n (%)		
Bajo peso		
Inmigrante, n (%)	60	(82.2)
Tiempo Tijuana, X ± DE, (rango) años	30.3 ± 14.5	(2 – 60)
Escolaridad, X ± DE, (rango) años	8.4 ± 4.3	(1 – 17)
Ocupación, n (%)		
Hogar	34	(46.6)
Fábrica	19	(26)
Otra	13	(17)
Profesionista	7	(9.6)
Estado Civil, n (%)		
Casada	45	(61.6)
Soltera	13	(17.8)
Divorciada	2	(2.7)
Union Libre	7	(9.6)
Ingreso Mensual Familiar, X ± DE (rango) pesos	9,676 ± 8,196	(1,500 - 40,000)

TABLA 2. Antecedentes personales patológicos de las 73 pacientes con Cáncer de mama

Madre vive, n (%)	41	(36.2)
Si tuvo Hijos, n (%)	67	(91.8)
Numero Hijos, X ± DE (rango), numero	3.2 ± 2.6	(0 – 12)
Familiares com Ca mama, n (%)	27	(37)
Alcoholismo, n (%)	14	(19.2)
Tabaquismo, n (%)	15	(20.5)
APP, n (%)	33	(45.2)
DM, HTA	21	(28.8)
Infeccioso	3	(4.1)
Cancer	2	(2.7)
Inflamatorio	6	(8.2)

TABLA 3. Antecedentes obstétricos relacionados de las 73 pacientes con Cáncer de mama

Menarca, X ± DE (rango), años	2.6	(1.3)
Ciclo Menstrual Regular, n (%)	60	(82.2)
Ritmo, X ± DE, días	20 ± 28	
Edad del primer embarazo, X ± DE, años	21.5 ± 5.9	
Si Lactancia, n (%)	47	(64.4)
Tiempo Lactancia, X ± DE, meses	8.3 ± 7.4	
Con menopausia, n (%)	36	(49.3)
Edad menopausia, X ± DE, años	46.9 ± 5.2	
Tiempo menopausia, X ± DE, meses	12.7 ± 11.4	
Menopausia natural, n (%)	23	(31.5)
Gesta, X ± DE, numero	3.5 ± 2.1	
Para, X ± DE, numero	3.6 ± 3.1	
Cesareas, X ± DE, numero	1.2 ± 0.73	
Abortos, X ± DE, numero	1.1 ± 0.85	
Legrados, X ± DE, numero	1.1 ± 0.87	
Hormonoterapia, n (%)	47	(64.4)
Tiempo Hormonoterapia, X ± DE, meses	53.3 ± 65	

TABLA 4. Métodos diagnósticos utilizados de las 73 pacientes con Cáncer de mama

Si Lesiones benignas mama, n (%)	17	(23,3)
Infeccioso	3	(4.1)
Fibroadenoma	6	(8.2)
Mastopatía fibroquistica	8	(11)
Si mamografía previa, n (%)	20	(27.4)
Tiempo mamografía previa, X ± DE, meses	22.9 ± 23.8	(3-96)
Diagnostico por Imagen, n (%)		
Mamografía	64	(87.7)
Ultrasonido	5	(6.8)
Mamografía, Birads, n (%)		
Apariencia benigna	5	(6.8)
Apariencia probablemente benigna	23	(31.5)
Hallazgos sospechosos cáncer mama	29	(39.5)
Hallazgos altamente sospechosos ca. mama	4	(5.5)

TABLA 5. Histología , estadio clínico e inmunohistoquímica de las 73 pacientes con cáncer de mama

Edad al diagnóstico, $X \pm DE$, (rango) años	47.3 \pm 9.7	(31 – 72)
Tipo Histológico, n (%)		
Ductual	45	(61.1)
Lobulillar	28	(38.4)
Estadio Clínico, n (%)		
I.	3	(4.1)
II.	34	(46.6)
III.	34	(46.6)
IV.	2	(2.7)
Con Inmunohistoquímica, n (%)	65	(89)
Receptores Estrógenos (+), n (%)	43	(58)
Receptores Progestágenos (+), n (%)	37	(50.7)
P.P53 (+), n (%)	56	(68.5)
Mama afectada, n(%)		
Derecha	40	(54.8)
Izquierda	29	(39.7)
Ambas	2	(2.7)
Metodo Diagnostico, n(%)		
Autoexploración	53	(72.6)
Detección por médico	12	(16.4)
Mamografía	3	(4.1)
Ultrasonido	2	(2.7)
Otros	1	(1.4)

TABLA 6. Tiempo entre el inicio de síntomas y el diagnóstico de las 73 pacientes

Síntomas iniciales, n(%)		
Tumor palpable	50	(68.5)
Cambios piel	2	(2.7)
Dolor	14	(19.3)
Adenopatía	1	(1.4)
Ninguno	3	(4.1)
Secreción anormal pezón	3	(4.1)
Conducta tomada, n(%)		
No hizo caso	21	(28.8)
Acudió Medico Familiar	29	(37.7)
Acudió Ginecólogo	10	(13.7)
Acudió Medico Privado	13	(13.7)
Tiempo entre inicio de síntomas y que acudio a cualquier medico, X ± DE (rango), meses	3.7 ± 5.4	(1 – 36)
Tiempo entre 1ra consulta por medico familiar y la cita a oncología, X ± DE (rango) meses	3.6 ± 5.9	(1 – 42)
Tiempo entre inicio de síntomas y acude a oncología, X ± DE (rango),meses	7.1 ± 7.9	(1 – 48)
Tiempo entre inicio de síntomas y recibir el primer tratamiento, X ± DE (rango), meses	8.4 ± 7.3	(1 – 44)
Diagnostico de envío por medico familiar, n(%)		
Con sospecha malignidad	27	(37)
Sin sospecha malignidad	46	(63)
Respuesta a tratamiento, n(%)		
Bien tolerada	50	(68.5)
Regularmente tolerada	21	(28.8)
Mal tolerada	2	(2.7)
Estado actual, n(%)		
Bueno	63	(86.3)
Malo	10	(13.7)

TABLA 7. Variables asociadas entre el inicio de síntomas de Cáncer de mama y acudir a consulta de oncología.

	Tiempo en meses		P
	1 – 4	más 4	
Escolaridad menor 7 años, n %)	26 (67)	17(50)	0.14
Ocupación hogar,n (%)	14 (35)	25 (64.1)	0.05

TABLA 8. Variables asociadas en la realización de mamografía previa de las 73 mujeres con diagnóstico de cáncer de mama.

	Mamografía previa		P
	Si	No	
Edad, X ± DE, años	52.4 ± 9.5	47.5 ± 9.9	0.06
Inmigrante, n (%)	80	83	0.50
Tiempo radicar en Tijuana, X ± DE, años	35 ± 14.3	28.4 ± 14.2	0.07
Ocupación Hogar, n (%)	50	47	0.46
Casadas, n (%)	65	60.4	0.71
Ingreso mensual familiar X±DE, pesos	11,900 ± 9,200	8,800±7,600	0.14
Familiares 1er grado cáncer mama, n (%)	42.9	85	0.05
Menarca, X ± DE, edad	13.1 ± 1.1	12.4 ± 1.3	0.03
Lesiones benignas previas, n (%)	50	13.2	0.001

TABLA 9. Relación entre el tiempo transcurrido entre el inicio de síntomas, acudir al médico y la categoría Birads.

Birads		Tiempo transcurrido entre inicio de síntomas y acudió a médico.				Total. n (%)
		Meses				
		0-3	4-6	6-12	12 +	
Apariencia Benigna	Total	4			2	5
	(%)	80			20	100
Apariencia Probablemente Benigna	Total	20	1	2		23
	(%)	87	4.3	8.7		100
Hallazgos sospechosos de cáncer mama	Total	15	9	3	2	29
	(%)	52	31	10	7	100
Hallazgos altamente Sospechosos ca.mama	Total	3	1	5	3	65
	(%)	69	18	8	5	100
	Total					
	(%)	42	11	5	3	61
		69	18	8	5	100

Tabla 10. Variables asociadas entre el inicio de cáncer de mama de mujeres jóvenes y adultas.

	Mujeres Jóvenes N = 22	Mujeres Adultas N = 51	P	RM (IC95%)
Escolaridad, \pm DE	10.4 \pm 3.7	7.6 \pm 4.3	0.009	
Ingreso mensual Familiar.	10,463	9,337	0.59	
Originaria de BC n(%)	6 (27)	7 (14)	0.16	
Alcohol, n(%)	5 (23)	9 (18)	0.61	
Ocupación hogar, n(%)	5 (23)	29 (57)	0.007	1.5 (1.1-2.0)
Menarca precoz, n(%)	4 (18)	7 (4)	0.62	
Núbil, n(%)	4 (18)	2 (4)	0.04	2 (0.7-6.8)
Anticonceptivos, n(%)	18 (82)	29 (57)	0.04	2.4 (0.94-6.5)
Lactancia, n(%)	12 (57)	36 (72)	0.22	
Fam. Ca mama, n(%)	13 (60)	4 (25.5)	0.01	2.4 (1.2-4.9)
Antecedente Fibroadenoma, ,n(%)	1 (20)	7 (58)	0.31	
Tipo histológico Adenocarcinoma ductual, \pm DE	13 (59)	32 (63)	0.76	
Edad primer Embarazo, \pm DE	22 \pm 3	21 \pm 5	0.44	
Dx en estadios Clinicos tardios, n(%)	7 (32)	29 (57)	0.05	2.8 (0.98-8.1)

ANEXOS

Anexo 1.

Etapificación TNM de cáncer de mama

Tumor Primario (T)

TX Tumor primario no puede evaluarse

T0 No hay evidencia de tumor mamario

Tis Carcinoma in situ: carcinoma intraductal, carcinoma lobulillar in situ o enfermedad de pager sin tumor asociado

T1 Tumor de 2cm o menor en su dimensión mayor

T2 tumor mayor de 2cm pero no mayor de 5.0cm

T3 tumor mayor de 5 cm. en su diámetro

T4 tumor de cualquier tamaño con extensión directa a la parrilla costal (a), a la piel (b), solo como fue descrito anteriormente

Gánglios linfáticos regionales (N)

N0 No hay metástasis en ganglios linfáticos regionales

N1 Metástasis a ganglios axilares ipsilaterales y móviles

N2 Metástasis a ganglios linfáticos axilares, fijos o que forman un conglomerado, o ganglios linfáticos de la cadena mamaria interna ipsilateral

N3 Metástasis a ganglios linfáticos infraclaviculares con o sin ganglios axilares involucrados, o en ganglios linfáticos de la cadena mamaria interna clínicamente evidentes y con ganglios linfáticos axilares metastáticos con o sin ganglios axilares o de cadena mamaria interna involucrados

Metástasis a distancia

M0 No hay metástasis a distancia

M1 Metástasis a distancia

Agrupación por estadios

Estadios	Tis	N0	M0
Estadio I	T1	N0	M0
Estadio IIA	T0	N1	M0
	T1	N1	M0
	T2	N0	M0
Estadio IIB	T2	N1	M0
	T3	N0	M0
Estadio IIIA	T0	N0	M0
	T1	N2	M0
	T2	N2	M0
	T3	N1	M0
	T3	N2	M0
Estadio IIIB	T4	N0	M0
	T4	N1	M0
	T4	N2	M0
Estadio IIIC	cualquierT	N3	M0
Estadio IV	cualquierT	cualquierN	M1

Anexo 2. HOJA DE RECOLECCION DE DATOS

DIFERENCIAS SOCIODEMOGRAFICAS Y CLINICAS ENTRE LAS PACIENTES JOVENES Y ADULTAS CON CA DE MAMA.

FOLIO _____ FECHA: ____/____/ 200__
Nombre: _____ Telf. _____
Edad: _____ Peso Kg. _____ Talla cm: _____ IMC _____
Originaria de: _____ Radica en Tijuana: _____ meses.
Escolaridad: _____ años Ocupación: _____
Edo. Civil. (1c,2s,3div,4v,5u.l.): _____ Religion: _____
Ingreso mensual familiar: _____ pesos.

ANTECEDENTES

AHF.

Madre viva: _____ (1si,2no) Hijos: _____ (1si,2no) No. hijos. _____
Familiares con Ca. de Mama: _____ (1si,2no) Cuantos: _____
Quienes: _____ (1 mama,2 hermana,3 hija, 4 tias, 5 otros)

AP.

Alcoholismo: _____ (1si,2no) Tiempo: _____ años, Frecuencia: ____ x mes.
Tabaquismo. _____ (1si,2no) Tiempo: _____ años, Frecuencia: ____ cigarros por día.
Suspendió: _____ meses.
Patológicos: _____

AGO.

Edad al momento del diagnostico: _____ años.
Edad menarca: _____ años, Ciclo menstrual: _____ (1 regular,2 irregular)
Ritmo: _____ días. Edad 1er embarazo a termino: _____ años.
Lactancia: _____ (1si,2no) Tiempo de la lactancia: _____ meses.
Edad menopausia: _____ años, Tiempo menopausia: _____ meses.
Tipo menopausia. (1Qx,2 natural): _____ Terapia estrogénica (1si,2no): _____
Tipo (1 oral, 2 deposito) Tiempo de terapia estrogénica: _____ meses.
Lesiones benignas previas: (1si, 2no): _____ Tipo de lesión: _____
Tratamiento: _____ G: _____ P: _____ A: _____ C: _____ L: _____
Mamografía previa: (1si, 2no): _____ Tiempo previo al diagnostico: _____ meses.

CONFIRMACION DIAGNOSTICA:

Imagen (1 mamografía,2 US) Tipo Histológico:_____

Biopsia (1 punción, 2 Qx):_____ Estatificación:_____

Inicio de síntomas (mes/año):_____/_____

Síntomas:_____

Conducta tomada (1 no hace caso, 2 Medico Familiar, 3 Ginecólogo, 4 Medico particular):_____

Tiempo entre inicio de síntomas y acude a cualquier Medico:_____meses.

Tiempo entre 1ra consulta por médico familiar y la cita Oncológica:_____meses.

Tiempo entre inicio de síntomas y acude a Oncólogo:_____meses.

Tiempo entre la fecha del diagnostico y la fecha de la ultima consulta:_____meses.

Mama que presenta la enfermedad (derecha, 2 izquierda, 3 ambas.): _____

METODO DIAGNOSTICO:

Método diagnostico (1 autoexploración,2 detección por médico,3 mamografía, 4 ultrasonido, 5 otros)_____ cual:_____

DX de envio por medico familiar:_____

TRATAMIENTO.

Tiempo entre Inicio de Síntomas e Inicio Tratamiento:_____meses.

Tratamiento recibido. (1Qx, 2Radioterapia, 3 Quimioterapia, 4Hormonoterapia):_____

Respuesta al tratamiento: (1bien tolerada, 2 regularmente tolerada, 3 mal tolerada):_____

Estado actual (1 bueno, 2 malo):_____

Anexo 3. DEFINICION DE LAS VARIABLES

Variable	Definición	Tipo de Variable	Escala de Medición						
Edad	Numero de años de vida	Numérica	Años						
Peso	Medida antropometrica	Numérica	Kilogramos						
Talla	Medida antropométrica obtenida midiendo la distancia entre el suelo y la altura máxima del sujeto en centímetros	Numérica	Centímetros						
Índice de Masa Corporal	Medida antropométrica definido como: $\text{Índice de Masa Corporal (IMC)} = \frac{\text{Peso (Kg.)}}{\text{Estatura (m}^2\text{)}}$	Numerica	Comparando el valor en la tabla de percentil para IMC <table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td>Normo peso</td> <td>IMC 18.5-24.9</td> </tr> <tr> <td>Sobrepeso</td> <td>IMC 25-29.9</td> </tr> <tr> <td>Obesidad Grado I</td> <td>IMC 30-34.9</td> </tr> </table>	Normo peso	IMC 18.5-24.9	Sobrepeso	IMC 25-29.9	Obesidad Grado I	IMC 30-34.9
Normo peso	IMC 18.5-24.9								
Sobrepeso	IMC 25-29.9								
Obesidad Grado I	IMC 30-34.9								
Originaria de	Lugar de nacimiento	Categórica	Estados						
Radica en Tijuana	Meses de estancia en la ciudad de Tijuana	Numérica	Meses						
Escolaridad	Nivel de estudios en años cursados	numérica	Años						
Ocupación	Empleo que desempeña el paciente	Categórica	La descrita por el paciente.						
Estado civil	Condición de la persona ante las leyes civiles	Categórica	Casada soltera divorciada viuda union libre						
Religión	Conjunto de creencias y sentimientos de veneración a algún culto	Categórica	La descrita por el paciente						
Ingreso mensual familiar	Cantidad económica percibida en mensualidades por los integrantes de la familia	Categórica	Pesos						
Madre viva	Progenitora que en el	Categórica	Viva						

	presente aun la encontramos con vida		Muerta
Hijos	Presencia de descendientes genéticos directos.	categórica	Si No
Numero de hijos	Cantidad de descendientes genéticos directos	numérica	Cantidad
Familiares con cancer de mama.	Antecedentes de familiares que padecieron y/o padezcan cáncer de mama	Categórica	Si No
Que familiares padecieron ca. Mama	Con que familiar es la relación directa con al antecedente de cáncer de mama.	Categórica	Mama Hermana Hija Tías Otras
Alcoholismo	Intoxicación crónica producida por el abuso de sustancias alcohólicas	categórica	Si No
Tiempo	Numero en años que lleva intoxicado por alcohol	numérica	Años
Frecuencia	Cantidad de días que llega al estado de embriaguez producido por el alcohol durante 1 mes	Numérica	Días
Tabaquismo	Intoxicación crónica producida por el abuso de tabaco	Categórica	Si No.
Tiempo	Numero en años que lleva intoxicado por el tabaco.	Numérica	Años
Frecuencia	Cantidad de cigarrillos fumados durante 1 dia.	Numérica	Cantidad
Suspendió	Tiempo en meses que suspendió el tabaco	numérica	Meses
Patológicos	Presencia de alguna otra patología crónica	categórica	Las referidas por la paciente.
Edad al momento del diagnostico	Tiempo cronológico en años del nacimiento al momento de hacer diagnostico de cáncer de mama	Numérica	Años
Edad menarca	Tiempo cronológico en años del nacimiento al	Numérica	Años

	momento de la primera menstruación		
Ciclo menstrual	Regularidad con la que se presenta el periodo menstrual	Categoría	Regular Irregular
Ritmo	Numero de días que se presenta su periodo menstrual durante 1 mes	Numérica	Días
Edad del primer embarazo a termino	Tiempo cronológica del nacimiento hasta el momento del nacimiento de su primer hijo	Numérica	Años
Lactancia	Alimentación al seno materno de su primer hijo	categoría	Si No
Tiempo de la lactancia	Cantidad en meses durante que se alimento a su primer hijo al seno materno	Numérica	Meses
Edad menopausia	Tiempo cronológico del nacimiento al cese del periodo menstrual	Numérica	Años
Tiempo menopausia	Cantidad en meses del momento del cese del periodo menstrual hasta la actualidad	Numérica	Meses
Tipo menopausia	Causa del cese del periodo menstrual	Categórica	Natural Quirúrgica
Terapia estrogénica	Tiempo en meses de uso de medicamento hormonal estrogénica y/o progestagena ya sea con fines anticonceptivos y/o de reemplazo.	Numérica	Meses
Lesiones benignas previas	Antecedente de la presencia alteraciones anatómicas benignas de la mama.	Categórica	Si No
Tipo de lesión	Nombre de la alteración benigna presente en la mama	Categórica	La descrita por la paciente
Tratamiento	Medida terapéutica recibida del antecedente de alguna alteración mamaria	Categórica	El descrito por la paciente
Gesta	numero de estados de gravidez	Numérica	Cantidad
Para	Numero de partos	Numérica	Cantidad

Abortos	obtenidos por vía vaginal. Numero de estados de gravidez interrumpidos antes de la semana 23.	Numérica	Cantidad
Cesarea	Numero de partos obtenidos por via abdominal.	Numerica	Cantidad
Mamografía previa	Antecedentes de la realización de estudio mamografico sin pertenecer al estudio actual	Categórica	Si No
Tiempo previo al diagnostico	Años transcurridos desde la realización del ultimo estudio mamografico al momento del estudio del diagnostico.	Numérica	Años
Imagen	Estudio de imaginología utilizado para el diagnostico del cáncer de mama	Categórico	Mamografía Ultrasonido
Biopsia	Método de obtención de muestra para el estudio histopatológico	Categórico	Punción Quirúrgico
Tipo histológico	Variedad histopatológica reportada en la biopsia	Categórico	ductal infiltrante, lobular infiltrante, intraductal, lobular <i>in situ</i> , medular, Cistosarcoma, Enfermedad de Pager, mucinoso, papilar, Ca inflamatorio, Sarcomas, Otros.
Estadificación	Estadio clínico que la paciente inicia tratamiento medico	Categórico	Ia, IIa, IIb, IIIa, IIIb, IIIc, IV.
Mama que presenta la enfermedad	Seno afectado por cáncer.	Categórico	Derecho, izquierdo.
Método diagnostico	Forma de detección clínica del cáncer de mama	Categórico	Autoexploración, Detección por medico Mamografía, Ultrasonido, otros
Tratamiento recibido	Tipo de tratamiento recibido de forma cronológica	Categórico	Cirugía, radioterapia, quimioterapia, hormonoterapia.
Respuesta al tratamiento	Reacción psicopatológica en respuesta al manejo medico recidivo.	Categórico	Bien tolerado, regularmente tolerado, mal tolerado.

Anexo 4. CRONOGRAMA DE LAS ACTIVIDADES.

TAREAS PROGRAMADAS	PERSONAL RESPONSABLE	FECHAS	
Identificación y priorización del problema	INVESTIGADOR	Octubre	2007
Planteamiento de problema	INVESTIGADOR	Octubre	2007
Revisión bibliografía	INVESTIGADOR	Octubre	2007
Formulación del Objetivo	INVESTIGADOR	octubre	2007
Identificación de las variables	INVESTIGADOR	Nov.	2007
Elaboración de la hoja de colección de los datos	INVESTIGADOR Y ASESORES	Nov.	2007
Elaboración del plan de trabajo	INVESTIGADOR Y ASESORES	Enero	2008
Presentación del proyecto de investigación	INVESTIGADOR	Enero.	2008
Obtener autorización para la recolección de los datos	INVESTIGADOR	Enero	2008
Aplicación del formulario	INVESTIGADOR	Nov, Dic, enero, febrero Agosto Sep,oct nov.	2007 2008
Análisis e interpretación de la información recabada	INVESTIGADOR Y ASESORES	Dic	2008
Elaboración del resumen	INVESTIGADOR	Enero	2009
Presentación de la investigación	INVESTIGADOR	Febrero	2009



DIFERENCIAS SOCIODEMOGRAFICAS Y CLINICAS EN MUJERES CON CANCER DE MAMA JOVENES Y ADULTAS.

Laura Contreras, Abraham Zonana, Damian Dueñas, Dra. Ma. Cecilia Anzaldo. Residente 3er año Medicina familiar UMF 27, investigación HGR 20 IMSS, Clínica de mama HGR 1 IMSS. Coordinadora Investigación UMF No. 27

ANTECEDENTES:

El Ca. Mama ocupa el primer lugar de mortalidad en mujeres a nivel internacional, representando el 18% de todos los cánceres que aquejan a las mujeres. El riesgo de incidencia durante la vida de una mujer es aproximadamente de 1 en 9. Del 5 al 10% son hereditarios. Los factores de riesgo para cáncer de mama descritos en la literatura son: nivel socioeconómico alto, menarca temprana, edad avanzada al primer embarazo (mayor de 31 años) e historia familiar de cáncer de mama

MÉTODOS:

Durante 2007 a 2008 se incluyeron 73 pacientes de la consulta externa de clínica de mama y radioterapia con diagnóstico histopatológico de Ca mama. Se clasificaron en 2 grupos según la edad al momento del diagnóstico: pacientes menores de 40 años (22 pacientes) y mayores de 40 años de edad (51 pacientes).

OBJETIVO

Identificar las diferencias sociodemográficas y clínicas asociadas a cáncer de mama en mujeres jóvenes menores de 40 años y adultas mayores de 40 años.

Características sociodemográficas y clínicas más importantes de 73 mujeres con Ca. mama.

Edad Dx, X,(rango) años	47	(31 – 72)
Peso, n (%) Obesidad	38	(43.8)
Familiares con Ca mama, n (%)	27	(37)
Edad del primer embarazo, X, años	21.5	
Si Lactancia, n (%)	47	(64.4)
Con menopausia, n (%)	36	(49.3)
Anovulatorios, n (%)	47	(64.4)
Lesiones benignas mama, n (%)	17	(23.3)
Mastopatía fibroquistica	8	(11)
Mamografía previa, n (%)	20	(27.4)
Dx por mamografía, n (%)	64	(87.7)
Mamografía, Birads, n (%)		
II.	5	(6.8)
III.	23	(31.5)
IV	29	(39.5)
V.	4	(5.5)
Diagnostico de envío por medico familiar, n(%)		
Con sospecha malignidad	27	(37)
Sin sospecha malignidad	46	(63)
Estadio Clínico, n (%)		
I.	3	(4.1)
II.	34	(46.6)
III.	34	(46.6)
IV.	2	(2.7)
Mama afectada, n(%)		
Derecha	40	(54.8)
Método Diagnostico, n(%)		
Autoexploración	53	(72.6)
Detección por medico	12	(16.4)
Síntomas iniciales, n(%)		
Tumor palpable	50	(68.5)
Respuesta a tratamiento, n(%)		
Bien tolerada	50	(68.5)
Tiempo entre inicio de síntomas y que acudió a cualquier medico, X ± DE (rango), meses	3.7 ± 5.4	(1 – 36)
Tiempo entre inicio de síntomas y acude a Oncología, X ± DE (rango), meses	7.1 ± 7.9	(1 – 48)
Tiempo entre inicio de síntomas y recibir el primer tratamiento, X ± DE (rango), meses	8.4 ± 7.3	(1 – 44)

Diferencias sociodemográficas y clínicas más importantes de mujeres jóvenes (n=22) y adultas (n=51) con Ca. mama.

	Jóvenes	Adultas	P
Escolaridad, ±DE	10.4±3.7	7.6±4.3	0.009
Ingreso mensual			
Familiar.	10,463	9,337	0.59
Originaria de BC n(%)	6 (27)	7 (14)	0.16
Alcohol, n(%)	5 (23)	9 (18)	0.61
Ocupación hogar, n(%)	5 (23)	29 (57)	0.007
Menarca precoz, n(%)	4 (18)	7 (4)	0.62
Núbil, n(%)	4 (18)	2 (4)	0.04
Anticonceptivos, n(%)	18 (82)	29 (57)	0.04
Lactancia, n(%)	12 (57)	36 (72)	0.22
Fam. Ca mama, n(%)	13 (60)	4 (25.5)	0.01
Antecedente de Mastopatía Fibroquistica, n(%)	1 (20)	7 (58)	0.31
Tipo histológico Adenocarcinoma ductual, ±DE	13 (59)	32 (63)	0.76
Edad primer Embarazo, ±DE	22 ± 3	21 ± 5	0.44
Dx en estadios Clínicos tardíos, n(%)	7 (32)	29 (57)	0.05

CONCLUSIONES.

Si hay diferencias sociodemográficas y clínicas en mujeres de mama jóvenes y adultas En mujeres jóvenes represento riesgo: mayor grado de escolaridad, mayor ingreso mensual, ser originaria del estado de Baja California, alcoholismo, menarca precoz, el ser núbil, el uso de anticonceptivos, familiares con cáncer de mama. En mujeres adultas el riesgo fue dedicarse al hogar, la lactancia, edad menor del primer embarazo y antecedente de mastopatía fibroquistica